UNIVERSITE PARIS-EST

École doctorale Organisations, Marchés, Institutions (OMI)

DOCTORAT EN SCIENCE POLITIQUE

Thèse sur travaux

PLANEL Maurice-Pierre

Gouverner par les finances sociales : les influences de la LFSS sur la (re)configuration du système de santé

Thèse sur travaux dirigée par Monsieur Yves Palau, Professeur de science politique à l'université Paris-Est Créteil

Tome 1 : mémoire de thèse

Soutenue le 15 décembre 2022

Jury :

Madame Anne-Claire Dufour, Maitresse de Conférences en droit public à l'Université de Nantes

Monsieur Fabrice Hamelin, Maître de Conférences en science politique à l'Université de Paris-Est Créteil

Monsieur Patrick Hassenteufel, Professeur de science politique à l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Rapporteur

Madame Anne-Sophie Ginon, Professeur de droit privé à l'Université de Nice Côte d'Azur, Présidente

Monsieur Pierre Vercauteren, Professeur de science politique à l'Université catholique de Louvain-Mons, Rapporteur

À Pierrette et Maurice-Jean

Avertissements

L'université Paris Est Créteil n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

Les opinions exprimées dans cette thèse n'engagent que l'auteur et sont indépendantes de l'exercice de ses fonctions passées ou présentes.

Remerciements

L'expression de ma profonde reconnaissance va d'abord au Professeur Yves Palau pour la confiance qu'il m'a accordée en acceptant de diriger mes recherches, pour ses conseils, mais aussi pour m'avoir offert la liberté de soutenir cette thèse. Je le remercie pour la patience avec laquelle il a su guider la gestation de ce travail dont je lui parle depuis de nombreuses années.

Mes remerciements vont aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont accepté de relire ce travail et qui ont alimenté ma réflexion au fil des discussions. Chacun se reconnaîtra et je m'attacherai à faire pardonner l'ingratitude de la formule.

Mes pensées vont aussi à mes proches, qui ont su m'apporter leur soutien, me conserver leur confiance et me témoigner leur amour dans les épreuves qui ont jalonné ce parcours de thèse.

Glossaire

ABM	Agence de biomédecine
ACIP	Accord-cadre interprofessionnel
ACS	Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
ALD	Affection de longue durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM	Agence nationale de sécurité des médicaments
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASN	Autorité de sureté nucléaire
ATIH	Agence technique de l'information et de l'hospitalisation
AWBZ	*Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten*
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue
CCG	*Clinical Commissioning Groups*
CEPS	Comité économique des produits de santé
CMU	Couverture maladie universelle
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNS	Conférence nationale de santé
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
Cram	Caisse régionale d'assurance maladie
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DRASS	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
EFS	Établissement français du sang
EHESP	École des hautes études en santé publique
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
FAQSV	Fonds d'action pour la qualité des soins de ville

FIR	Fonds d'intervention régional
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupe homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIE	Groupement d'intérêt économique
GPP	Gouvernement par la performance
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCFIPS	Haut conseil du financement de la protection sociale
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IQWIG	*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*
IRSN	Institut de radioprotection et de sureté nucléaire
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
Migac	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MSP	Maisons de santé pluridisciplinaires
NHS	*National Health Service*
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
NPM	*New Public Management*
OCDE	Organisation pour la coopération et le développement économique
ODAM	Objectif de dépenses d'assurance maladie
ODMCO	Objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
Ondam	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Oniam	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
OQN	Objectif quantifié national
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PLNGDR	Plan national de gestion du risque
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information

PPR-GdR	Programme pluriannuel régional de gestion du risque
PQE	Programme de qualité et d'efficience
PRADO	Programme de retour à domicile
PUMA	Prestation universelle maladie
RAP	Rapport annuel de performance
REPSS	Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale
RMI	Revenu minimum d'insertion
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
RSA	Revenu de solidarité active
SNS	Stratégie nationale de santé
SpF	Agence nationale de santé publique ou Santé publique France
SROSS	Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale
SSR	Soins de suite et réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
Uncam	Union nationale des caisses d'assurance maladie
Unocam	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
Urcam	Union régionale des caisses d'assurance maladie
USLD	Unité de soins de longue durée
ZVW	*Zorgverzekeringswet*

SOMMAIRE

SOMMAIRE 15

AVANT-PROPOS 23

LA LFSS COMME INSTRUMENT DE (RE)CONFIGURATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ 23

A. LES LFSS ET LA POLITIQUE DE CONTRAINTE BUDGÉTAIRE 24

1. La LFSS comme instrument de la politique de contrainte budgétaire dans le champ de l'assurance maladie et de la santé 25

2. La LFSS pour politiser la mise en budget des dépenses de santé 27

B. L'INFLUENCE DE LA LFSS SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ : L'OBJECTIF DE RECONFIGURATION EST-IL SUBORDONNÉ À LA POLITIQUE DE CONTRAINTE ? 28

1. La recherche de l'équilibre financier devient l'objectif prioritaire 28

2. Le cadrage politico-institutionnel des politiques de santé 30

C. PROBLÉMATIQUE 31

1. Une politique de retranchement qui ne porte pas sur les prestations 32

2. L'application d'une politique de contrainte budgétaire 33

3. La fabrication de la politique de santé 34

D. PENSER LE CHANGEMENT DANS LA RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ 36

1. Les dimensions du changement 38

2. Les obstacles au changement 39

CHAPITRE PREMIER : UNE TRAJECTOIRE DE RÉFORMES DE L'ÉTAT PROVIDENCE DOMINÉE PAR LE WELFARE STATE RETRENCHMENT ? 43

I. LA NÉCESSITÉ D'AJUSTER LES SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE AUX NOUVEAUX PARADIGMES MACRO-ÉCONOMIQUES 51

A. A.UNE HARMONISATION DES SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE QUI NE FIGURE PAS LE CŒUR DU PROJET EUROPÉEN 53

a) Une approche chronologique du projet européen 53

b) Une approche centrée sur le changement de paradigme macro-économique 55

2. Un changement de paradigme macro-économique qui s'accompagne d'une européanisation cognitive des systèmes de protection maladie assise sur des logiques de concurrence 56

a) Une européanisation cognitive 57

b) L'imposition progressive de mécanismes de concurrence dans les systèmes de protection maladie. 58

3. Des réformes d'intensité variable ?..... 59

a) Des systèmes bismarckiens résistants au changement..... 60

b) Les systèmes bismarckiens ont trouvé une trajectoire de réforme qui leur est propre 63

B. QUEL REPERTOIRE D'ACTION POUR ADAPATER LA PROTECTION MALADIE AU NOUVEAU PARADIGME MACROÉCONOMIQUE ? 64

1. La diffusion d'éléments porteurs de dynamique de libéralisation 66

a) La recherche de l'efficience par la concurrence entre les caisses..... 66

b) La concurrence entre les offreurs de soins pour améliorer la prise en charge des patients .. 72

2. Le recours à des modalités de pilotage inspirées du New Public Management (NPM) 78

a) L'émergence d'un gouvernement par la performance ?..... 78

b) Des formes administratives nouvelles 81

II. LA FRANCE : UN ÉTAT PROVIDENCE FIGÉ ?.....85

A. DES RÉFORMES ORGANISATIONNELLES POUR SUIVRE LES VOIES DU WELFARE STATE RETRENCHMENT ? 87

1. Des réformes qui se caractérisent par un renforcement du rôle de l'État 89

a) Un encadrement des interactions entre acteurs..... 89

b) Une politique organisationnelle pour relayer l'action des LFSS..... 93

2. Un nouvel instrument au service du Welfare state retrenchment ? 94

a) La création des LFSS vise à encadrer les dépenses d'assurance maladie 95

b) La fin de la logique des plans de sauvetage 96

B. UNE POLITIQUE DE WELFARE STATE RETRENCHMENT À INTERPRÉTER PRUDEMMENT..... 99

1. La LFSS comme instrument de réduction des prestations servies aux assurés..... 99

a) Le retranchement par la majoration de la participation des assurés ?..... 100

b) Un niveau de prise en charge élevé ?..... 105

2. Une réforme silencieuse des assurances maladie ? 107

a) Le bouclier sanitaire ou la tentation de la mise sous conditions de ressources de l'assurance maladie 107

b) Une relation complexe entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire 109

III. CONCLUSION DU CHAPITRE PREMIER : L'ADIEU À BISMARCK ? 113

1. En France, les réformes organisationnelles prennent leur source dans un répertoire d'action classique 113

2. Une transformation silencieuse du modèle bismarckien 114

3. Une politique de retranchement qui sauvegarde les prestations servies aux assurés 115

CHAPITRE DEUX : BUDGÉTISER LA POLITIQUE DE SANTÉ 119

I. METTRE EN BUDGET LES DÉPENSES D'OFFRE DE SOINS 125

A. L'ONDAM : UN INSTRUMENT DE RÉGULATION PÉRENNISÉ MALGRÉ SON INEFFICACITÉ INITIALE 126

1. Le renforcement de l'Ondam comme instrument de régulation par l'introduction de mesures incrémentales et cumulatives 130

a) La volonté de pérenniser l'Ondam comme instrument d'encadrement des dépenses 131

b) Politisation et dépolitisation de la construction et de l'exécution de l'Ondam 133

c) Neutralisation et dépolitisation de l'encadrement des dépenses d'honoraires médicaux ... 137

2. L'introduction de mécanismes budgétaires classiques après la crise 142

a) La budgétisation par le recours à des instruments budgétaires classiques 143

b) Un instrument efficace quand la volonté politique est au rendez-vous 144

B. POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE MAITRISE DES DÉPENSES (COST-CONTAINMENT), LES MESURES DE BUDGÉTISATION SONT ÉTENDUES À D'AUTRES SECTEURS (PRODUITS DE SANTÉ ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ) QUE LES HONORAIRES MÉDICAUX 146

1. La construction d'un instrument de régulation des dépenses de médicaments : une mesure budgétaire sans objectif de reconfiguration du système de santé 147

a) Le renforcement de l'Ondam avec la création d'un mécanisme de régulation spécifique aux dépenses de médicaments. 149

b) La budgétisation des dépenses de médicaments. 151

c) Le contrôle du coût de l'innovation 152

d) La politisation des dépenses de médicaments 154

2. Les tâtonnements de la régulation des dépenses hospitalières entre reconfiguration et maitrise des dépenses 157

a) La construction de l'Ondam hospitalier et la politique de contrainte de la dépense 158

b) Le desserrement de la contrainte budgétaire pesant sur l'hôpital ? 162

c) Des mesures de limitation des dépenses d'intensité variable 165

II. TRANSFORMER LES ORGANISATIONS POUR VERTICALISER LA POLITIQUE DE CONTRAINTE BUDGÉTAIRE.....169

A. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : UNE TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE AU SERVICE DE LA POLITIQUE DE MAITRISE DES DÉPENSES 171

1. L'exercice de la politique de contrainte budgétaire à l'échelon régional 172

a) Une politique organisationnelle pour renforcer la régulation des dépenses..... 173

b) Le renforcement des leviers à la disposition de l'Etat central 175

2. La reconfiguration de l'offre de soins hospitalière comme politique de maitrise de la dépense 176

a) Le renforcement des instruments de régulation de l'offre hospitalière 177

b) Des tâtonnements entre planification et concurrence 179

B. L'ALIGNEMENT STRATÉGIQUE ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE A ÉTÉ RENFORCÉ RÉDUISANT D'AUTANT L'AUTONOMIE DES ARS DANS LA GESTION DES SOINS DE VILLE 182

1. Le renforcement du rôle de l'État dans le pilotage de la gestion du risque 185

a) L'affirmation de la gestion du risque comme politique publique 185

b) Une procédure d'élaboration sous l'égide de l'État..... 186

2. L'extension de la compétence de l'État dans le domaine de soins de ville..... 188

a) Les soins ambulatoires dans le champ de compétence des ARS..... 188

b) Le maintien d'une dichotomie entre ARS/Etat et assurance maladie..... 192

III. CONCLUSION DU CHAPITRE DEUX : LES LFSS ONT–ELLES SUBORDONNÉ LA RECONFIGURATION DE L'OFFRE DE SOINS (*RECALIBRATION*) À LA POLITIQUE DE MAITRISE DES DÉPENSES (*COST-CONTAINMENT*) ?.....197

1. La prédominance de l'objectif de maitrise des dépenses 197

2. Des réformes de l'offre de soins (recalibration) qui peinent à produire leurs effets 199

3. Un changement de paradigme budgétaire ? 200

CHAPITRE TROIS : UTILISER LA CONTRAINTE BUDGÉTAIRE POUR FABRIQUER UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ ? 203

I. FABRIQUER LA POLITIQUE DE SANTÉ À PARTIR D'UN INSTRUMENT BUDGÉTAIRE 209

A. UNE INTÉGRATION GESTIONNAIRE : LA LFSS COMME BUDGET DE LA SANTÉ..... 211

1. L'invention d'un instrument de mesure du budget de la santé 212

a) Une approche cognitive du budget de la santé 213

b) Un outil de mesure et de savoir 215

c) Un outil de coupes budgétaires 216

d) Un outil de fabrication d'une politique globale de santé 217

2. La mise en scène des dépenses ou l'intelligibilité du budget de la santé 220

a) La fabrique de la reconfiguration du système de santé 221

b) L'intégration de la santé publique dans le champ de l'Ondam 226

B. UN GOUVERNEMENT PAR LA PERFORMANCE : LES INDICATEURS ANNEXÉS À LA LFSS, POUR SUIVRE ET DÉFINIR LA POLITIQUE DE SANTÉ ? 229

1. Des indicateurs inspirés des principes du gouvernement par la performance pour suivre l'atteinte des objectifs 230

a) Des indicateurs pour remplacer le rapport annexé aux LFSS 231

b) Des indicateurs pour fabriquer des objectifs 232

2. Des indicateurs de performance qui définissent un périmètre de la politique de santé 234

a) La politique de santé traduite en indicateurs 234

b) Des indicateurs impropres à rendre compte ? 237

II. DE LA LFSS À LA SNS, DES TÂTONNEMENTS SUR LES MODALITÉS DE FABRICATION DE LA POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ 241

A. L'IRRUPTION DE MODALITÉS DE CONSTRUCTION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ADOSSÉES À LA LFSS 242

1. L'ambition d'une politique de santé adossée aux LFSS 243

a) Le rapport annexé comme synthèse de la procédure d'élaboration de la politique de santé 244

b) L'échec de la procédure d'élaboration de la politique de santé adossée aux LFSS 246

2. L'élaboration d'une politique globale de santé sous l'autorité de l'État 248

a) Politiser/Dépolitiser la fabrication de la politique globale de santé 249

b) Une politique sous la responsabilité de l'État 250

c) Experts et parties prenantes 253

d) Définir périmètre d'une politique globale de santé 257

B. LA SNS PERMET-ELLE DE FAIRE ÉMERGER UN SYSTÈME DE REPRÉSENTATION ALTERNATIF À LA POLITIQUE DE CONTRAINTE BUDGÉTAIRE ET DE NATURE À FAVORISER LA RECONFIGURATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ? 258

1. Des élites politiques pour élaborer et mettre sur agenda une politique globale de santé 259

a) La SNS propose un cadre cognitif renouvelé 260

b) Le contenu de la SNS fait l'objet de consensus ambigus 262

2. Un discours performatif commun pour faire émerger une vision alternative à la seule dimension budgétaire ? 263

a) Un consensus pour reconfigurer au-delà de l'offre de soins 264

b) Le poids prépondérant des questions de coordination des soins 267

c) Un centre étatique en difficulté pour faire ? 269

d) Ma santé 2022, Ségur de la santé : carpet bombing ou dépassement de la politique de contrainte budgétaire 272

III. CONCLUSION DU CHAPITRE TROIS : UNE RECOMPOSITION INSTITUTIONNELLE ET ORGANISATIONNELLE AU SERVICE D'UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ 277

1. La santé : Une politique d'organisation 277

2. La reconfiguration : une stratégie de contournement des veto players ? 279

3. La crise pour favoriser un nouveau paradigme de reconfiguration ? 280

CONCLUSION : LE MODÈLE BISMARCKIEN REVU PAR L'ÉTAT JACOBIN 283

1. Les dimensions du changement 285

2. Les variables explicatives du changement 295

3. Temporalité et intensité du changement 297

ANNEXES 3

ANNEXE 1 : LES DIFFÉRENTS MODES D'ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ 5

ANNEXE 2 : DÉCOMPOSITION DES SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM 7

ANNEXE 3 : LISTE DES INDICATEURS FIGURANT EN ANNEXE DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE ASSURANCE MALADIE (2019) 9

ANNEXE : 4: TABLEAU COMPARATIF DES DEUX SNS 13

ANNEXE 5 : LISTE DES PLANS CONCOURANT À LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ 19

BIBLIOGRAPHIE 23

RESUMÉ(S) 63

AVANT-PROPOS

LA LFSS COMME INSTRUMENT DE (RE)CONFIGURATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

L'État providence est confronté à de profondes recompositions (OCDE 1981 ; Rosanvallon 1989 ; Pierson 2001 ; Sykes, Palier, Prior 2001). Les travaux disponibles sur la réforme des systèmes de protection sociale insistent sur les évolutions des modes d'intervention de l'action publique et «*l'essentiel des débats politiques relatifs à la réforme des systèmes de santé des pays développés s'articule autour de l'opposition entre État et marché* » (Pierru, Rolland 2016).

Les dynamiques de changement qui peuvent être identifiées ne présagent cependant pas de la fin de toute influence étatique. Les travaux d'analyse, après avoir insisté sur l'évidement de l'État (Leca 1996), sa banalisation dans des configurations d'acteurs gouvernant l'action publique (Koiman 1993, Chevallier 2003, 2004, 2007) avancent aujourd'hui des conclusions plus nuancées qui mettent l'accent sur des reconfigurations de l'influence étatique (Cassese, Wright 1996 ; Duran, Thoenig 1996 ; Merriem 1998). Les travaux sur les agences (Benamouzig, Besançon 2005, 2007), sur les élites (Geniyes 2008 ; Geniyes, Hassenteufel 2012, 2016), sur les déclinaisons du new public management (Hood 1991 ; Merriem 1999 ; Bezes 2005 b, 2007, 2009, 2020 ; Le Gales, Scott 2008) montrent que les États façonnent encore les politiques publiques et réagencent leurs modalités d'intervention. Des phénomènes de « retour au centre » sont observés sur lesquels un diagnostic d'ère post managériale est posée (Christensen 2012). Ce retour de l'État s'accompagne d'un renouveau des processus de définition des objectifs de l'action publique (Peters, Dahlstrom, Pierre 2011 ; Lodge, Wegrich 2012). Dans le domaine de la santé par exemple, la création des agences notamment à compter des années 1990 a permis de renforcer le champ des compétences exercées par l'État (Benamouzig, Besançon 2008) sur des secteurs tels que les médicaments ou d'étendre les compétences de ce dernier à de nouveaux secteurs comme la sécurité sanitaire des aliments (Besançon 2010). Ces travaux insistent sur le fait que le maintien des capacités d'action de l'État passe par un renouvellement des répertoires d'action publics. C'est en s'appuyant sur une politique d'organisation qui a permis la mise en place d'agences ou la fusion de services (Bezes, Le Lidec 2016 ; Pierru, Rolland 2016), sur le pilotage par des indicateurs que l'État parviendrait à se maintenir, voire à renforcer son contrôle.

Notre travail s'inscrit dans cette perspective qui insiste sur le maintien de l'influence étatique, voire son accroissement dans certains secteurs mais soutient qu'une partie de ces recompositions s'appuie non pas sur de nouveaux modes d'action mais plutôt sur une radicalisation des répertoires historiquement utilisés par l'État pour piloter les politiques publiques, répertoires qui sont importés progressivement dans le secteur de la santé dont l'organisation avait été historiquement laissée aux médecins, à l'assurance maladie et aux collectivités locales. La discussion de cette hypothèse repose sur l'analyse de l'influence des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sur la (re)configuration du système de santé.

A. LES LFSS ET LA POLITIQUE DE CONTRAINTE BUDGÉTAIRE

Depuis la parution de l'ouvrage de Paul Pierson (1994) consacré à l'impact du tournant néo-libéral sur les politiques sociales américaine et britannique, les hypothèses néo-institutionnalistes initiales ont été amendées. La conclusion de l'étude de P.Pierson selon laquelle les États providence opposeraient une forte inertie aux intentions réformatrices a été jugée trop statique et P.Pierson (2002) lui-même a enrichi le tableau des objectifs poursuivis en ajoutant à l'objectif de repli des prestations (*retrenchment*) ceux de maitrise des dépenses (*cost-containment*) et de reconfiguration (*recalibration*).

Nous devons partir du constat selon lequel l'analyse des questions budgétaires ne tient qu'une place secondaire dans l'analyse des politiques publiques. En effet, les questions budgétaires et fiscales n'ont pas semblé constituer un élément cardinal de l'analyse des politiques publiques telle qu'elle s'est développée à partir des années 1960. Elles n'ont connu un regain d'intérêt qu'à compter des années 1980 et plus encore des années 2000, notamment à travers les travaux de Marc Leroy (2007) ou d'Alexandre Siné et Philippe Bezes (2011) pour ne s'en tenir qu'à des exemples français.

Ces travaux permettent d'analyser le rôle des finances publiques comme instrument de l'exercice du pouvoir et comme moyen d'action publique. Le gouvernement des finances publiques est porteur de deux perspectives. La première est celle du processus de fabrication des lois budgétaires. « *Dans la lignée des travaux d'A.Wildavsky, il s'agit alors d'analyser l'ensemble du processus budgétaire et de considérer la spécificité des jeux qui s'y déroulent, engageant le Parlement, les commissions des finances, « l'exécutif » les administrations dédiées, les organes de contrôle ou d'expertise* » (Bezes, Siné 2011). La seconde est celle des politiques de contrainte, « *c'est-à-dire la manière dont se développent historiquement et s'exercent en période*

de crise budgétaire et/ou de politiques économiques faisant le choix de contracter les dépenses publiques, les mesures de restriction ou les coupes budgétaires » (Bezes, Siné 2011). Cette perspective fait écho à de nombreux travaux. Ces politiques de contrainte ont été appelées *politics of substraction* (Caiden 1983), *politics of balancing the budget* (Rubin 1997), *cutback management* (Savage, Schwartz 1998), *politics of retrenchement* (Pierson 1994), *Welfare State Retrenchment* (Clayton, Pontusson 1998).

1. La LFSS comme instrument de la politique de contrainte budgétaire dans le champ de l'assurance maladie et de la santé

Cette grille d'analyse peut être transposée dans le champ des finances sociales, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) jouant le rôle des lois de finances. Nous souhaitons nous concentrer sur la deuxième perspective du gouvernement des finances, c'est-à-dire la façon dont les pouvoirs publics vont chercher à développer une politique d'encadrement des dépenses de sécurité sociale et plus particulièrement d'assurance maladie.

Nous considérerons qu'en France les politiques de contrainte, dans le domaine de la sécurité sociale, débutent, dans leur forme contemporaine avec la réforme de 1967 (ordonnances Jeanneney) portant création de caisses nationales distinctes (famille, maladie, vieillesse), chacune devant « *équilibrer ses dépenses et des recettes en prenant toute mesure appropriée sous le contrôle de l'État* » (Coudreau 2004) et la création de cotisations distinctes pour la maladie et la vieillesse. Dès cette période, les dépenses d'assurance maladie font l'objet d'un traitement spécifique. La maitrise des dépenses et la recherche de l'équilibre financier passe d'une approche globale, la sécurité sociale, à une approche par risque social. Dans ses travaux sur la réforme de 1967, B.Valat (2001) souligne que « *les changements les plus marquants affectaient la caisse d'assurance maladie* », par comparaison la responsabilité des deux autres caisses (famille, vieillesse) dans le maintien de l'équilibre financier de leur branche paraissait moins écrasante.

Cette réforme du pilotage des différentes branches de la sécurité sociale marque le début d'une politique quasi constante de maitrise des dépenses. À l'issue de cette réforme, et à compter du milieu des années 1970, pas moins de seize plans de sauvegarde de la sécurité sociale seront présentés par les gouvernements successifs (Palier 2002 b), formalisant cette politique de contrainte, avant la présentation du plan Juppé.

Le plan de réforme pour la sauvegarde de la sécurité sociale est présenté par M. Alain Juppé, Premier ministre, le 15 novembre 1995. Dans sa version finale, ce plan de réforme de la protection sociale, désormais connu sous le nom de plan Juppé se composait d'une réforme constitutionnelle et de cinq ordonnances visant respectivement : à rembourser la dette sociale (ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 qui porte la création de la contribution pour le remboursement de la dette sociale et de la Caisse d'amortissement de la dette sociale) ; à prendre des mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale (ordonnance n°96-51 du 24 janvier 1996) ; à prendre des mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale (ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant création des conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses nationales, modification de la composition des conseils d'administration des caisses et création de conseils de surveillance, création des unions régionales des caisses d'assurance maladie) ; à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 portant création de la Conférence nationale de santé et de la carte Vitale) ; à réformer l'hospitalisation publique et privée (ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant création des agences régionales de l'hospitalisation et d'une procédure d'accréditation par la nouvelle Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

Le plan Juppé est donc un mélange de mesures immédiates (recettes) et de mesures plus structurelles visant à transformer le pilotage de la sécurité sociale. Les mesures relatives à l'assurance maladie et à l'organisation des soins sont prédominantes.

Il prévoit la création d'un instrument spécifique de pilotage de la politique de contrainte budgétaire : les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Les LFSS contribuent à renforcer la lisibilité et la crédibilité de cette politique de contrainte budgétaire mise en œuvre depuis la fin des années 1960, qui s'est accentuée depuis le milieu des années 1970 et que les Gouvernements ont piloté par le biais d'une succession de plans de sauvetage de la sécurité sociale. Malgré leur importance dans le dispositif mis en œuvre à la suite du plan Juppé, le rôle des lois de financement de la sécurité sociale dans le pilotage et la transformation de l'assurance maladie ne fait l'objet que d'analyses secondaires. Cet instrument budgétaire n'a pas connu le même succès d'analyse que celui qui a accompagné la révision de la « constitution financière » de la France dans le prolongement de l'adoption, puis de la mise en œuvre, de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances (LOLF) adoptée en 2001 (Barilari, Bouvier 2007 ; Bouillot 2001 ; Calmette 2008 ; Lacombe et Vandendriessche 2006 ; Lassale 2001).

Reposant sur une idée simple mais forte celle de l'enveloppe globale, la LFSS se propose de se substituer aux actions de baisse des prestations et hausse des recettes qui caractérisent les plans de redressement des comptes successifs. Durant cette période qui s'étale de la fin des années 1970 au plan Juppé « *la budgétisation va devenir le centre de gravité des réflexions administratives et politiques tout autant que le point focal des conflits entre les gouvernements et les groupes d'intérêts sectoriels. De 1979 à 1996, les réformes de l'assurance maladie vont majoritairement se structurer autour de l'instrument budgétaire que constitue l'enveloppe globale* » (Pierru 2011), jusqu'à la création des LFSS qui va marquer l'institutionnalisation des enveloppes globales.

2. La LFSS pour politiser la mise en budget des dépenses de santé

La création des LFSS s'inscrit également dans un processus de construction d'une acceptabilité politique de l'instrument qui va mettre en œuvre la politique de contrainte et de la politique de contrainte elle-même. Dans l'esprit de ses concepteurs, la LFSS est un instrument qui doit participer à une réforme du pilotage de l'assurance maladie. Les LFSS doivent contribuer à la responsabilisation appelée de ses vœux par Alain Juppé dans ses différents discours, en contribuant au renforcement du rôle du Parlement et en donnant au Gouvernement les moyens de piloter les dépenses et de réduire les déficits de la protection sociale. La LFSS vient donc bousculer l'équilibre institutionnel mis en place en 1945 tant du côté des partenaires sociaux que de celui des assemblées parlementaires puisque la Constitution de 1958 limitait les pouvoirs du Parlement en la matière.

Toutefois, la création des LFSS n'a pas suffi à politiser les politiques publiques qui sont portées à travers elles. La première raison de cette absence de politisation tient au fait que le rôle du Parlement demeure limité du fait de l'encadrement de son pouvoir en matière de dépense (article 40 de la Constitution). « *Dans les faits, les LFSS ne ménagent qu'une marge d'action très limitée aux parlementaires, elles apparaissent bien davantage comme un renforcement des capacités d'action et de réforme du gouvernement, en renforçant sa légitimité à agir sur le système d'assurance maladie. Tout comme la loi de finances, la LFSS doit, en effet, être comprise davantage comme une loi permettant au Parlement d'autoriser le gouvernement à exécuter le budget social que comme une « détermination » du budget lui-même par le Parlement* » (Hassenteufel 2014).

La LFSS et, en son sein l'assurance maladie et la santé, demeurent une question technique. La logique qui a présidé à la création de la sécurité sociale et la position

périphérique de l'État ont contribué à dépolitiser les questions de sécurité sociale. Le processus d'étatisation de la santé duquel participent les LFSS consiste donc à la fois en une technocratisation par le haut (omniprésence de l'exécutif et des cabinets ministériels dans la production des politiques de santé) et une dépolitisation par le bas (élus parlementaires et élus locaux) (Buton, Pierru 2012).

Cette dépolitisation des questions de santé est d'autant plus surprenante que les questions de santé occupent une place importante dans les préoccupations exprimées par nos concitoyens (Tabuteau 2007). Cette dépolitisation est constatée lors de l'examen des LFSS mais également dans les campagnes électorales. La séquence électorale majeure (présidentielle et législatives) que le France vient de connaître en 2022 n'a pas dérogé à cette règle.

B. L'INFLUENCE DE LA LFSS SUR LA POLITIQUE DE SANTÉ : L'OBJECTIF DE RECONFIGURATION EST-IL SUBORDONNÉ À LA POLITIQUE DE CONTRAINTE ?

Les avis divergent sur la place réservée aux analyses des politiques de santé dans la littérature académique. À revers des analyses qui considèrent que « *les politiques publiques de santé sont devenues, depuis les années 1990, un objet canonique des sciences sociales et politiques* » (Pierru 2022), nous nous rangerons dans le camp de ceux qui considèrent que « *Les travaux consacrés aux politiques sociales incluent rarement une analyse portant sur la santé* » (Catrice-Lorey, Steffen 2008).

1. La recherche de l'équilibre financier devient l'objectif prioritaire

Les dépenses de santé (assurance maladie) sont avec les retraites le poste de dépenses le plus important de la sécurité sociale. P.Pierson (2011) s'étonne que les nombreux travaux sur les politiques de retranchement (*retrenchment*) de l'État-providence laissent de côté les dépenses de santé. Il explique cette situation par l'intérêt des spécialistes pour les politiques qui proposent des revenus de remplacement. Il considère quant à lui que l'analyse des évolutions de l'État providence ne peuvent omettre le champ de la prise en charge des dépenses de santé.

P.Pierson poursuit son analyse en estimant qu'une seconde raison peut expliquer le faible intérêt exprimé pour l'étude des politiques de prise en charge des dépenses de santé : l'évaluation du changement dans ce domaine est plutôt difficile à appréhender (*perhaps another reason health care often gets sidelined is that assessing change in this area is rather tricky, Pierson 2011*) comme le montrent les analyses de R.Freeman

et H.Rothgang (2010). L'appréhension du changement et de l'éventuel impact d'une politique de retranchement est en effet plus compliquée que dans d'autres secteurs de l'État providence compte tenu des pressions à la hausse sur le prix des soins (par exemple le prix des médicaments). Selon P.Pierson (2011), les études qui tentent de saisir l'impact des réformes récentes parviennent à des conclusions convergentes (Hacker 2004) : il est difficile de trouver des preuves d'un recul significatif de la prise en charge des dépenses de santé. Sur le long terme, la couverture a généralement augmenté (*Over the long haul, public coverage has generally grown*).

Cette question des évolutions de la prise en charge des dépenses de santé est l'une des approches privilégiées par les travaux disponibles sur la reconfiguration du système de santé (Hassenteufel et Palier 2007 ; Bras et Tabuteau 2021). Elle a fait l'objet de nombreux travaux dans le cas français, avec des analyses qui privilégient plutôt un mouvement de dégradation qui serait provoqué par des transferts de l'assurance maladie obligatoire vers le secteur privé, très présent en France par le biais des assureurs santé complémentaire. À travers cette tendance, ces analyses pointent un changement d'objectif des politiques de santé. Jusqu'à la fin des années 1970, l'objectif de ces politiques était l'extension de la protection maladie à une partie la plus large possible de la population. À partir des années 1980, la recherche de l'équilibre financier devient l'objectif prioritaire.

La recherche de l'équilibre financier va provoquer des transformations importantes dans le pilotage du système de santé. La transformation d'un système de santé en quête de régulation (Tabuteau 2013 c) est un angle d'analyse qui insiste sur l'introduction de formes novatrices puisées dans le répertoire du *new public management* (NPM). Présenté comme la boite à outils de la réforme de l'État dans les pays anglo-saxons, le NPM promeut la séparation des fonctions opérationnelles de mise en œuvre des fonctions de stratégie, de pilotage et de contrôle, la fragmentation des bureaucraties verticales et le recours systématique aux mécanismes du marché (Bezes 2005). Les réformes menées en France au nom de ce puzzle doctrinal auraient débouché sur un renforcement de la place de l'État dans la délivrance des soins (Belorgey 2010) tout comme dans le pilotage des établissements et politiques sanitaires (Mas, Pierru, Smolski 2011). Ce constat peut être étendu aux agences. Perçues dans la littérature comme autonomes du pouvoir politique, soustraites à l'influence des calculs politiques de court terme (Bezes, Le Lidec 2016), elles s'affirment comme des bureaucraties de second rang (Benamouzig, Besançon 2008) mais ont permis à l'Etat d'étendre le périmètre de certaines politiques, notamment dans le domaine sanitaire. Cette prise en

charge de « nouveaux risques » s'accompagne « *d'une réaffirmation du rôle et de la responsabilité de l'Etat* » (Hassenteufel 2021).

Cette (re)configuration du système de santé prend donc la forme d'une reconceptualisation politique. De manière générale « *dans les pays occidentaux comme dans les pays en voie de développement on est frappé par le nombre et l'ampleur de réformes qui visent à redistribuer les responsabilités et à réorganiser les relations entre les acteurs et organisations qui prodiguent les soins ou activités de support, qui participent au financement du système, qui gèrent ces financements et assurent les risques de couverture* » (Bergeron, Castel 2014). En France, il est ainsi possible de constater un renforcement du rôle de l'État dans le pilotage de la politique d'assurance maladie et de santé. Ce renforcement du rôle des acteurs étatiques au dépens des partenaires sociaux est perceptible dans le plan Juppé, la loi assurance maladie de 2004, la loi hôpital, patients, santé, territoire de 2009 ou encore la loi de modernisation de notre système de santé de 2016.

Ce renforcement de l'État ne se traduit pas par un retour à une conception volontariste du rôle de l'État qui a prévalu avec l'apparition de l'État-providence (Chevallier 2005). *« L'État agit plus indirectement que directement, est plus en interaction qu'en action, délègue plus qu'il n'intervient directement, fixe des objectifs, oriente et incite plus qu'il ne met en œuvre lui-même »* (Hassenteufel 2021). Ces évolutions peuvent être analysées en termes de Gouvernement à distance (Kickert 1995 ; Epstein 2005 ; Hassenteufel 2008 c).

2. Le cadrage politico-institutionnel des politiques de santé

Une approche mobilise davantage les outils des politiques publiques en analysant les dimensions cognitives. Ces approches cognitives ont joué un rôle structurant dans le débat sur les réformes des politiques de santé en France. Elles peuvent être regroupées autour de grands modèles. En France, la théorie du référentiel de politique publique (Jobert, Muller 1987) a été forgée pour rendre compte d'un système de représentation commun à l'ensemble des politiques publiques en France. Ce référentiel, c'est celui du marché (Muller 1992) fondé sur les normes de libre concurrence et des principes économiques néo-classiques. Ce tournant néo-libéral (Jobert 1994) se caractérise également par un changement au niveau des acteurs et une perte de centralité de l'État. L'approche en termes de référentiel veut expliquer le changement d'une politique publique par le changement de système de représentation comprenant des valeurs fondamentales, des raisonnements et des diagnostics. Les travaux de P.Hall (1993)

mettent en avant la notion de paradigme qui se définit comme un cadre d'idées et de standards qui spécifie non seulement les objectifs de la politique et le type d'instruments qui peut être utilisé pour les atteindre, mais également la nature des problèmes que les décideurs sont supposés traiter. L'approche dite des « advocacy coalitions » (Sabatier et Jenkins 1993) affirme quant à elle que différents systèmes de croyance, portés par différentes acteurs sont en compétition pour la domination dans un sous-secteur de politique publique. P.Hassenteufel (2008 a) propose de recourir à une notion plus neutre celle de système de représentation articulée autour de trois dimensions (orientation d'ensemble, grille d'interprétation, raisonnements et argumentaires).

Sans entrer dans l'analyse de leurs différences, ces approches soulignent à notre sens le rôle crucial des idées, des valeurs partagées dans la fabrication et la mise en œuvre d'une politique publique. Ces activités de cadrage cognitif se sont avérées importantes dans la (re)configuration du système de santé. B.Palier (2002 b) a mis en exergue les activités de cadrage cognitif réalisées par les Gouvernements des années 1980 et 1990 pour construire l'existence d'un divorce entre l'économique et le social, imposer l'idée que les recettes keynésiennes ont échoué et construire la représentation selon laquelle la dérive des dépenses de santé est liée à un défaut de pilotage et à l'absence de mécanismes de régulation. P.Hassenteufel (2014) montre que dans le cas des politiques de santé « *les approches cognitives et néo-institutionnalistes peuvent être articulées à une sociologie politique des acteurs porteurs du changement* ».

C. PROBLÉMATIQUE

De façon générale ces analyses ne portent que peu sur l'influence de la LFSS sur la (re)configuration du système de santé. Il s'agit maintenant de préciser notre démarche de recherche.

En premier lieu, nous poserons l'hypothèse qu'à compter du début des années 1990, la politique de retranchement menée par les pouvoirs publics ne porte plus principalement sur le niveau des prestations, ni sur l'apport de nouveaux financements, mais sur l'encadrement de la rémunération des offreurs de soins.

En second lieu, nous essayerons de montrer que la création des LFSS institutionnalise la politique de contrainte budgétaire et que cet instrument est conçu pour mener une politique de régulation de l'offre.

Troisièmement nous défendrons l'hypothèse selon laquelle la création de la LFSS a ouvert une réflexion sur les modalités d'élaboration d'une politique globale de santé qui relève de la compétence de l'État. Et comment cette politique de santé permet de faire émerger un processus de reconfiguration du système de santé porté par des valeurs apparemment non budgétaires et pourtant au service de la politique de contrainte.

1. Une politique de retranchement qui ne porte pas sur les prestations

Les LFSS sont apparues dans un contexte très particulier qui est celui du déploiement, dans la plupart des pays européens, de politiques de retranchement. Ces politiques, leurs impacts, leurs trajectoires ont fait l'objet d'analyses approfondies que nous présenterons de façon synthétique dans la première partie de notre travail.

Nous retenons l'expression de *retrenchment* (*politics of retrenchment*) utilisée par Pierson qui décrit des politiques de retrait ou de réduction de l'État providence et nous utiliserons le terme de retranchement (Lartigot-Hervier 2022) en français, pour désigner des politiques dont l'objectif est de réduire le niveau des prestations offertes aux assurés sociaux.

Dans ses travaux, P.Pierson (1996, 2002) souligne combien le retranchement est une politique différente des politiques de développement de l'État providence qui ont marqué l'âge d'or. Deux raisons expliquent cette différence : les objectifs politiques poursuivis ne sont pas les mêmes (il y a une différence profonde entre étendre l'accès aux prestations et procéder à leur retranchement) ; le contexte politique a connu des changements importants (le programme politique contraste fortement avec celui qui a sous-tendu la période d'extension de l'État-providence). Ceux qui cherchent à réformer les politiques doivent affronter non seulement l'opposition potentielle des électeurs et des bénéficiaires de l'État providence mais également l'inertie du système institutionnel et la dépendance au chemin (*Path dependency*). Malgré les tensions auxquelles ils sont soumis, les États providence conservent un soutien important dans la population, des bénéficiaires des prestations comme d'autres acteurs qui se sont adaptés au système. Cette situation rend un assaut frontal contre l'État-providence politiquement suicidaire dans la plupart des pays. Rares sont d'ailleurs les exemples de gouvernements qui ont pu réunir des coalitions majoritaires pour soutenir une politique de retranchement (Huber, Stephens 2001). Les gouvernements privilégieraient donc des réponses plus incrémentales qui cherchent à générer des réductions de couts significatives tout en modernisant la palette de prestations sociales offertes à la population.

Enfin, après G.Esping-Andersen, P.Pierson souligne combien mesurer les effets du retranchement est une tâche difficile car les niveaux de dépenses ne constitueront pas un indicateur pertinent, notamment parce qu'ils ne permettent pas de saisir l'impact des réformes construites pour produire des effets différés dans le temps.

Les travaux menés sur les politiques de retranchement montrent qu'elles « *sont caractérisées par une multitude de stratégies bien identifiées dans la littérature : logique d'évitement du blâme (Weaver 1986 ; Linbom 2007) ; jeux complexes de technicisation-dépolitisation des interventions publiques déployés autour de techniques d'obscurcissement-opacification (Pierson 1994) ; usages d'instruments discrets (Bezes 200 ; Gomez-Nielsen 2010) ; formes élaborées de politiques partisanes (Ross 2000) ; rôle quasi politique joué par des acteurs administratifs (Bezes 2007 ; Dahlstrom 2009)* » (Bezes, Siné 2011).

En France, le choix est fait dès la création des LFSS d'agir principalement sur les dépenses d'offre de soins (rémunération des offreurs) plutôt que sur le niveau des remboursements. La mise en œuvre des LFSS privilégie une politique de maitrise des dépenses (*cost-containment*) plutôt que de retranchement (*politics of retrenchment*).

2. L'application d'une politique de contrainte budgétaire

Selon Pierson (2002), une des caractéristiques de l'ère de l'austérité est le déploiement d'une politique de lutte pour la maitrise des dépenses (*cost-containment*). La réduction des déficits publics est devenue une priorité pour de nombreux pays qui appartiennent à l'Union européenne. Des pressions intérieures peuvent également être observées liées au poids de la fiscalité, au cout du travail ou aux effets du vieillissement de la population sur l'évolution des dépenses de protection sociale. Ces politiques de la contrainte donnent lieu au développement de stratégies et de mécanismes d'action nouveaux. « *Elles ont pris la forme de multiples normes budgétaires, de cadres systématisés d'arbitrage, d'instruments de « micromanagement » des finances publiques (Schick 1986 et 198 ; Good 2007) mais aussi d'équipements et d'instruments gestionnaires amenés avec l'essor du new public management et des politiques de réformes de l'État (Ogien 1995 ; Savoie 1996 ; Pollit et Bouckaert 2004, Bezes 2009*) »[…] (Bezes, Siné 2011). La création de la LFSS s'inscrit dans cette recherche d'un renouvellement stratégique et du recours à des instruments nouveaux. Elle cherche à rompre avec les logiques d'intervention précédentes « *avec les plans de redressement des comptes de la sécurité sociale, il s'agissait surtout de trouver des ressources*

nouvelles pour combler les déficits entrainés par des dépenses supérieures aux recettes[…] Le vote d'une loi de financement de la sécurité sociale vise à instaurer une logique de guichet fermé » (Palier 2002 b) avec le déploiement d'instruments de limitation budgétaire, particulièrement dans le domaine de l'assurance maladie. Les LFSS sont l'instrument de la prédominance de la politique de maitrise de dépenses publiques dans le champ de la sécurité sociale et de la santé.

Notre travail vise à montrer comment les Gouvernements successifs ont agi pour assurer la crédibilité de cet instrument, de l'action gouvernementale et la poursuite de la politique de contrainte budgétaire. Outre la politique de contrainte, les LFSS, à travers les décisions budgétaires qu'elles portent, permettent d'afficher des objectifs de procéder à des répartitions entre groupes sociaux et organisations administratives. Elles distribuent des capacités d'action (Hôpital, ville, virage ambulatoire), elles étendent ou restreignent les capacités d'action des différents acteurs (État, partenaires sociaux, élus locaux, professionnels de santé). Par ailleurs, l'élaboration du budget de l'assurance maladie, et sa mise en forme matérielle, illustrent les capacités d'action des gouvernements successifs (respect de l'Ondam). Elle provoque un réalignement des acteurs et entraine des transformations dans le pilotage des politiques publiques sectorielles, transformations qui peuvent inclure des évolutions dans la construction de ces politiques. En ce sens, la spécialisation de la question budgétaire peut conduire à la configuration des blocs constitutifs d'une politique publique. Les budgets sont un lieu d'institutionnalisation des décisions politiques.

La période 1996-2021 est marquée par la permanence de la politique de contrainte budgétaire, et plus particulièrement, pour la période 2010-2020, par la subordination des objectifs de (re)configuration à la préoccupation de maitrise des dépenses. La place accordée à la neutralisation de l'instrument budgétaire par les syndicats médicaux au début des années 2000 crée un biais qui a masqué ces évolutions. Les registres d'action mobilisés sont anciens (enveloppe globale, gel de crédits, baisse de tarifs).

3. La fabrication de la politique de santé

La création des LFSS a soulevé la question de l'articulation des politiques d'assurance maladie et de santé. Les politiques d'assurance maladie peuvent être décrites comme les politiques visant à couvrir les assurés contre le risque maladie. Cette couverture prend deux formes, les prestations en espèces qui constituent un revenu de remplacement en cas d'incapacité de travailler et les prestations en nature

qui prennent la forme d'une prise en charge (tiers-payant ou remboursement) des dépenses d'offres de soins (consultations médicales et paramédicales). Ces prestations en nature sont aujourd'hui dominantes dans les dépenses d'assurance maladie. La politique de santé quant à elle comporte plusieurs dimensions comme la prise en charge du risque maladie, l'organisation des soins et la lutte contre les maladies (santé publique). Ces brèves définitions font apparaître des champs partagés entre ces deux politiques.

Le plan Juppé va poser institutionnellement la question du rapprochement de la politique de santé et de la politique d'assurance maladie en prévoyant que les orientations de la politique de santé soient adossées aux LFSS. L'idée principale qui sous-tend cette démarche au moment du plan Juppé est celle de la maitrise de l'offre de soins, c'est-à-dire l'idée selon laquelle il faut maitriser l'offre médicale qui serait une cause d'un consensus inflationniste entre professionnels de santé et assurés. Des approches complémentaires telles que la recherche d'une meilleure efficience de la dépense (qualité de soins), du développement de la prévention et surtout d'un pilotage politico-institutionnel simplifié motivent également cette démarche.

Ce rapprochement va déclencher un mouvement qui, en plusieurs étapes, va déboucher sur la définition d'une procédure de fabrication d'une politique globale de santé. Une procédure d'élaboration des politiques de santé a été proposée par l'OMS. « *Elle préconise d'associer l'ensemble des acteurs de la santé à leur élaboration, de procéder à une analyse de la situation sanitaire et à la définition de priorités et d'assurer un suivi et une évaluation de ces politiques. En outre, elle insiste sur la nécessaire intégration des services de santé, notamment dans le cadre de processus de planification, sur l'articulation des différents projets et programmes de santé et leur traduction en plans de financement et de mobilisation de moyens humains.* » (Tabuteau 2016 b). Les éléments de procédure s'attacheront en 1996, 2002, 2004 et 2016 aux questions du recours à l'expertise et de l'association des acteurs.

La problématique de la fabrication de la politique de santé va soulever d'autres d'interrogations. Elle interroge le maintien d'un double pilotage du système par l'assurance maladie et l'État. Elle nécessite la définition d'objectifs et dans l'effervescence des années 1990 et 2000 (crises sanitaires, réflexion sur l'offre de soins, maitrise des dépenses) sur la (re) configuration du système de santé pour aller vers une politique de santé globale.

P.Pierson (2002) considère que les politiques de transformation des États-providence ne peuvent se limiter à la maitrise des coûts ou au recours au secteur marchand. Un troisième objectif est la reconfiguration (*recalibration*). Cet objectif consiste à mettre en œuvre des réformes qui permettent aux États-providence de rester en cohérence avec leurs objectifs. P.Pierson (2002) distingue deux types de reconfiguration, d'une part, la rationalisation c'est-à-dire l'ajustement de dispositifs existants dont le fonctionnement n'est pas optimal, et, d'autre part, la mise à jour qui consiste à proposer des adaptations qui tiennent compte des évolutions de la demande sociale et des attentes des assurés. Cette reconfiguration a pu être étudiée dans le domaine de la protection sociale (Palier 2008 ; Gazier, Palier, Périvier 2018) en France. La création de la couverture maladie universelle a ainsi permis de combler un défaut du système bismarckien fondé sur une couverture liée à l'activité professionnelle et d'assurer la généralisation de la protection maladie en France. De la même façon, la création du revenu minimum d'insertion (RMI) est venu créer un filet de sécurité pour la partie de la population qui n'était pas couverte par le régime de solidarité du système d'indemnisation chômage ou la création d'allocations destinées aux parents isolés à permis de tenir compte de l'évolution des modèles familiaux. Nous considérons que la stratégie nationale santé (SNS) est une tentative de reconfiguration du système de santé autour d'objectifs de santé publique et d'offre de soins (prévention, coordination de soins, lutte contre les inégalités sociales de santé) qui affirment la dimension régalienne de cette politique. La SNS propose en outre une approche cognitive distincte de la seule approche budgétaire qui prédomine dans les LFSS.

D. PENSER LE CHANGEMENT DANS LA RÉGULATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'analyse du processus d'institutionnalisation des LFSS et à travers elles de la nouvelle politique de contrainte budgétaire doit nous permettre d'évaluer les effets de l'introduction d'un nouvel instrument que sont les LFSS sur la fabrication et le pilotage des politiques d'assurance maladie et de santé. Cela suppose de tenir compte de l'historicité de l'action publique et de qualifier ce changement.

La nécessité de prendre en compte la profondeur historique pour comprendre l'action publique a fait l'objet de développements nombreux tant dans la littérature internationale, en particulier par l'école néo-institutionnaliste historique (Pierson, 2004), que dans la littérature française (Payre et Pollet, 2005). Pour comprendre les transformations de la régulation de la politique de santé qui se déroulent depuis près d'un quart de siècle, il faut les inscrire dans une perspective historique de plus long

terme. En premier lieu, comme nous y invitent les néo-institutionnalistes historiques, pour analyser la création et l'institutionnalisation d'une organisation, il faut tenir compte de l'ensemble des institutions existantes. Pour comprendre la création des LFSS, il faut prendre en considération cette réforme en montrant comment la LFSS s'insère dans un dispositif de régulation des dépenses dont les origines remontent à la fin des années 1960. Sur la manière dont ce problème est pris en charge par un ensemble d'organisations politico-administratives qui s'en attribuent la propriété. Cela permettra de comprendre comment la sédimentation historique de cet ensemble d'institutions a influencé la création des LFSS et de nous interroger sur l'existence d'effets de dépendance au sentier (Pierson, 2004). De plus, dans la mesure où les institutions structurent les ressources, les systèmes de représentation et les stratégies des acteurs, la prise en compte de l'épaisseur institutionnelle est nécessaire pour comprendre les interactions au sein du nouveau système d'acteurs de la régulation des risques.

Deuxièmement, replacer l'action publique dans une échelle temporelle de long terme permet de mieux analyser ce que l'on qualifie de « reconfiguration ». Le concept de trajectoire de réforme constitué d'une succession de séquences de réforme sur la longue durée permet d'analyser les effets (cognitif, institutionnel, politique) produits par l'enchaînement des réformes (Bezes, Palier 2018).

En effet, si le plan Juppé est considéré comme un moment réformateur important, la contextualisation des LFSS suppose d'utiliser des bornes temporelles qui vont des années 1960 aux années 2010. « *L'adoption d'une perspective historique permet donc non seulement de repérer des lignes de continuité par-delà les changements apparents, mais aussi de mieux identifier les éléments de transformation* ». (Hassenteufel 2008 a). Le discours commun est de considérer que l'action publique en matière de maitrise des dépenses a été transformée par le traité de Maastricht, à l'origine de transformations profondes voire d'une rupture dans les modes de régulation des dépenses de santé. Or, dans le domaine de l'assurance maladie et de la santé, tout ne change pas sous l'influence de la préparation de la monnaie unique.

Enfin, une perspective de long terme permet une meilleure appréciation du changement si elle tient compte de la mise en œuvre et du fonctionnement concret de l'action publique. Pour pouvoir évaluer le degré et le contenu du changement, il faut en effet aller au-delà du plan Juppé et des premières années de mise en œuvre de ce nouvel instrument et analyser le fonctionnement réel du nouveau système de régulation des dépenses. L'attention à la seule décision « *conduit à privilégier l'affichage de*

mesures, souvent portées par une rhétorique et une symbolique du changement » (Fontaine et Hassenteufel, 2002). La mise en œuvre de l'action publique peut s'écarter des objectifs affichés, produire des effets inattendus ou susciter des résistances au changement. Prendre une échelle temporelle qui, en aval de la décision, permet d'analyser la régulation concrète des dépenses après la réforme de 1996, est nécessaire pour mieux distinguer les éléments de continuité et les éléments de changement dans l'action publique. Cette échelle temporelle permet aussi de mettre à distance la rhétorique politique de la réforme et du changement et de relativiser la nouveauté apparente à l'aune de l'action concrète.

1. Les dimensions du changement

À partir de l'étude de l'économie britannique dans les années 1970-1980, P.Hall (1993) propose un modèle d'analyse du changement fondé sur trois ordres. Ce modèle hiérarchisé partant du moins important considère qu'un changement de premier ordre concerne l'utilisation qui est faite d'un instrument de politique publique. La création de nouveaux instruments de politique publique constitue un changement de deuxième ordre. Un changement de troisième ordre est celui qui bouleverse la politique publique (changement d'objectifs, d'orientations, de conception, de représentations). P.Hassenteufel (2008 a, 2021) a souligné l'absence dans cette grille de deux dimensions : celles des acteurs impliqués dans l'action publique et celles des règles du jeu institutionnelles.

Le modèle de P.Hassenteufel (2008 a, 2021) propose une analyse de l'action publique comme un ensemble d'interactions contextualisées. Ce modèle vise à combiner différentes approches théoriques (analyse stratégique, analyse cognitive, néo-institutionnalisme…) pour analyser les interactions entre les différents acteurs d'une politique publique ainsi que les changements de l'action publique.

P.Hassenteufel propose trois niveaux d'analyse. Le premier est celui des acteurs de l'action publique : acteurs individuels ou collectifs, caractérisés par leur rationalité limitée et développant des stratégies qui dépendent à la fois de leurs ressources (juridiques, matérielles, politiques, sociales, d'expertise…), de leurs systèmes de représentation (dimension cognitive) et de leurs intérêts : ce peut être des intérêts matériels (correspondant à des biens économiques quantifiables monétairement), des intérêts de pouvoir (perspective de gains ou crainte de perte de pouvoir) ou des intérêts liés à l'identité des acteurs (lorsque les acteurs cherchent par l'action à affirmer ou réaffirmer des valeurs constitutives de leur identité). Ces trois éléments - ressources,

idées et intérêts - doivent être articulés pour comprendre l'orientation des stratégies (en particulier idées et intérêts s'influencent réciproquement). Les acteurs collectifs caractérisés par ces trois éléments sont plus ou moins cohérents et intégrés : les stratégies collectives « sont en effet fortement déterminées, non seulement par le type (et le nombre) de ressources, d'intérêts et de représentations qui constituent un acteur collectif, mais aussi par le degré de cohésion de cet acteur et des éventuels clivages et conflits qui le traversent. » (Hassenteufel 2008 a).

Le deuxième niveau d'analyse est celui des interactions entre les acteurs. Il peut s'agir d'interactions au sein des acteurs collectifs, d'interactions entre ces acteurs autour d'un enjeu de politique publique, d'interactions entre acteurs nationaux, supranationaux ou infranationaux. Ces interactions sont structurées par des institutions qui créent de la stabilité et permettent des anticipations réciproques entre acteurs, participent à la répartition des ressources, à la construction de représentations partagées et à la définition des intérêts. Les institutions encadrent donc les interactions et orientent les stratégies des acteurs.

Enfin, le troisième niveau d'analyse est celui du contexte, « *ce qui est extérieur aux interactions entre les acteurs d'une politique publique (et qu'ils ne maîtrisent pas) tout en n'étant pas indépendant d'eux du fait de son caractère construit*. » (Hassenteufel 2008). Il est composé d'éléments mesurables et objectivables mais aussi de représentations construites par les acteurs qui forment une contrainte à l'action publique.

2. Les obstacles au changement

L.Boussaguet (2020), en lien avec la notion de dépendance au sentier identifie six types d'obstacles. Sans reprendre exhaustivement cette analyse nous énumérerons ainsi : un premier obstacle lié à l'importance des couts fixes notamment dans les politiques publiques nécessitant des infrastructures, le deuxième obstacle est relatif aux interdépendances et à la capacité de mobilisation des acteurs à s'opposer au changement. Le troisième obstacle a trait aux acteurs qui occupent des positions de pouvoir et sont donc en mesure de bloquer ou de limiter le changement. Le quatrième obstacle est la préférence pour le statu quo, le cinquième est électoral et le sixième institutionnel.

Cette brève présentation illustre le fait que plusieurs thèses sur le degré et les modalités du changement sont proposées dans la littérature sur l'action publique. Les

théories de l'incrémentalisme (Lindblom, 1959) et les analyses du néo-institutionnalisme historique (Pierson, 2004) insistent sur la continuité de l'action publique et sur des processus de transformation graduels et continus. Ces analyses néo-institutionnalistes sont prédominantes dans l'analyse du changement des États-providence et dans ce cadre « la théorie de la path dependence fait figure de concept cardinal » (Bezes, Palier 2018).

D'autres approches cherchent à expliquer tant les périodes de stabilité ou de changement incrémental que les périodes de changement plus fondamental. C'est le cas des analyses en termes d'équilibre ponctué (Baumgartner et Jones, 1993). Enfin, des chercheurs néo-institutionnalistes veulent sortir de la dichotomie des analyses qui présentent le changement soit comme un processus continu aboutissant à des effets mineurs (dans la lignée de l'incrémentalisme et des études de phénomènes de path dependence) soit comme une rupture brutale aboutissant à court terme à un changement profond de l'action publique (comme le présentent les approches cognitives ou les analyses en termes d'équilibre ponctué). Pour Streeck et Thelen (2005), il faut distinguer le processus de changement (qui peut être incrémental ou brutal) et le résultat du changement (qui peut être faible ou profond). En croisant ces deux dimensions, il est possible de faire apparaître un changement incrémental aboutissant à une forte transformation de même que l'existence de fortes continuités malgré une crise de la politique publique.

Ces théories du changement peuvent être alignées sur un continuum selon les effets plus ou moins importants du changement de l'action publique (continuité versus changement radical) et selon la temporalité ou le rythme du changement (changement incrémental versus changement brutal).

Nous ne chercherons pas à appliquer un de ces modèles théoriques à notre objet. Nous préférerons interroger les données empiriques à partir de questions soulevées par ces différents modèles d'analyse. Nous utiliserons les cinq dimensions du changement proposées par P.Hassenteufel (2021) à partir de la grille de Hall :

- la dimension de l'orientation de la politique publique : changement dans les objectifs et les représentations qui sous-tendent l'action publique.

- la dimension des acteurs : émergence ou disparition d'un acteur, affaiblissement ou renforcement d'un acteur existant ;

- la dimension du cadre d'interaction : changement des règles qui structurent les interactions d'acteurs ;

-la dimension des instruments : changement par la création d'un nouvel instrument de l'action publique ou dans l'usage d'un instrument existant ;

- la dimension des effets (outcomes) : concrétisation du changement.

Cette typologie permet de distinguer différents niveaux d'action publique (les modalités de mise en œuvre concrètes, le niveau politique, le niveau institutionnel et le niveau cognitif) et les effets potentiels du changement d'une dimension sur les autres dimensions. Pour notre travail, elle permet en particulier de souligner les effets de la modification de la configuration des acteurs sur les autres dimensions de l'action publique.

Cette typologie permet aussi de mieux évaluer l'intensité et la temporalité du changement. Nous partirons du constat fait par P.Hassenteufel qu'au lieu d'opposer changement superficiel et changement radical, et changement incrémental et changement brutal, il est plus pertinent de distinguer les éléments de continuité et les éléments transformés au sein de la même politique publique (le changement est plus important lorsque plusieurs dimensions de l'action publique sont concernées), de même que l'on peut repérer différentes temporalités de changement au sein de l'action publique.

Enfin, s'agissant des causes du changement, P.Hassenteufel distingue quatre facteurs de changement :

- l'affirmation d'acteurs porteurs de changements, acteurs plus ou moins structurés et homogènes et caractérisés par des ressources, des représentations et des intérêts qui orientent leurs stratégies ;

- l'existence de processus d'apprentissage qui permettent aux acteurs de formuler un projet réformateur, d'élaborer une stratégie politique ou d'opérationnaliser l'utilisation d'instruments de politique publique ;

- l'existence d'un contexte favorable, ce que Kingdon (1984) a tenté de modéliser avec sa notion de fenêtre d'opportunité. La préparation à la mise en œuvre de la monnaie unique et l'existence d'un alignement entre une majorité parlementaire nombreuse et un président de la République nouvellement élu peut former une fenêtre d'opportunité qui permet le plan Juppé. Le contexte peut en effet être exogène à la

politique publique (choc exogène qui déstabilise la politique publique, contexte économique, électoral…) mais peut aussi être endogène lorsque des policy failures (Hall, 1993), anomalies ou échecs, remettent en cause les fondements cognitifs de la politique existant ;

- l'existence de dynamiques supranationales : des objectifs, des normes ou des valeurs, des institutions, des instruments ou des modes opératoires, des modèles de gouvernement élaborés au niveau supranational sont traduits et appropriés au niveau national.

Fort de ce cadre d'analyse, nous pourrons interroger le changement qu'a entraîné l'institutionnalisation de la politique de contrainte budgétaire par le biais de la LFSS sur la (re)configuration du système de santé.

CHAPITRE PREMIER : UNE TRAJECTOIRE DE RÉFORMES DE L'ÉTAT PROVIDENCE DOMINÉE PAR LE WELFARE STATE RETRENCHMENT ?

Depuis la fin des années 1980, l'analyse des réformes des États providence fait l'objet d'une littérature abondante en science politique ou en sociologie politique (Esping-Andersen 1996 ; Ferrera, Rhodes 2000 ; Pierson 2001 ; Sykes, Prior, Palier 2001 ; Palier 2002 b). Les raisons de cet intérêt pour les trajectoires de réforme de l'État providence sont multiples. Ces analyses ont permis de mettre en exergue des développements théoriques sur le changement politique et institutionnel, d'analyser et de discuter l'intensité de la dépendance au sentier (Pierson 1994, 1996), la force des référentiels et l'évolution des paradigmes (Hall 1993).

L'intensité de ces recherches est aussi commandée par le fait que la réforme de l'État providence a été inscrite sur l'agenda public dans de nombreux pays (Allemagne, États-Unis, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni) au cours des dernières décennies sous l'effet de mesures endogènes au système de protection sociale (évolutions de besoins, transition démographique) ou exogènes (besoin de financement, crise économique, débats sur le coût du travail). Le suivi des trajectoires de l'État-providence dans ces pays met en exergue la fréquence des réformes.

Dans ces analyses, l'État providence et ses réformes illustrent les évolutions de la place et du rôle de l'État (Evans, Rueschemeyer, Skocpol 1985) ainsi que des instruments à sa disposition pour faire évoluer les politiques publiques.

Ces approches sont dominées par la littérature anglo-saxonne, et les analyses des réformes menées à la suite de l'élection de R.Reagan aux États-Unis et Margaret Thatcher en Grande-Bretagne. Au-delà des analyses focalisées sur un cadre strictement national, ces travaux proposent des analyses comparatives des États providence et des réformes menées.

Ces approches sont structurées autour de deux dimensions heuristiques, les typologies d'État providence d'une part, et la difficulté à mettre en œuvre des réformes importantes, d'autre part.

Les travaux de G.Esping-Andersen (1999) sur les typologies d'État providence ont généré et favorisé un travail de comparaison des différents systèmes de protection sociale (Arts, Gelissen 2002). À partir de l'étude de dix-huit nations ayant mis en œuvre un État providence, G.Esping-Andersen a distingué trois modèles de protection

sociale : le modèle social-démocrate (universaliste), le modèle corporatiste-conservateur, le modèle libéral (résiduel). Pour obtenir cette classification il s'est appuyé sur trois types de variables : la nature des droits sociaux dispensés (universalistes/ minimalistes, assistantiels/ assurantiels) ; les effets de la redistribution sur la stratification sociale ; et les relations entre État, marché économique et famille. Cette classification a suscité de nombreux débats mais la littérature scientifique les utilise quasi systématiquement et organise les comparaisons internationales sur ce fondement.

Les travaux de P.Pierson (1994, 1996, 2000, 2001, 2002, 2011) ont également une influence majeure sur l'analyse des réformes des systèmes de protection sociale. Ces travaux ont permis l'émergence de plusieurs apports majeurs. P.Pierson a mis l'accent sur un trait commun, selon lui, à l'ensemble des réformes qu'il a analysé : la mise en oeuvre de politiques de retrait de l'État providence (*politics of retrenchment* ou *Welfare State Retrenchment*), c'est-à-dire le repli des dépenses consacrées à la protection sociale, par le biais d'une coupe dans les prestations servies. Avec ce constat, il a imposé un angle d'analyse au sein duquel prédomine la notion de retranchement (*retrenchment)*, notion qui a va s'imposer comme la catégorie principale d'évaluation des réformes de l'État providence.

Les travaux de Paul Pierson ont souligné les enjeux politiques de ces réformes et leurs traits distinctifs. Il a mis en exergue les différences existants entre les réformes menées dans la période s'étendant la fin de la deuxième guerre mondiale à la crise économique du milieu des années 1970 qui se caractérisent par le développement de prestations sociales généreuses (*credit claiming*), et la période qui lui succède durant la laquelle les gouvernements vont chercher à mettre en œuvre des mesures moins populaires visant à réduire les prestations sans provoquer de le mécontentement de la population (*blame avoidance*).

P.Pierson a également souligné combien ces mesures étaient difficiles à mettre en œuvre, du fait de la résistance au changement des institutions de protection sociale. Il a ainsi pu analyser les raisons pour lesquelles ces systèmes de protection sociale ont du mal à se réformer. Il a mis en exergue les éléments de continuité de ces systèmes sous l'effet de la dépendance au chemin emprunté qui empêcherait tout changement radical. « *L'acquis principal de ces travaux est de montrer que les choix du passé pèsent de façon cruciale sur les possibilités disponibles pour les gouvernements présents et qu'il n'est pas possible de changer radicalement un système* (Palier 2004).

De manière générale, ces travaux sur la trajectoire de réformes de systèmes de protection sociale sont dominés par une approche néo-institutionnaliste qui souligne combien les institutions structurent les problèmes, les contraintes et les ressources. Un lien est établi entre les travaux menés autour des classifications de G.Esping-Andersen et les hypothèses proposées par P.Pierson sur les trajectoires de réforme. Les travaux disponibles dans la littérature scientifique s'attachent à analyser les trajectoires de réforme des modèles d'État providence et aboutissent à l'idée que chaque catégorie d'État providence a généré sa propre trajectoire de réforme (Palier 2006).

« *Trois façons de réformer l'État-providence se dégagent en effet, correspondant aux contraintes historiques et institutionnelles créées par les trois régimes de protection sociale. […] Paul Pierson souligne qu'au sein de chaque régime, un type de réforme de protection sociale prédomine. Ces réformes ne semblent pas avoir changé la nature des États-providence. Elles sont perçues comme ayant renforcé la logique propre à chaque système : les États providence libéraux, à travers la marchandisation de leurs de leurs politiques sociales, sont devenus encore plus résiduels et libéraux ; les États-providence sociaux-démocrates ; grâce à une distribution égalitaire des réductions de prestations (moins 10% pour toutes les prestations) et la redécouverte de l'orientation vers le travail, sont revenus à leur façon traditionnelle de faire de la protection sociale ; la plupart des États-providence continentaux restent inchangés, non seulement parce que les quelques mesures qui ont été prises renforcent leurs caractéristiques mais encore, et surtout, parce qu'ils semblent incapables de mettre en œuvre des réformes importantes* » (Palier 2002 a).

Cette fréquence dans les réformes a conduit à une évolution des sujets d'analyse. Dans les années 1980, les travaux de recherche se sont concentrés sur la crise de l'État providence et l'analyse des différences entre les modèles de l'État providence identifiés par Esping-Andersen. Depuis la fin des années 1990, la recherche se focalise sur l'analyse et la compréhension de ces réformes.

Les travaux d'analyses des réformes du système de protection sociale français s'inscrivent dans la perspective d'analyse principalement tracée par P.Pierson et G.Esping-Andersen. Ces travaux permettent d'apporter un éclairage spécifique sur le système français peu analysé dans les comparaisons internationales et réputé, comme d'autres systèmes bismarckiens, figé, résistant au changement.

Dans le cadre de nos travaux nous nous intéresserons prioritairement aux analyses développées par B.Palier et P.Hassenteufel dont les travaux structurent et mettent en

perspective ce domaine de recherche. Nous nous intéresserons également aux analyses développées par les acteurs programmatiques comme D.Tabuteau qui nous semblent apporter un point de vue complémentaire des analyses académiques.

Les analyses développées par B. Palier permettent de disposer d'une analyse complète des évolutions du système de protection sociale français jusqu'au milieu des années 2010. Ce travail approfondi examine les différents volets de cette politique publique (vieillesse, maladie, exclusion, chômage) et le répertoire d'actions de chacune des réformes engagées dans cette période. Le point de départ de cette analyse est double. B. Palier relève qu'une bascule dans les trajectoires de réforme des systèmes de protection sociale apparait entre le milieu des années 1970 et le début des années 1990. Alors que durant les Trente glorieuses, la préoccupation des acteurs avait été d'étendre le bénéfice du système de protection sociale à de nouveaux bénéficiaires et de tendre vers sa généralisation, un nouvel objectif va s'imposer celui de la maitrise des dépenses et de la réduction des prestations. B.Palier (2002). Cet auteur considère que si la question du financement est prégnante dans la réflexion des pouvoirs publics, elle est rapidement réglée par le choix d'augmenter les recettes et ne constitue pas, selon lui, la principale difficulté à laquelle doit faire face le système de protection sociale français. Selon B. Palier, la difficulté principale à laquelle se heurte le système de protection sociale français est de faire face aux défaillances de son modèle face à la montée de nouveaux besoins sociaux pour lutter contre l'exclusion, développer la formation, l'insertion professionnelle ou le service aux familles. L'analyse qu'il développe permet de souligner que contrairement aux analyses proposées par la littérature internationale les systèmes bismarckiens, et donc le système français, se sont réformés. Ces réformes ne sont pas analysables par le seul prisme des politiques de retranchement même si les réformes des années 1990 (réforme des retraites en 1993 ou plan Juppé en 1996) sont marquées par un objectif de maitrise des dépenses mais se caractérisent par des modifications des modalités de financement de la protection sociale, la mise sous conditions de ressources de prestations et le développement de nouvelles formes de prises en charge destinées à lutter contre l'exclusion (RMI puis RSA). Cette analyse tend à montrer que le système de protection sociale français cherche à s'adapter aux nouvelles circonstances économiques et sociales pour offrir de nouvelles protections. Cette trajectoire consisterait à atteindre des objectifs beveridgiens (lutte contre la pauvreté, généralisation de la protection sociale) avec des modalités bismarckiennes (cotisation, affiliation fondée sur l'activité professionnelle). Cette démonstration permet à B.Palier de parler d'un « *long adieu à Bismarck* » qui caractériserait une

réforme profonde de notre système de protection sociale malgré la pérennité de ces objectifs initiaux.

Selon B.Palier (2002), l'analyse du cas français permet de moduler les analyses des trajectoires de réformes des systèmes de protection sociale menées au niveau international sur trois points.

Si la dépendance au sentier est un facteur relevé par de nombreux analystes notamment néo-institutionnalistes, les blocages doivent être attribuées plus aux institutions de protection sociale elles-mêmes qu'au système politique en général.

Les trajectoires de réformes des systèmes de protection sociale ne peuvent se résumer à la seule notion de retranchement, et donc à une réduction des prestations servies.

Enfin, si comme l'illustrent les travaux de P.Pierson et G.Esping-Andersen, les réformes menées sont inscrites dans la logique de chaque système national, certaines réformes, même lorsqu'elles ne sont pas considérées comme des changements de premier ordre au sens de la classification établie par P.Hall (1993), peuvent impliquer un changement profond.

Les travaux de P. Hassenteufel apportent quant à eux un éclairage sur plusieurs points. Ils permettent d'abord une comparaison internationale, notamment avec les réformes menées en Allemagne dont le système de protection sociale est proche de celui de la France. Ils se concentrent plus spécifiquement sur les réformes du système d'assurance maladie et de santé et donc sont plus proches des analyses que nous souhaitons développer sur l'influence des LFSS sur la(re)configuration du système de santé à travers l'affirmation d'un gouvernement à distance du secteur. Ils s'intègrent dans une réflexion sur les changements de l'action publique.

En raison des traits communs entre les systèmes allemand et français, l'analyse des réformes menées en Allemagne permet d'établir des comparaisons sur les évolutions des systèmes de protection sociale qu'il s'agisse du recours à des instruments de marchandisation (concurrence entre les caisses d'assurance maladie ou entre les offreurs de soins), renforcement du rôle de l'État (lié aux évolutions des modalités de financement), place des acteurs et notamment des partenaires sociaux et des médecins. Ces travaux permettent ainsi une analyse approfondie des trompe-l'œil de la gouvernance de l'assurance maladie (Hassenteufel, Palier 2005). La fréquence de ces

réformes est également un indicateur de la résistance au changement, de son intensité et de la nécessité de procéder à des ajustements ou de faire face à de nouvelles difficultés.

Les travaux de P.Hassenteufel permettent également de mettre en exergue le rôle des acteurs programmatiques (Genieys Hassenteufel 2012) qu'il définit comme des acteurs collectifs structurés par un programme de changement qu'ils ont contribué à élaborer. Les acteurs programmatiques se caractérisent « *par le fait qu'ils partagent un programme articulant des orientations nouvelles, la redéfinition des problèmes et principes de légitimation ainsi que des propositions d'action reposant sur la transformation des règles du jeu institutionnelles et l'introduction de nouveaux instruments. Par ailleurs, ils sont dotés de ressources suffisantes pour pouvoir orienter et définir le contenu de l'action publique (Hassenteufel 2014). Ces acteurs sont engagés dans une logique de prise de pouvoir et se sont opposés aux gestionnaires en place et ont développé un programme d'action publique cohérent centré sur l'affirmation du rôle de pilotage de l'État.* »

Selon P.Hassenteufel, la nécessité de développer une politique de maitrise des dépenses a conduit au développement d'une réflexion qui ne porte plus seulement sur les sources de financement et les instruments de maitrise mais aussi plus largement sur l'organisation institutionnelle de l'assurance maladie (2014). Il analyse cette trajectoire de réforme comme la mise en place d'un pilotage à distance par l'État (2007, 2021).

Dans le domaine de l'assurance maladie et des politiques de santé, ces travaux académiques sont complétés par de nombreuses contributions produites par des acteurs du système. Les travaux les plus emblématiques de cette veine sont sans conteste ceux de D.Tabuteau qui a été directeur de cabinet de Bernard Kouchner au ministère de la santé et a contribué à la conception et à l'adoption de textes législatifs emblématiques comme ceux relatifs aux agences sanitaires (1998), à la création de la couverture maladie universelle (1999) ou droits des malades et qualité du système de soins (2002). Ces analyses, nombreuses, contribuent à mettre en sens l'action menée par D.Tabuteau dans ses différentes fonctions et à consacrer les acteurs de ces différentes réformes. Elles offrent également un matériau riche sur les transformations du système d'assurance maladie et bien sûr du système de santé. Les thèmes abordés (rôle de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire, création des agences sanitaires et des agences régionales de santé, pilotage du système

de santé, analyse des textes législatifs adoptés depuis le milieu des années 1990) font écho à la littérature académique sur le sujet et viennent préciser la description et le détail des réformes menées par les différents gouvernements.

Ces travaux, et de nombreux autres que nous pourrons citer dans la suite de notre analyse, permettent de tracer les contours de la trajectoire de réforme de l'assurance maladie en France depuis le milieu des années 1990.

I. LA NÉCESSITÉ D'AJUSTER LES SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE AUX NOUVEAUX PARADIGMES MACRO-ÉCONOMIQUES

Une part importante des analyses de réformes des États providence propose des éléments de comparaisons entre les différents systèmes de protection sociale (Moran 1995, 1999 ; Marmor, Freeman, Okma 2005 ; Catrice-Lorey, Steffen 2006 ; Palier 2006, 2009 a ; Schludi 2005). Ces comparaisons portent notamment sur les réformes menées dans les pays européens et cherchent à faire apparaître l'existence d'éléments communs dans les trajectoires de réformes et les instruments déployés mais également à déterminer pourquoi les réponses politiques des États diffèrent, même quand ils affrontent des problèmes similaires.

Ces travaux principalement menés sous la bannière de l'institutionnalisme historique permettent de développer une approche comparative qui poursuit un double objectif. Premièrement le poids des influences internationales dans la construction des systèmes de protection sociale et dans les réponses apportées à l'évolution de leur situation à compter des années 1970, notamment dans les années 1990, sous l'effet de la construction de la monnaie unique au sein de l'Union européenne. Deuxièmement, l'examen des choix faits nationalement, les répertoires d'action retenus, les calendriers suivis et les réponses apportées.

Ces travaux soulignent une rupture avec la pratique des acteurs en charge des politiques sociales qui depuis la fin de la deuxième guerre mondiale avaient plutôt considéré l'État-providence comme une question strictement nationale. Ce raisonnement était fondé sur l'idée que, compte tenu de son rôle en termes d'intégration et de citoyenneté (Bec 2014), l'État providence apparaissait comme un prolongement de l'État Nation. En conséquence, les comparaisons internationales n'ont que peu pesé dans la construction des systèmes de protection sociale entre la fin de la seconde guerre mondiale et le début des années 1980.

La question des influences internationales mérite pourtant d'être posée. Il convient en effet de rappeler que les dynamiques qui ont présidé à la construction de l'État-providence sont en partie transnationales. Ce point peut être vérifié en matière d'assurance sociale, avec l'influence des réformes menées par le chancelier Bismarck, ou du rapport Beveridge, sur la création du système de sécurité sociale français. Par ailleurs, les systèmes de protection sociale des pays européens ont poursuivi des objectifs similaires à savoir offrir une couverture la plus large possible à la plus grande

partie de la population. Les différences portent plus sur les modalités d'organisation retenues ainsi que le souligne la typologie élaborée par G.Esping-Andersen.

L'influence d'acteurs étrangers peut également être constatée dans le domaine de la santé. L'action de la fondation Rockefeller en matière de lutte contre la tuberculose a contribué à structurer le modèle français d'organisation sanitaire. Il est donc possible de prendre en compte des dynamiques transnationales anciennes et d'évaluer la formation puis la transformation du système français à l'aune d'exemples étrangers (Pierru 2012).

Dans le prolongement de travaux de P.Pierson déjà cités, les analyses comparatives se sont intéressées à l'existence de convergences dans les réformes des États providence, convergence sur les buts à atteindre et sur les instruments employés pour réformer les systèmes de protection sociale.

L'impact de crise économique du milieu des années 1970 puis de la globalisation économique, comme phénomène contraignant les systèmes de protection sociale à se désenclaver et à converger, peut en effet constituer une grille d'analyse des trajectoires de réforme des États providence, tout comme les effets de la construction européenne.

Les travaux académiques ont cherché à déterminer si ces mouvements, mondialisation économique, européanisation qui ont structuré la politique des États ont conduit ces derniers, et avec quelle intensité, à abandonner la singularité nationale de leurs systèmes de protection sociale pour importer des recettes susceptibles de répondre aux défis posés par les questions de financement et de transition démographique.

La question d'une convergence des systèmes de protection sociale est initiée par plusieurs dynamiques qui peuvent être considérées comme distinctes les uns des autres. En Europe, elle est portée par les développements de la construction européenne, bien que ces politiques sociales relèvent explicitement de la compétence des États membres.

En fait, une analyse chronologique permet de distinguer d'une part, une période de réformes d'avant les politiques de *Welfare State Retrenchment*, et d'autre part, une période entamée au début des années 1990 au cours de laquelle la trajectoire de réformes des États providence suit une autre direction. Cette césure peut être constatée aussi bien par le biais d'analyses nationales que par une analyse menée au niveau européen.

Cette approche permet également de mesurer le poids du changement de paradigme macro-économique sur le devenir des systèmes de protection sociale, tant de manière globale que sur le choix des instruments auxquels les différents pays ont recours pour mener à bien des réformes qui apparaissent nécessaires.

A. A.UNE HARMONISATION DES SYSTÈMES DE PROTECTION SOCIALE QUI NE FIGURE PAS DANS LE CŒUR DU PROJET EUROPÉEN

La question de l'impact de la construction européenne sur les réformes des États providence est naturellement posée. « *Cette interrogation parait d'autant plus importante que la dimension européenne est souvent négligée dans les travaux portant sur la protection maladie du fait de l'absence de compétences directes des institutions de l'UE en la matière* » (Hassenteufel, Delaye, Pierru, Robelet, Serré 2001).

Deux modes d'approche peuvent être exploités. La première approche est chronologique, elle suit et analyse les évolutions de la construction européenne et plus particulièrement les différentes étapes de l'élargissement de la communauté économique européenne (CEE) du Traité de Rome en 1957 au moins jusqu'à l'entrée de l'Espagne et du Portugal en 1986.

La deuxième approche est fondée sur l'analyse du changement. Dans le prolongement des travaux de P.Hall (1993) qui analysent comment l'émergence d'un nouveau paradigme macro-économique (passage du paradigme fordo-keynesien au paradigme néo-libéral ou monétariste) constitue un changement de troisième ordre, c'est-à-dire un changement d'orientation générale des politiques publiques, de leurs objectifs et des conceptions qui les sous-tendent. Cette analyse observe les évolutions des référentiels macroéconomiques au sein de la zone européenne et souligne les influences de ce changement, d'une politique keynésienne au tournant néo-libéral, sur la trajectoire des systèmes de protection sociale des pays membres.

a) Une approche chronologique du projet européen

L'approche chronologique (Palier 2009) distingue trois temps qui offrent autant de séquences d'analyse et permettent de tracer les contours de la relation complexe qui peut être établie entre construction européenne et trajectoire de réforme des États providence.

À la signature du Traité de Rome et à la création de la communauté européenne, cette première étape de la construction communautaire se fait entre pays disposant de système de protection sociale bâtis sur des caractéristiques communes

issues du modèle bismarckiens. Dans ce contexte, les pays fondateurs partagent un objectif d'harmonisation vers le haut des systèmes sociaux. Ils se fixent comme objectif l'amélioration constante des conditions de vie et d'emploi de leurs peuples. Cet objectif ne remet pas en cause la compétence des États membres en matière de protection sociale mais permet de développer des actions communautaires destinées à éviter une compétition sur les coûts du travail entre pays en raison des différences de niveau de protection sociale.

Cette démarche d'harmonisation va être bousculée par les élargissements de la communauté économique européenne du début des années 1970 (entrée du Danemark et du Royaume-Uni) puis du milieu des années 1980 (intégration de l'Espagne, de la Grèce et du Portugal). L'arrivée de pays dont les systèmes de protection sociale sont fondés sur des principes différents (financement par l'impôt plutôt que par la cotisation sociale, universalisme versus affiliation par l'activité professionnelle) puis de pays ayant des systèmes moins protecteurs et un niveau de développement économique moindre créé une hétérogénéité qui ne permet pas d'entamer une étape plus intégrative et va renforcer la dimension nationale des politiques sociales. Les autorités communautaires, tout en respectant les compétences nationales, vont néanmoins continuer à promouvoir un rattrapage par le haut par le biais de versement d'aides permettant un rattrapage économique et social.

Cette situation est confortée, dans un troisième temps, par l'adoption de l'Acte unique (1986) qui acte le maintien de la compétence de chaque État membre en matière de questions sociales et affirme la primauté des questions relatives à la libre circulation des personnes et des biens.

Avec les étapes suivantes de la construction européenne, et notamment la mise en œuvre d'une monnaie unique, les initiatives européennes vont franchir les limites que les États membres leur avaient fixées. Les choix macro-économiques retenus pour la construction européenne vont entrer en tension avec les évolutions des systèmes nationaux de protection sociale.

Ainsi à chaque étape de la construction européenne correspond une problématique différente de la politique d'harmonisation des politiques sociales, problématique commandée par la plus ou moins grande homogénéité des politiques menées au sein de chaque État membre, des principes qui sous-tendent leur protection sociale et du niveau de développent des protections offertes à leurs populations.

b) Une approche centrée sur le changement de paradigme macro-économique

Il semble néanmoins que pour mesurer l'impact réel de la construction européenne sur la trajectoire des systèmes de protection sociale des États membres, il faille privilégier une autre approche centrée sur le changement de paradigme des politiques macro-économiques décidé dans le cadre du traité de Maastricht, en vue de la mise en œuvre de la monnaie unique européenne, et donc de règles budgétaires partagées.

Ce changement de paradigme est le fruit d'une évolution débutée dès le début des années 1970. Sous les effets de la crise économique (choc pétrolier, remise en cause du système de Bretton Woods, montée du chômage) les politiques macroéconomiques vont être radicalement modifiées pour passer de politiques économiques centrées sur la demande à des politiques monétaristes centrées sur l'offre. Ces nouvelles politiques macroéconomiques deviennent la norme en Europe, elles font une place centrale à la rigueur budgétaire, à la modération salariale et à la compétitivité des entreprises (Jobert 1994). Si cette réorientation économique soutient les projets de construction communautaire (Traité de Maastricht), il faut toutefois considérer que ces changements de politique économique sont d'abord portés dans des cadres nationaux avant d'être relayés au niveau européen (Hall 1986, 1993).

Ce changement de politique économique va produire des effets indirects sur les systèmes de protection sociale et plus particulièrement sur les systèmes continentaux. Deux raisons expliquent cette pression particulière. La première a trait à leur mode de construction et à un financement assis sur les cotisations sociales. Ce financement est désormais considéré comme pesant sur le coût du travail et la compétitivité des entreprises et les solutions mises en place pour répondre à cette problématique (baisses ou exonérations de cotisations sociales) ont un impact sur le système de protection sociale. D'autre part, les pays continentaux ont pour la plupart fait le choix de ne pas recourir à une réduction des prestations sociales, voire à utiliser le système de protection comme amortisseur de la crise notamment en favorisant des politiques de retrait du marché de l'emploi (avec des systèmes de préretraite ou un abaissement de l'âge de départ à la retraite).

Or, la mise en place du marché unique va accroitre la concurrence entre les entreprises. Ces dernières vont alors faire campagne contre le poids de charges sociales (avec un glissement sémantique des cotisations vers les charges) et contre la stratégie visant à financer des prestations sociales plus généreuses par l'augmentation des cotisations sociales.

La construction du marché unique va donc entrainer un changement des politiques sociales pour les rendre compatibles avec les orientations économiques générales qui guident la construction du marché intérieur et de la monnaie unique. « *Les pays qui avaient auparavant choisi une stratégie différente de celle du retrenchment se sont vus ramener en quelque sorte dans le droit chemin de la nouvelle orthodoxie économique. Ces critères correspondent en effet à une vision cohérente de politique économique, ils sont significatifs de l'adoption au niveau européen d'un nouveau paradigme de politique économique différent des politiques keynésiennes* » (Palier 2009).

Les politiques sociales se sont trouvées en crise aussi du fait de ce décalage de logiques économiques globales nouvelles. Les réformes des années 1990 vont viser à réduire au maximum l'écart entre ces deux tendances.

Ces réformes touchent d'abord les politiques de l'emploi, puis au début des années 2000 les autres champs de la protection sociale (retraites, santé, exclusion), les domaines classiques de l'État providence ont fait leur entrée sur l'agenda européen. Les travaux européens continuent à définir la place des politiques sociales dans le nouveau paradigme macroéconomique centré sur l'offre. L'État providence doit désormais être mis au service de la compétitivité des entreprises et des États.

L'analyse des réformes menées par les pays européens fait ressortir une logique commune, tout se passe comme si chaque régime de protection sociale cherchait à se mettre en conformité avec le nouveau paradigme économique européen. Dans le cas de la France « *le processus de Maastricht, semble-t-il a aidé la Gouvernement, au moins dans les discours, à imposer des réformes qui n'auraient sans cela, pas paru envisageables. Le timing des réformes souligne le poids des échéances européennes* » (Palier 2009 b).

2. Un changement de paradigme macro-économique qui s'accompagne d'une européanisation cognitive des systèmes de protection maladie assise sur des logiques de concurrence

Outre les ajustements provoqués par les évolutions de la politique macro-économique au sein de la zone euro, d'autres signes d'influence de la construction européenne, ou de logique commune, peuvent être identifiés.

Ils ne relèvent toujours pas d'un transfert de compétences entre État membres et commission européenne mais d'une démarche cognitive qui peut prendre plusieurs formes. Cette influence s'inscrit dans le nouveau cadre macro-économique posé par les

États membres et la commission européenne. Cette dernière promeut un cadre cognitif et des instruments fondés sur des logiques de concurrence. Cette influence est notamment palpable dans le domaine de la politique de santé qui constitue une politique importante, tant en termes d'impact sur la population qu'en termes de dépenses, au sein des États providence.

a) Une européanisation cognitive

Hassenteufel et Palier (2007) considèrent que des liens existent mais qu'il ne faut pas raisonner en termes de politique européenne de la santé mais plutôt en termes d'européanisation des politiques de santé nationales. Si l'organisation d'un marché commun et le principe de libre circulation ont un impact sur l'organisation des systèmes de santé et ont favorisé l'adoption de normes contraignantes en matière de santé, la construction du marché unique n'a eu qu'une influence indirecte sur la construction d'une Europe de la santé. Les influences sont plutôt à rechercher du côté d'une européanisation cognitive que P.Hassenteufel (2013) définit comme le processus de diffusion, sous une forme non contraignante, de représentations, d'orientations, de raisonnements, de principe d'action, d'argumentaires, de pratiques et d'instruments concernant la construction européenne.

La diffusion d'outils sous forme de classements, tableaux permettant de légitimer des orientations ou des pratiques au nom de la neutralité scientifique est l'un des éléments de cette européisation cognitive. Il s'agit alors de recourir aux pratiques croisées de parangonnage (benchmarking) et de publicité (namming/shaming) pour inciter les États à agir dans le sens proposé par les autorités communautaires. C'est le cas notamment en matière de lutte contre le tabac. Une orientation commune des politiques publiques de protection sociale favorisées par les autorités communautaires sans être imposées par elles seraient ainsi perceptibles. Les travaux sur la flexisécurité, le vieillissement ou la non-discrimination dans les politiques du handicap illustrent également ce phénomène.

La mise en place de nouvelles institutions communautaires, comme les agences, constitue un autre moyen de favoriser une européanisation cognitive. Ainsi dans la deuxième partie des 1990, cinq agences ont été créées dans le domaine de la santé : l'agence européenne du médicament (1995), l'agence européenne pour la sécurité et la santé eu travail (1994), l'autorité européenne pour la sécurité des aliments (2002), le centre européen de contrôle des maladies (2005) et l'Agence européenne de produits chimiques (2008). Cette mise en réseau généralisée d'acteurs contribue à l'émergence d'une expertise européenne unifiée qui s'appuie dans les différents pays sur les mêmes

objectifs, les mêmes modes de fonctionnement. Elle influence la structuration des États qui pour la plupart ont créé des agences nationales considérées comme un relais indispensable pour participer à ce nouveau réseau dont l'agence européenne est la tête.

b) L'imposition progressive de mécanismes de concurrence dans les systèmes de protection maladie.

L'introduction de nouvelles orientations préconisées par la commission européenne est un autre exemple. Ainsi en 1997, dans la communication « Moderniser et améliorer la protection sociale dans l'Union européenne », la commission cherche « *à déterminer dans quelles mesures et à quelles conditions l'introduction de mécanismes de marché dans les systèmes de soins peut contribuer à réduire les couts tout en favorisant une meilleure qualité des services* ». P. Hassenteufel (2001) considère que la construction européenne se caractérise ainsi par la prédominance de la norme de la concurrence et qu'il est possible d'observer l'imposition progressive de mécanismes de concurrence dans les systèmes de protection maladie.

Cette mise en concurrence recouvre selon lui quatre dimensions :

-L'ouverture du choix pour le patient (mode de couverture du risque maladie, choix du médecin ou de l'établissement de santé ;

-La concurrence entre offreurs de soins ;

-La diffusion d'une évaluation de l'offre de soins en termes de performance ;

-La transformation des acteurs chargés de soins en « entrepreneurs de soins ».

Dans cette perspective, la notion de concurrence renvoie d'abord à celle de choix laissé à l'assuré. Ce choix peut porter soit sur le type de couverture maladie (liberté de choix en matière de caisse d'assurance maladie comme en Allemagne ou liberté de choix en matière d'accès aux soins). Cette notion de concurrence n'implique donc pas mécaniquement une privatisation de la couverture maladie ou entre offreurs de soins puisqu'elle peut aussi s'exercer en acteurs publics (c'est notamment le cas au Royaume-Uni avec la séparation des fonctions d'acheteur de soins et de prestataires).

Cette influence cognitive propose un répertoire d'action influencé par le développement de la nouvelle gestion publique (Merriem 1999) ou du New Public Management (Bezes 2005 b, 2007) et vont contribuer à diffuser « *la thèse d'une atomisation marchande et concurrentielle sur fond d'évidement néolibéral de l'État* » (Pierru, Rolland 2016).

Le fonctionnement de cette concurrence suppose que le consommateur ait, non seulement, le droit d'effectuer des choix, mais aussi qu'il soit en mesure de le faire. Or les évaluations disponibles ne s'adressent pas directement aux patients mais plutôt aux financeurs et elles n'ont pas véritablement d'effets concrets.

L'enquête menée par P. Hassenteufel permet ainsi de repérer des éléments d'harmonisation cognitive autour d'une conception libérale de l'assurance maladie. Mais selon ces analyses (Hassenteufel 1998), cette libéralisation n'exclut pas une tendance concomitante à l'étatisation des systèmes de protection maladie. La concurrence est encadrée vers des finalités définies par les autorités publiques qui en délimitent strictement les contours.

Si l'influence de l'européanisation cognitive sur les systèmes de protection maladie peut être démontrée, les analyses disponibles suggèrent que cette harmonisation cognitive est beaucoup plus marquée pour d'autres organisations internationales comme l'OCDE. Les rapports de l'OCDE tentent tous à démontrer la convergence des pays membres vers un système de « concurrence organisée » associant régulation publique et mécanismes de marché.

3. Des réformes d'intensité variable ?

Sous l'influence du nouveau paradigme macro-économique et de l'européanisation cognitive, des réformes sont menées dans la plupart des États européens. Leur intensité, leurs trajectoires ainsi que les instruments utilisés peuvent variés. Si ces réformes partagent un point commun, celui de rechercher la maitrise les coûts liés à l'État providence (*politics of retrenchment*), une analyse centrée sur la typologie proposée par G.Esping-Andersen fait apparaître des trajectoires de réformes distinctes selon les modèles.

P.Pierson associe un type de réforme à chaque modèle : la re-marchandisation (recommodification) dans la modèle libéral (c'est-à-dire un recours accru au marché), la reconfiguration rationnalisante (rationalising-re-calibration) dans le modèle social-libéral et la reconfiguration actualisante (up-dating re-calibration) dans les systèmes bismarckiens continentaux (Pierson 2002, Palier 2006). Dans ces analyses, les systèmes bismarckiens apparaissent comme ceux qui ont le plus de difficultés à se réformer.

a) Des systèmes bismarckiens résistants au changement

Bruno Palier (1995, 2002 a, 2006) s'est attaché à un travail d'analyse spécifique des réformes menées dans les régimes bismarckiens de type conservateur-corporatistes. Cette analyse présente un double intérêt. D'une part, elle permet d'approfondir et de discuter les analyses des trajectoires de réformes des systèmes de protection sociale d'Europe continentale, d'autre part, elle permet d'approfondir les analyses menées sur les transformations du système de protection sociale français peu analysé par la littérature internationale, sauf pour signaler sa difficulté à se réformer, notamment du fait d'une résistance au changement.

Le point de départ de cette analyse est le constat fait par la littérature internationale de régimes bismarckiens confrontés à de grande difficulté pour, d'une part, renouveler leur répertoire d'actions et répondre aux nouveaux besoins sociaux et, d'autre part, développer des actions d'envergure destinées à accompagner la maitrise de la dépense.

Dans ses travaux visant à comparer la capacité des différents modèles à relever les nouveaux défis économiques G.Esping-Andersen avait souligné la rigidité des systèmes bismarckiens parlant d'un paysage continental caractérisé par un fordisme figé. Il en a conclu que dans ces pays, la situation politique et institutionnelle était plus favorable au maintien du statu quo. Cette analyse a été confortée par F.Scharpf et V.Schmidt (2000) qui ont démontré que si tous les États providence présentaient des vulnérabilités dans le nouveau contexte né de la mondialisation de l'économie, les régimes reposant sur les assurances sociales devaient faire face à des difficultés plus importantes que les autres.

Bruno Palier va donc s'attacher tout d'abord à faire émerger l'existence de causes structurelles pouvant expliquer les difficultés à réformer des systèmes bismarckiens puis remettre en cause la théorie dominante selon laquelle les systèmes bismarckiens ne se seraient pas réformés. Une des raisons de la résistance au changement des régimes bismarckiens tient à leur modèle catégoriel. Organisés sur la base de l'appartenance professionnelle, ils ont vocation à garantir la sécurité du travailleur (et de sa famille) plus qu'à réduire les inégalités ou à prendre en charge les situations de pauvreté. Cette démonstration a été confortée par M.Daly (2001) qui a montré que les régimes bismarckiens présentaient des vulnérabilités spécifiques face à la mondialisation. Ces vulnérabilités sont de trois ordres. Tout d'abord le mode de financement, fondé sur les cotisations sociales se répercute sur les coûts salariaux ce qui devient un sujet de préoccupation des pouvoirs publics avec la mondialisation de l'économie. Ils sont également dépendant de l'état du marché du travail ce qui se

traduit par des pertes de recettes importantes en période de récession (réduction de la masse salariale). Ensuite, les modalités d'accès aux droits (la cotisation ouvre des droits, et a été théorisé sous l'idée d'un salaire différé) limitent toute possibilité de réduction des prestations ou en tout cas les rendent plus difficiles. Enfin, le régime étant fondé sur le principe des assurances sociales, il empêche, ou freine, la couverture de nouveaux risques sociaux qui ne relèvent pas d'une logique assurantielle.

Toutes les caractéristiques des systèmes bismarckiens contribueraient ainsi à leur résistance au changement et à leur immobilisme : les travailleurs bénéficiant en outre de prestations de remplacement généreuses, toute réduction représente une perte importante. Il est en outre beaucoup plus facile de réduire des prestations forfaitaires soumises à conditions de ressources que celui des prestations liées au salaire.

Face à cette problématique, les Gouvernements d'Europe continentale ont d'ailleurs longtemps privilégié la hausse des cotisations plutôt que des politiques de réduction des prestations. Selon Palier, cette stratégie est illogique d'un point de vue anglo-saxon car dans ces pays l'augmentation des impôts est une mesure à haut risque politique et la population préfère une diminution des programmes sociaux à une hausse de la pression fiscale. Alors qu'il était facile pour un R.Reagan, ou une M.Thatcher de dénoncer le poids excessif de la fiscalité et le coût des prestations sociales versés à des individus inactifs, il était *a contrario* beaucoup plus difficile pour les responsables politiques de l'Europe continentale de remettre en cause des droits à l'assurance sociale acquis par l'ensemble des travailleurs versant des cotisations sociales.

Selon cette logique institutionnelle, les États providence libéraux ont pu mener des politiques de retrait de l'État providence (*politics of retrenchment*) qui touchaient une population généralement vulnérable et mal représentée. Dans les systèmes universalistes ces réformes concernaient l'ensemble de la population, et dans les pays d'Europe continentale, les bénéficiaires de prestations susceptibles d'être diminuées étaient généralement bien représentées et bien défendus par les syndicats. La plupart de régimes bismarckiens étant gérés conjointement par les syndicats de salariés et les représentants des employeurs, les responsabilités tendent à être diluées, si bien que l'État a plus de difficultés à exercer un contrôle sur l'évolution de la protection sociale, en particulier en matière de dépenses. Tous les traits caractéristiques des institutions de protection sociale bismarckiennes tendent donc à rendre l'adoption de politiques de retrenchment extrêmement difficiles.

L'analyse traditionnelle qui qualifie le paysage de l'Europe continentale de figé, est basée sur une comparaison avec des systèmes qui ont engagés plus tôt des réformes

d'envergure pouvant être analysés en termes de retrenchment, de réduction des prestations et de réformes quantitatives. C'est la faible réduction des prestations engagées par les pays d'Europe continentale dans les années 1980 et 1990 qui conduirait à cette appréciation en raison d'une analyse qui fait des politiques de retrenchment l'indicateur principal ou le point nodal de la transformation.

Seule une analyse plus fine permet de cerner l'intégralité des réformes qui ont été et sont mises en œuvre en Europe continentale. En effet, des réformes d'envergure ont pu être engagées par le Gouvernement Schroeder en Allemagne (lois Harz dans le domaine des politiques de l'emploi, réformes de l'assurance maladie et des retraites, le gouvernement Berlusconi en Italie, les gouvernements Raffarin, Fillon, Ayrault en France.

Pour Palier (2002 a), l'analyse des trajectoires des systèmes bismarckiens doit donc s'affranchir d'un cadre d'analyse trop centré sur les politiques de réduction des dépenses et des prestations. Il souligne que le terme de retranchement, le terme le plus communément utilisé dans la littérature internationale pour décrier les trajectoires récentes de l'État providence, présente des limites. Il observe en outre que considérer que tous les changements intervenus depuis les années 1980 relevaient du retranchement cela impliquerait un recul dans tous les systèmes de protection sociale. Ce cadre d'analyse pose uniquement la question de l'ampleur du retrait. Or la majeure partie des débats des années 1990 visait à démontrer que même à dépenses égales, les États providence dépensaient différemment.

Pour les gouvernements concernés, la question n'est peut-être pas tant quantitative (faut-il dépenser moins ou plus) que structurelle (comment transformer les systèmes de protection sociale pour promouvoir de nouveaux principes et élaborer de nouvelles institutions, plus adaptées au contexte économique et sociale contemporain ?). Par conséquent, les réformes ne portent pas nécessairement sur le montant des prestations, ou les conditions d'accès aux droits, et ne peuvent, de ce fait, pas être considérées comme des mesures de retranchement (ni d'amélioration de la générosité des prestations). Pourtant il peut s'agir de réformes majeures dans la mesure où elles peuvent être à l'origine de changements qui affectent la nature même des systèmes de protection sociale nationaux. Il conviendrait par exemple de se demander si les réformes ont introduit de nouvelles institutions, favorisé une nouvelle logique ou conduit à l'implication de nouveaux acteurs.

b) Les systèmes bismarckiens ont trouvé une trajectoire de réforme qui leur est propre

Alors de que le nouvel environnement macro-économique entraîne une évolution similaire des politiques économiques, la situation va « *cependant déboucher sur deux types distincts de politiques sociales au sein des États alors membres de la CEE. Tandis que les gouvernements emmenés par une majorité néo-libérale vont proposer de démanteler l'État providence (Pierson 1996), les gouvernements à la tête de système bismarckiens de protection sociale vont plutôt chercher à utiliser les assurances sociales pour atténuer les conséquences de la crise* » (Palier 2009 a).

Le début des années 1990 marque un tournant dans la trajectoire de réforme des systèmes bismarckiens continentaux. Après avoir répondu à la crise économique par une hausse des prestations sociales (indemnisation du chômage, préretraites), les contraintes liées au changement de paradigme macroéconomique et à la construction de la monnaie unique les premières mesures de retrenchment voient le jour avec des réformes visant à réduire le montant des prestations. C'est le cas des réformes dites de consolidation adoptées en Allemagne à cette période, en Italie, en Espagne ou en France qui portent sur l'assurance chômage, la protection maladie ou les retraites.

Palier (2006) observe que ces réformes semblent avoir des caractéristiques communes. Elles portent une réduction des prestations servies mais sont présentées comme un moyen de consolider, de sauver, le système de protection sociale et non pas de le démanteler.

Ces mesures sont justifiées pour tenir compte des effets d'une conjoncture défavorable (baisse des recettes). Ces réformes reçoivent le soutien des acteurs politiques ou sociaux. Elles font l'objet de négociations préalables qui permettent au Gouvernement d'obtenir l'accord d'une fraction des partenaires sociaux.

Le principal moyen retenu pour réduire le montant des prestations a été de modifier les règles de calcul (ratio entre montant des cotisations et prestations versées). Il n'est pas constater de mesures brutales de mise sous conditions de ressources ou de baisse des prestations. Ces changements ne remettaient pas en cause la nature des systèmes bismarckiens qui conservent leurs spécificités notamment en matière de financement et de modalités d'affiliation.

Selon Palier, les réformes les plus importantes menées dans les systèmes bismarckiens ne sont donc pas celles visant à réduire les prestations mais des réformes institutionnelles visant à transformer le système.

Ces réformes institutionnelles sont apparues indispensables en raison du caractère difficilement supportable des politiques de retranchement qui provoquaient des réactions d'opposition de la part des populations (comme le plan Juppé en France) mais surtout en raison de la difficulté des systèmes bismarckiens à répondre aux nouveaux besoin de protection ou aux nouveaux enjeux économiques. Selon cette analyse, la nature contributive de ces régimes ne permettait de répondre ni au phénomène d'exclusion sociale, ni aux enjeux de compétitivité et de coût du travail.

Sur le plan des protections, les gouvernements ont cherché à développement de nouvelles prestations à destination de publics non couverts par les prestations contributives comme les familles monoparentales. Ces prestations ont une deuxième caractéristique c'est qu'elles sont ciblées, financées par l'impôt et non plus les cotisations, placées sous conditions de ressources et gérées par l'État. Ce mouvement est particulièrement perceptible dans une deuxième vague de réforme qui survient dans les années 2000. Il s'agit alors de procéder à des ajustements structurels rendus possibles pour les réformes institutionnelles.

Ces réformes « *peuvent être interprétés comme un changement paradigmatique général des États providence bismarckiens, marquant le passage de systèmes orientés vers la préservation du revenu et du statut à des systèmes destinés à favoriser l'emploi, reposant sur des stratégies d'activation* » (Palier 2002 a).

B.Palier met en exergue un processus de transformation entamé par des mesures qui apparaissent marginales, ou strictement techniques, initialement destinées à compléter des dispositifs d'assurance sociale afin de devenir un élément structurel de notre système (RMI, CGS, CMU). *In fine*, les régimes bismarckiens ont su créer de nouveaux dispositifs de prestations, obéissant à de nouvelles logiques tant dans l'ouverture des droits que sur les sources de financement. Ces évolutions s'accompagnent d'un glissement dans la répartition des compétences de gestion, l'État assurant une part prépondérante dans la gestion de ces nouvelles prestations.

B. QUEL REPERTOIRE D'ACTION POUR ADAPATER LA PROTECTION MALADIE AU NOUVEAU PARADIGME MACROÉCONOMIQUE ?

« *En matière de politiques économiques, ce changement de paradigme des politiques économiques (Hall 1986) a commencé dès la fin des années 1970, s'est effectué dans la plupart des pays européens individuellement tout au long des années 1980 (Jobert 1994) et a été gravé dans la marbre des traités européens au début des années 1990 (ouverture du marché unique en 1993, Traité de Maastricht en 1993).*

Cependant les politiques sociales ont longtemps continué de fonctionner sur les logiques du passé (keynésien). Les politiques sociales se sont donc trouvées en crise du fait de ce décalage avec les logiques économiques globales nouvelles » (Palier 2008).

La trajectoire de réformes des États providence permet de distinguer les voies empruntées : politique de retranchement, prise en charge de nouveaux besoins sociaux (lutte contre l'exclusion) pour tenir compte des évolutions de l'environnement social et économique.

L'analyse globale de l'État providence permet de faire émerger des principes généraux qui s'appliquent aux différentes composantes de celui-ci (politique de l'emploi, retraites, santé et lutte contre l'exclusion). Il est également possible de concentrer l'analyse sur une seule de ces composantes afin de déterminer des variations d'intensité dans les réformes ou le recours à un type d'instrument plutôt qu'un autre.

Nous proposons de consacrer une analyse plus complète de la trajectoire de réformes dans le secteur de l'assurance maladie et par extension de la politique de santé. Plusieurs raisons viennent justifier ce choix, le poids financier de ces dépenses, leur situation budgétaire au cours des trente dernières années, leur mode d'organisation qui fait intervenir l'assurance maladie obligatoire, les assurés et les offreurs de soins. La complexité du système, soumis par ailleurs à des aléas naturels (survenance d'épidémies) en fait un terrain d'analyse particulièrement intéressant tant pour la trajectoire de réformes qui s'y applique que pour les instruments qui sont mis en œuvre.

L'adaptation des systèmes d'assurance maladie au nouveau paradigme macro-économique s'est accompagnée de débats politiques articulés autour de l'opposition entre État et marché. Les analyses disponibles dans la littérature scientifique se focalisent sur la diffusion d'éléments porteurs de dynamique de libéralisation, de concurrence ou de privatisation comme réponses à la crise de l'État providence. La protection maladie est l'un des secteurs de l'État providence dans lequel le déploiement de ces instruments a constitué le fondement de réformes dans plusieurs pays de l'Union européenne. Le déploiement de ces instruments succédait à une critique du fonctionnement des systèmes de santé dans leur organisation antérieure. Ce répertoire d'action était présenté comme un moyen d'améliorer le fonctionnement du système de santé et d'assurer une meilleure prise en charge de la population, soit par le biais de la couverture offerte par l'assurance maladie obligatoire, soit par un meilleur accès aux soins (réduction des files d'attente). Il s'inscrivait dans une démarche de maitrise de la dépense et de recherche de l'efficience.

Ces évolutions ont entrainé des mesures interprétables en termes de mise en concurrence. Les caractéristiques nationales propres des systèmes de santé et des systèmes d'assurance maladie vont influencer les solutions retenues et l'intensité de la libéralisation. Les systèmes nationaux de santé, comme le système britannique vont favoriser la création de quasi marchés tandis que le recours à la concurrence pour la couverture des soins et les réseaux de soins seront privilégiés dans les systèmes d'assurance maladie de type bismarckiens.

Deux caractéristiques permettent d'analyser ces évolutions : la mise en concurrence entre caisses d'assurance maladie ou entre prestataires de soins (établissements de santé et professionnels de santé de ville) et la mise en place d'un gouvernement par la performance.

1. La diffusion d'éléments porteurs de dynamique de libéralisation

La diffusion d'éléments porteurs de libéralisation au sein des systèmes de santé ou d'assurance maladie prend essentiellement la forme d'un recours à des mécanismes favorisant l'instauration d'une concurrence entre les acteurs. Cette concurrence peut se faire entre acteurs publics, entre acteurs privés, entre acteurs publics et privés. Il semble toutefois que le critère principal soit celui de la scène où se déploie cette concurrence. Les réformes menées en Europe font apparaître deux situations distinctes : une concurrence entre les caisses chargées de la protection maladie, comme c'est le cas notamment dans les réformes menées aux Pays-Bas et en Allemagne et une concurrence entre les prestataires de soins comme c'est le cas dans la réforme du système de santé britannique.

a) La recherche de l'efficience par la concurrence entre les caisses

Le premier élément de ce tournant néo-libéral serait donc celui de la concurrence entre caisses. Deux mouvements peuvent être distingués : le premier est celui de la privatisation pure et simple et donc d'un transfert de la couverture maladie d'un système obligatoire public, vers un système géré par des acteurs privés. Le second est celui d'une concurrence entre caisses publiques, l'affiliation demeurant obligatoire mais la population ayant la possibilité, selon des critères définis par les pouvoirs publics, de choisir sa caisse d'affiliation.

Le premier mouvement peut être constaté aux Pays-Bas. Le système néerlandais de protection sociale se caractérise par l'existence d'un mode dual de prise en charge des dépenses de santé. Celles-ci sont réparties entre deux principaux dispositifs distincts :

l'AWBZ (Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten) pour les soins de longue durée et la ZVW (Zorgverzekeringswet) pour les soins courants. Un troisième étage fondé sur une base volontaire et représentant environ 3% des dépenses de santé venait compléter le dispositif.

L'entrée en vigueur à compter du 1er janvier 2006 de la loi *Health Insurance Act and Health Care Allowance Act* a pour objectif de restructurer intégralement le système de santé néerlandais. Le texte propose quatre axes de réforme principaux : une péréquation des risques, une sensibilisation nouvelle des usagers aux prix, une nouvelle forme de tarification à l'activité hospitalière, enfin la définition, au niveau national, d'un panier de biens et services standard.

Inspiré par la réforme Dekker-Simons (1987 et 1992) qui à la fin des années 1980 avait envisagé une mise en concurrence des assureurs tant publics que privés et la constitution sous leur égide, de réseaux de soins, la réforme mise en œuvre à compter de 2006 a supprimé les caisses d'assurance maladie publiques pour la gestion des soins courants (ZVW) et a transféré cette compétence à des sociétés d'assurance privées. Cette réforme a eu pour effet d'unifier un système fragmenté puisque désormais toute la population à une assurance de base uniforme alors qu'auparavant l'affiliation était commandée par le niveau de revenu.

L'objectif affiché par les autorités néerlandaises est celui d'une plus grande efficience du système de santé, puisque cette privatisation devrait permettre, d'une part réduire le files d'attente, d'autre part, impliquer les sociétés d'assurance dans l'organisation de l'offre de soins. . « *Pour les pouvoirs publics néerlandais, un des principaux problèmes de leur système de santé est celui de l'efficience. L'objectif essentiel était alors d'arriver à produire plus de soins, et donc à réduire les délais d'attente sans augmenter l'offre mais par une meilleure organisation et une amélioration de la productivité. D'où la volonté de mettre en place des mécanismes concurrentiels dans le système d'assurance maladie néerlandais. Il était en effet, inconcevable après la politique de rigueur des années quatre-vingt-dix, qui avait fortement mécontenté la population, de revenir à une politique de contrôle budgétaire et de l'offre de soins, régulés de façon centralisée* » (Cohu, Lequet-Slama, Volovitch 2006).

Sur l'amélioration de l'accès aux soins, une réduction des files d'attente a été constatée et cela a constitué un motif de satisfaction pour les représentants des usagers (Vasselle, Cazeau 2008). Les associations de patients souhaitent toutefois que des aménagements soient apportés à la réforme avec notamment l'introduction d'un budget à la personne, sur le modèle de ce qui existe dans la branche consacrée à la prise en

charge des soins les plus lourds, afin d'augmenter encore la liberté de choix dont dispose chaque assuré. Elles revendiquent l'accès à une information plus transparente sur le coût et la qualité des soins achetés par les assureurs aux prestataires.

Le point de friction le plus important du système reste, selon les associations, la difficulté des patients à s'informer et à évaluer les garanties offertes par les assureurs du fait de l'existence de plusieurs centaines de combinaisons possibles, en raison des différents niveaux de franchise, et de la multiplicité des offres commerciales développées par les assureurs.

L'entrée en vigueur de la réforme s'est accompagnée par des restructurations et des fusions successives du marché des assureurs. L'effet sur l'offre de soins n'a pas été aussi important qu'escompté dans les premières années car « *les assureurs sont plus préoccupées par la restructuration de leur secteur et les logiques de part de marché que par la réduction des coûts de santé qu'ils pourraient obtenir par des accords plus favorables avec les professionnels de santé* » (Bernstein 2011).

Ce schéma d'organisation, entré en vigueur le 1er janvier 2006, est assimilé à une privatisation de cette branche de la protection sociale. L'architecture institutionnelle mise en œuvre abrite une réforme plus complexe qu'un transfert pur et simple de la couverture du risque maladie du public vers le privé. Les compétences en matière de prise en charge des prestations et d'achat des soins ont été transférées aux sociétés privées d'assurance, mais des mécanismes forts de solidarité ont été maintenus sous la forme de cahier des charges et d'incitations financières. Cette réforme a été menée dans le souci d'améliorer l'efficience d'un système de santé affecté d'un phénomène de files d'attente considéré comme préoccupant par les autorités sanitaires. Cette réforme a connu des ajustements en 2014 qui n'ont pas remis en cause ses principes fondamentaux.

Une comparaison avec le système français faisant cohabiter assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire pourrait également être ébauchée notamment lorsqu'est évoquée la possibilité de transférer une partie des soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires. En pratique la distinction posée aux Pays-Bas entre soins longue durée et soins courants, ainsi que les principes de prise charge afférents va au-delà de la simple séparation entre « petit risque » et « gros risque », utilisée en France. Il s'agit en réalité d'une séparation entre ce que les Anglo-saxons appellent le « care », c'est-à-dire la prise en charge de la personne y compris dans sa dimension sociale et médicosociale, et le « cure » qui vise les soins de santé les plus courants.

La concurrence entre caisses peut être organisée dans un système public ou mixte. Il ne s'agit plus alors d'examiner la concurrence entre assureurs dans un système de protection maladie dominé par des acteurs privés comme aux Pays-Bas ou aux États-Unis mais de pouvoir choisir, selon des modalités fixées par les pouvoirs publics, entre plusieurs caisses. Cette problématique de la concurrence entre caisses d'assurance maladie obligatoire peut être analysée à travers l'exemple allemand. Depuis 1992, et la réforme « Seehofer », du nom du ministre de la santé de l'époque, les autorités ont introduit la concurrence entre caisses d'assurance maladie. Les assurés disposent depuis d'une certaine liberté d'affiliation alors qu'auparavant l'affiliation dépendait de l'appartenance socioprofessionnelle ou du lieu d'habitation.

Cette solution a été présentée comme devant contribuer à assurer la viabilité de l'assurance maladie, le recours à la concurrence devant faire émerger plus d'efficience et donc une meilleure maitrise des coûts.

L'analyse des réformes de la protection maladie menées en Allemagne (Hassenteufel 1998, 2006, 2008, 2011 ; Senat 2006) ne permet pas de déterminer l'impact de cette mise en concurrence des caisses sur les évolutions du système par rapport à l'activation d'autres instruments et notamment d'instruments gestionnaires appartenant à un répertoire assez classique. La réforme Blüm avait introduit, à la fin des années 1980, des tickets modérateurs sur les consultations et un système de forfait pour la prise en charge des médicaments. Le plan Seehofer a mis en œuvre des forfaits par pathologie dans les hôpitaux. La réforme engagée en 2003, par Ulla Schmidt, ministre de la santé du Gouvernement Schröder, dans le cadre de « l'Agenda 2010 » avait pour but de permettre aux caisses d'assurance maladie de retrouver l'équilibre tout en baissant leurs taux de cotisation. Les principales dispositions de cette loi de modernisation du système de santé adoptée le 19 novembre 2003 entrées en vigueur au 1er janvier 2004 sont essentiellement organisées autour de trois grandes orientations :

- un fort accroissement de la participation financière (directe ou indirecte) à la prise en charge du risque maladie ; c'est cette orientation qui a le plus nettement retenu l'attention en France et dont on retrouve une inspiration très proche dans la réforme de l'assurance maladie de 2004. La réforme prévoit l'instauration d'un nouveau système de ticket modérateur (*Praxisgebühr*) pour les consultations médicales (à raison de 10 euros par trimestre), le relèvement du ticket modérateur existant pour les séjours hospitaliers (qui passe de 9 euros par jour plafonné à quatorze jours par an à 10 euros par jour plafonné à vingt-huit jours par an) et pour les médicaments (le taux de

participation est fixé à 10 % du prix, pour un montant par médicament qui doit être compris dans une fourchette de 5 à 10 euros) ainsi que la suppression de la prise en charge d'un certain nombre de prestations et de remboursements (pour les médicaments de confort ne nécessitant pas d'ordonnance, les montures et verres de lunettes, la stérilisation, les cures thermales et les frais de transports hors ambulance) ;

- de nouvelles recettes par le biais d'un recours accru à l'impôt pour assurer le financement de l'assurance maladie. Outre, la hausse des contributions des assurés et des laboratoires, sous forme de hausse des cotisations maladies des retraités, d'élargissement à certains médicaments du mécanisme du prix de référence (*Festbetrag*), la réforme prévoit une hausse de la fiscalité sur le tabac (dont le produit devait être reversé aux caisses par la voie d'une subvention de l'État fédéral au titre des charges non contributives, essentiellement les dépenses de grossesse-maternité, au titre de l'IVG, des indemnités pour enfant malade et des indemnités en cas de décès) ;

- une volonté de dépasser la simple maîtrise comptable de la dépense, par ailleurs considérée comme indispensable, pour favoriser de plus en plus des démarches de qualité des soins et de maîtrise médicalisée. La réalisation de gains d'efficacité passe notamment par la création d'une carte de sécurité sociale électronique ainsi que l'incitation à choisir un « médecin de famille » (*Hausarzt*) et à entrer dans un système de parcours de soin en échange d'une baisse de cotisation et d'une exemption de ticket modérateur (si le patient est adressé au spécialiste par le généraliste). Les caisses sont directement partie prenante dans le volet d'amélioration de la qualité des soins, la démarche qualitative devenant un élément de la concurrence, à côté des différences de taux de cotisation. La possibilité est ainsi donnée aux caisses de proposer des formes de prise en charge intégrées dans le cadre de centres de soins médicaux regroupant médecins et autres professions de santé. Les caisses peuvent également verser des primes aux assurés participant à des actions de prévention et favoriser, comme on vient de le voir, ceux acceptant de recourir à un médecin de famille et d'entrer dans un processus de parcours de soins, prévoyant le passage par un généraliste avant le recours au spécialiste

Cette réforme devait permettre aux caisses d'assurance maladie du régime légal de retrouver un équilibre financier, d'une part, tout en leur donnant la possibilité d'abaisser leurs taux de cotisation (l'objectif initial était une baisse de 1,5 point à fin 2005 et de plus de 2 points à l'horizon 2007), d'autre part.

En 2007, une nouvelle réforme vient créer un fonds pour la santé (*Gesundheitsfonds*) dont l'objet est de centraliser l'ensemble des sources de

financement de l'assurance maladie : les cotisations de salariés et des employeurs ainsi que les recettes fiscales affectées.

L'entrée en vigueur de cette réforme au 1er janvier 2009 a plusieurs effets sur le fonctionnement de la protection maladie en Allemagne. Il créé un budget global de l'assurance maladie et prévoit la détermination la détermination d'un taux unique de cotisation pour l'ensemble des caisses. Le niveau des cotisations n'est donc plus géré par les caisses dans le cadre d'une direction paritaire patronat/salariés, classique dans les systèmes d'assurances sociales. Enfin un système de péréquation entre caisses (*Risikostrukturausgleich*) est mis en place.

La réforme prévoit également une réforme des modalités de régulation des honoraires des médecins libéraux et du financement des établissements de santé.

La concurrence entre les caisses n'est pas supprimée par la réforme mais elle ne s'exerce plus que sur une part complémentaire de cotisation que les caisses peuvent exiger de leurs assurés en sus de la cotisation fixée par le fonds. La loi de 2007 renforce la possibilité pour les caisses de contracter avec des offreurs de soins afin de proposer des prises en charge intégrées.

Le recours à la concurrence entre caisses d'assurance maladie se fait donc dans des conditions très encadrées, qui voient les autorités publiques se doter d'instruments de pilotage de l'assurance maladie, par le biais d'obligations de service et d'incitation s'imposant aux caisses dans le modèle néerlandais, par un contrôle budgétaire indirect dans le cas allemand.

Ces réformes se sont traduites aux Pays-Bas comme en Allemagne par une restructuration des caisses publiques ou privées. Une réduction drastique du nombre de caisses ou d'assureurs a pu être constatée (Lequet-Slama 2004). La référence au panier de biens et services médicaux est un autre point commun de ces réformes allemandes et néerlandaises. Cette mise en concurrence des caisses s'est effectivement accompagné d'une tendance à la concentration des prises en charge sur l'hôpital, les soins de ville et les médicaments les plus importants tandis que les soins dentaires, l'optique, les audioprothèses et les transports sanitaires non urgents sont moins bien pris en charge par les caisses publiques (Cour des comptes 2018).

b) La concurrence entre les offreurs de soins pour améliorer la prise en charge des patients

La concurrence entre prestataires de soins constituerait un autre versant du tournant néo-libéral qui pourrait être constaté dans les trajectoires de réforme des systèmes d'assurance maladie. Cette mise en concurrence est présentée selon deux grandes catégories. La première est celle mise en œuvre au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Dans ces systèmes de santé, les médecins libéraux jouent un rôle stratégique. D'une part, ils constituent un point d'entrée obligatoire dans le système de santé et assurent donc les soins de premier recours. D'autre part, ils jouent un rôle d'acheteurs de soins et d'organisateurs du parcours de soins de leurs patients.

Le deuxième modèle de concurrence entre prestataires de soins est celle existant entre les établissements de santé. Ce modèle de concurrence est présent dans de nombreux pays membres de l'OCDE et prend la forme d'une modalité spécifique de financement de ces établissements. Ces réformes sont promues avec l'idée de renforcer la transparence du financement en le liant au niveau d'activité dans le domaine de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique.

« *Le Royaume-Uni est l'État européen qui a opéré le tournant néo-libéral le plus important des années 1980, se traduisant par un changement de paradigme économique et une transformation du mode de gestion de l'État et des services publics (Hayward, Klein 1994). Une véritable « réinvention de l'administration » a été opérée autour de trois postulats : le secteur public n'est pas assez efficace, la gestion privée l'est plus et la mise en concurrence facilite le transfert d'activité vers le secteur privé. Elle est principalement fondée sur l'idée d'introduction de mécanismes de marché comme instrument permettant de rendre la gestion du service public plus efficace e se rapprochant de celle du privé* » (Hassenteufel, de Maillard 2017).

Cette mise en concurrence s'étale du début des années 1980 jusqu'aux années 2000, elle est portée par les gouvernements successifs qu'ils soient conservateurs ou travaillistes. Dès 1983, un mécanisme d'achat de prestations de services est mis en œuvre au niveau des autorités locales de santé (*District Health Authorities)*. S'il concerne des prestations qui n'ont pas lien avec les soins (blanchisserie, restauration), il s'agit bien de mettre en concurrence des prestataires privés désormais chargés de ces tâches. En 1988, les autorités sanitaires sont incitées à trouver des sources de financement complémentaires notamment par le recours à la concession d'espaces (restauration rapide, buralistes, coiffeurs). En 1993, est mis en œuvre pour l'ensemble de l'administration la *Private Finance Initiative,* un système de partenariats public-

privé qui permet de faire appel à des opérateurs privés pour construire, financer et gérer des services publics. À la suite du livre blanc *Working for patients* ; le Gouvernement de J.Major va engager la transformation du système de santé anglais à partir de 1990 en introduisant un dispositif de quasi-marché. Ce mécanisme est fondé sur la séparation des rôles entre acheteur de soins et prestataires de soins. Concrètement les cabinets de médecins généralistes (GP fundholders), dès lors que leur clientèle dépasse un certain seuil, se voient attribuer des budgets afin d'acheter des soins de toute nature pour leurs patients. La séparation acheteur / prestataire se fait sans privatisation, il s'agit donc de la mise en place d'un marché interne au service public de santé anglais même si la réforme autorise le recours à des prestataires privés.

Il s'agit plus d'une rhétorique managériale plutôt que politique, l'objectif est de faire du *National Health Service* (NHS) une institution plus tournée vers le patient et de répondre aux critiques adressées au système. Un des objectifs de la reforme portée par le gouvernement de M.Thatcher était de diminuer les listes d'attente et d'améliorer le service rendu par les hôpitaux. Les évaluations réalisées conduisent à des résultats souvent contradictoires. Les données disponibles font apparaitre une meilleure efficience des hôpitaux et des services de santé communautaires dans la première année de la réforme (Le Grand 2002). Tandis que « *de nombreux responsables hospitaliers ainsi que la British Medical Association dénonçaient une dégradation de la qualité des soins et l'instauration d'une médecine à deux vitesses selon que les patients dépendaient ou non de médecins fundholders* » (Slama 2004).

Le gouvernement de T.Blair va infléchir cette réforme. Le principe de la séparation acheteur/prestataire est maintenu et en 2000, les médecins généralistes gestionnaires de budget (*GP fundholders*) sont remplacés par des *Primary Care Groups devenus en 2003 des Primary Care Trusts* (PCR). Ces structures sont composées de médecins généralistes, d'infirmières de représentants des services sociaux et de représentants de patients. Ils ont une responsabilité populationnelle et détiennent des enveloppes budgétaires pour financer les soins spécialisés et hospitaliers de leurs ressortissants. Leur rôle est de coordonner les différents acteurs impliqués et de servir de commanditaires collectifs de soins généralistes et de certains soins spécialisés tout en contrôlant la prise en compte des priorités nationales de santé publique par les prestataires de soins. La faiblesse de l'offre de soins incite les responsables à rechercher des solutions extérieures, soit dans des structures privées au Royaume-Uni, soit à l'étranger. Par ailleurs en 2003, les hôpitaux publics ont eu la possibilité de prendre le statut de *NHS Foundation Trusts*, un statut hybride entre public et privé afin de

renforcer leur autonomie organisationnelle et gestionnaire, leur responsabilité financière et leur capacité à contracter avec le secteur privé.

Les réformes des années 2010 conservent la même trajectoire en renforçant les mécanismes de concurrence et le recours au secteur privé. Les *Primary Care Trusts* sont remplacés par des *Clinical Commissioning Groups* (211 CCG sont opérationnels) contrôlant les 2/3 du budget du NHS. Leur responsabilité principale est de commanditer des soins spécialisés, mais dès 2014, les autorités leur accordent le droit de commanditer des soins primaires. Les CCG sont des regroupements obligatoires de cabinets de médecine générale, disposant d'une personnalité juridique propre. Tous les cabinets ont, en effet, l'obligation de devenir membre d'un CCG. Les CCG ont un rôle décentralisé d'acheteur et de régulateur des soins. « *La décentralisation du NHS s'accompagne ainsi d'une redéfinition des compétences, le niveau central n'exerçant théoriquement qu'une fonction d'encadrement avec la mise ne place d'organismes indépendants de validation des pratiques médicales (comme le National Institute for Clinical experience, NICE) et le suivi des indicateurs de performance au niveau local* (Lequet-Slama 2004).Les CCG ont pour mission d'organiser et de financer pour la population de leur territoire les services suivants : les soins d'urgence, les soins hospitaliers programmés (consultations externes ou chirurgie programmée), la maternité, les soins de réadaptation ainsi que les soins et prises en charge liés à la santé mentale. Une agence, le NHS England (anciennement NHS Commissioning Board), indépendante du ministère de la santé, est chargée de la régulation centralisée des soins ambulatoires.

Ce recours à la concurrence a pour objet d'améliorer la situation (file d'attente), il se construit sur une logique d'intervention hiérarchisée et coordonnée, à partir du médecin généraliste puis de structures pluriprofessionnelles (*Primary Care Trust*) qui se voient également confier des responsabilités populationnelles dans leur ressort territorial.

In fine, le cas anglais illustre les limites du recours au marché comme instrument de réforme du secteur de la santé. Dès la fin des années 1990, « *le gouvernement travailliste s'est engagé à mettre fin progressivement au sous-financement chronique du NHS, en accroissant sensiblement les budgets consacrés à la santé »* (Slama 2004) ce qui constitue une réorientation substantielle de la politique menée (les défaillances du système pourraient être causées par la rareté des moyens) et de façon plus générale depuis les années 2010, « *la régulation de la qualité et l'intégration des soins priment*

par rapport aux thèmes de la concurrence et la privatisation comme le traduisent l'adoption du Care Act en 2014 » (Hassenteufel, de Maillard 2017).

La réforme menée aux Pays-Bas (Vasselle, Cazeau 2008) propose une autre modalité de recours à des instruments de concurrence. Avec la réforme de 2006, les pouvoirs publics ont confié aux sociétés d'assurance un rôle d'acheteur de soins dont les prérogatives essentielles sont leur capacité à sélectionner les prestataires auprès desquels leurs assurés peuvent se faire soigner et à négocier le tarif de ces prestations. L'exercice de cette compétence doit permettre de renforcer l'efficience du système de santé et de réduire ses coûts de fonctionnement.

Dans le système préexistant à la réforme entrée en vigueur le 1er janvier 2006, les assurés rattachés au régime de couverture publique devaient s'inscrire auprès du médecin généraliste de leur quartier (sur le modèle de *General Practionner* anglais). Le recours au tiers-payant était généralisé et les patients n'avaient pas à faire d'avance de frais lorsqu'ils recevaient des soins. Ce médecin généraliste, appelé médecin de famille, constituait la porte d'entrée pour accéder aux autres acteurs du système de santé (spécialistes, soins délivrés en établissements hospitaliers). Les personnes assurées auprès des opérateurs privés (environ 35 % de la population) faisaient quant à elles l'avance de frais avant d'être remboursées par leurs assureurs. Les médecins avaient été les plus réticents à entrer dans la nouvelle organisation et ils avaient exprimé une vive défiance - en recourant à la grève - à l'égard des assureurs et des assurés, craignant que les uns et les autres ne leur dictent un exercice de leur art conforme aux intérêts financiers des acheteurs de soins, mais pas nécessairement aux exigences de santé publique. En pratique, ces craintes se sont révélées infondées. Les conditions de rémunération des médecins généralistes ont en outre été aménagées dans le sens d'une incontestable revalorisation. Au pire, ils estiment eux-mêmes ne pas avoir été perdants à la réforme. Avant 2006, chaque médecin concluait, en effet, un contrat de base avec les caisses publiques. Ce conventionnement était obligatoire. Un contrat distinct pouvait être conclu avec les assureurs privés. Ils perçoivent dorénavant une indemnité annuelle par patient inscrit, un forfait pour chaque consultation et un autre forfait pour une visite à domicile, alors qu'auparavant ils percevaient 75 euros par an pour les assurés des caisses publiques inscrits auprès d'eux et 24 euros par consultation pour les assurés du privé. Cette nouvelle capitation a été négociée entre les représentants des assureurs et ceux des médecins sur le plan national et s'applique à l'ensemble de la profession. Par ailleurs, les médecins généralistes sont incités financièrement à prendre

en charge et à assurer le suivi des patients atteints de maladies chroniques grâce au versement de forfaits annuels majorés. Le but est d'empêcher une accélération de la dégradation de l'état du patient et des hospitalisations qui peuvent être prévenues par un accompagnement en amont. Les associations de patients, qui ont sans doute été les plus ferventes dans le soutien apporté à la mise en œuvre de la réforme, considèrent pour leur part que la liberté des patients dans le système de santé s'est accrue, permettant ainsi une meilleure prise en compte des demandes exprimées par les assurés. C'est la possibilité de choisir son mode de couverture santé, et les garanties afférentes, qui a pour effet d'accroître l'autonomie de l'assuré. Mais la recherche d'une meilleure coordination des soins, d'une responsabilité populationnelle, de l'organisation d'un parcours demeure un point stratégique de la réforme qui a conduit à une concentration des financeurs et des producteurs de soins. Ces derniers ont en effet été contraints de se regrouper pour augmenter leur pouvoir de négociation face aux assureurs.

Dans le secteur des établissements de santé, la mise en concurrence des offreurs de soins a été réalisée par le biais d'une réforme des modes de financement en vigueur et le déploiement d'un modèle de financement commun la tarification à l'activité (T2A). La T2A est une modalité de financement qui consiste à payer les établissements en fonction de leur activité réelle mesurée par groupe homogène de malades (GHM). Le recours à un tel mécanisme de financement est justifié à la foi par des motifs d'équité (transparence dans le financement des soins) et d'efficacité (accroitre l'efficacité).

Ce mode de tarification s'est déployé en Europe à compter du début des années 1990. Ce mode de tarification se retrouve dans des pays ayant des systèmes de santé nationaux (Royaume-Uni), bismarckiens (France), une organisation décentralisée (Allemagne, Suisse). L'introduction de ce type de réforme s'inscrit souvent dans une réforme plus large des systèmes de protection sociale (Royaume-Uni, Italie). Avec ce modèle de financement, l'État ou le système de prise en charge assurantiel public ou privé peut être considéré comme un acheteur de soins qui met en concurrence les prestataires de soins hospitaliers publics et privés.

Il faut également constater que l'introduction de la T2A suit un processus assez long. En Allemagne, l'accord-cadre du 27 juin 2000, signé entre le ministère fédéral de la santé, la société allemande d'hospitalisation, les organismes fédéraux des caisses d'assurance maladie et l'union fédérale des assureurs maladie a prévu l'adoption d'une tarification à l'activité dans les établissements de soins (*German Refined Diagnosis*

Related Groups ou Fallpauschalen), reprise du système australien des *Australian Refined-Diagnosis Related Groups*. À l'issue d'une période de montée en charge indispensable compte tenu de la complexité du dispositif et de l'ampleur de changement qu'il implique, la réforme ne devait être totalement achevé qu'en 2009 afin de permettre une convergence progressive des établissements au sein des Lander.

En France, la mise en œuvre de la réforme a débuté le 1er janvier 2004 dans le secteur privé et le 1er janvier 2005 dans le public et a suivi un processus de mise en œuvre progressive étalé sur plusieurs années. Cette mise en œuvre incrémentale était motivée par deux éléments : un accroissement progessif de la part d'activité tarifiée à l'activité dans les établissements publics et la recherche d'une convergence tarifaire entre établissements publics et privés, ce dernier objectif ayant été abandonné par les autorités sanitaires.

Par rapport au système de la dotation globale, le recours à la T2A se fixait come objectif d'améliorer l'efficience des établissements et d'améliorer l'allocation des ressources. Ce système a fait l'objet de critiques multiples (Dormont 2020) et notamment en raison de la volonté des pouvoirs publics de se servir des tarifs pour influencer l'activité des établissements. Une réforme telle que la T2A s'inscrit dans le répertoire de renforcement de la maitrise des dépenses d'assurance maladie. Le point clé de cette réforme, dans une perspective de *Politics of Retrenchment* c'est celui de l'évolution des tarifs. Nous verrons ultérieurement dans notre analyse, que les LFSS ont mis en œuvre une politique de maitrise des dépenses hospitalières rigoureuse.

« *Finalement, la mise en œuvre des réformes dépend dans chaque pays de ce qui est politiquement possible. Aux Pays-Bas, le projet Dekker a été lancé, puis abandonné avant de bénéficier du consensus permettant son adoption quinze ans plus tard. En Allemagne, les réformes passées et les débats en cours partent d'un consensus pour préserver les « trois S », Solidarité, Self-governance et Subsidiarité (Altenstetter, Busse 2005). La France continue à privilégier des dispositfs hybrides : une couverture maladie universelle et le secteur II à honoraires libres, une assurance maladie sans véritable pouvoir de gestion, l'assurance complémentaire couvrant les tickets modérateurs. Ces options correspondent à la trajectoire historique française* » (Catrice-Lorey, Steffen 2006).

2. Le recours à des modalités de pilotage inspirées du New Public Management (NPM)

La littérature scientifique considère que les principes du *New Public Management* (NPM) sont au nombre de cinq (Bezes 2007) : la séparation entre les fonctions de stratégie et de contrôle et celles de mise en œuvre ; le recours aux mécanismes du marché ; la fragmentation des bureaucraties verticales ; le renforcement de la responsabilité des échelons de mise en œuvre ; la gestion par les résultats.

Les Gouvernements européens ont pu puiser dans ce répertoire pour adapter leur système d'assurance maladie et de santé au nouveau paradigme macro-économique. Le recours à des indicateurs de suivi de l'activité ou à des formes organisationnelles nouvelles illustrent cette évolution.

a) L'émergence d'un gouvernement par la performance ?

Le recours de plus en plus fréquent à des instruments de mesure de la performance est souvent mis en avant pour illustrer le tournant néo-libéral qui irrigue les réformes de la protection maladie.

Selon P. Bezes (2020), ces dispositifs constitutifs d'un gouvernement par la performance (GPP) occupent une place centrale dans les réformes inspirées du *New Public Management*. Ce gouvernement par la performance peut se définir comme « *la mise en place d'appareils de recueil et d'analyse de données permettant de connaître le déroulement de l'activité en se reportant aux chiffres fournis par une batterie d'indicateurs rendant compte de ces conditions d'effectuation* »(Ogien 1995) ou « *comme un système qui génère de l'information sur la performance des administrations publiques à travers des dispositifs de planification stratégique et de mesures des activités administrative et de leurs effets et qui connecte les informations à des circuits de décision où, dans l'idéal, elles influencent une grande variété de décisions [...] concernant des sujets aussi divers que la mise en œuvre des objectifs, l'allocation des ressources, l'élaboration des politiques publiques, l'évaluation, etc.* » (Moynihan 2008)

Dans les systèmes de protection maladie, ce recours aux instruments de performance a pu être développé notamment pour suivre l'activité des offreurs de soins. Ce recours aux instruments de mesure a été particulièrement développé au Royaume-Uni avec l'introduction de *League tables* puis d'indicateurs de performance de plus en plus détaillés dans une logique où se combinent mise en concurrence et relation accrue par le niveau central. Cette introduction répond à une double logique,

un des objectifs des réformes était d'améliorer l'efficacité du service public de santé en réduisant les files d'attente, ces indicateurs étaient donc un moyen de mesurer les effets de la réforme.

Au début des années 2000, l'évaluation et le contrôle des établissements de santé occupent une place accrue. La *Commission for Health Improvment* (CHI) produit des grilles d'évaluation de performance autorisant un classement des hôpitaux. Les établissements les mieux notés se voient attribués plus d'autonomie, plus de capitaux, plus de liberté financière par rapport au NHS performance fund. L'objectif principal était d'améliorer la performance des prestataires avec des cibles nationales clés plutôt que d'informer le choix des patients.

De façon plus générale, l'introduction de mécanismes de financement fondés sur l'activité des établissements de santé dans plusieurs pays européens s'inscrit également dans une démarche de développement des indicateurs de performance. La tarification à l'activité (T2A) suppose en effet de suivre les performances des établissements sur au moins deux points : le niveau global d'activité et donc leur capacité à entrer dans le jeu de la concurrence mais surtout d'une mesure de la performance interne mesurée comme la capacité à avoir des coûts de production qui correspondent à des tarifs fixés par le régulateur.

Ces dispositifs peuvent aussi avoir pour fonction de renseigner les patients sur la qualité des offreurs de soins. Un des angles morts de ces réformes fondées sur la mise en concurrence des prestataires de soins est en effet la capacité des patients à accéder à l'information. A ce stade, les indicateurs développés en Grande-Bretagne n'ont pas permis de répondre à cette injonction. En France, ce type de pratique n'a pas été promu par les autorités sanitaires et seuls quelques media ont rendus publics des classements des établissements de santé.

Dans le cas de la France, ce gouvernement par la performance s'est développé dans le sillage de la loi organique relative aux finances publiques, puis pour la sécurité sociale avec les lois de financement de la sécurité sociale.

Lors de la réforme des dispositions organiques relatives aux lois de financement de la Sécurité sociale adoptée en 2005, des programmes de qualité et d'efficience (PQE) ont été institués. Cette création s'inscrit tout d'abord dans une démarche visant à renforcer l'information des parlementaires et la qualité de l'information disponibles. Outre le contenu des lois de financements de financement, et l'élaboration d'une liste de dispositions devant obligatoirement figurer dans le texte soumis au vote des

parlementaires, la réforme de 2005 s'est attachée à définir les informations devant être transmises à la représentation nationale, et par-delà, du fait de la publicité de ces documents, à l'ensemble des acteurs du système d'assurance maladie.

Ce travail a conduit au développement des annexes qui accompagnent chaque LFSS et permettent de suivre, pour la partie maladie, la construction de l'Ondam ou l'application des dispositions votées l'année précédente. Au sein de ces annexes, les programmes de qualité d'efficience (PQE) instaurés lors de cette réforme ont pour objectif de replacer les politiques de sécurité sociale dans le contexte économique, social et sanitaire dans lequel elles se déploient, de permettre au Parlement d'apprécier la nécessité des mesures qui lui sont proposées dans les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Ils visent, dans la mesure du possible, à adapter la logique objectifs/résultats aux politiques de la Sécurité sociale.

Chacun de ces programmes se structure en deux temps :

- une première partie composée d'indicateurs de contexte (le « diagnostic de situation » mentionné à l'article LO. 111- 4 du code de la Sécurité sociale), qui permet de donner les éléments de cadrage et d'état des lieux nécessaires à la bonne appréhension des enjeux de la branche considérée ;

– une seconde partie, qui développe une démarche évaluative articulée autour de la définition d'objectifs visant à appréhender l'efficacité des politiques menées. Ces objectifs sont eux-mêmes déclinés en plusieurs indicateurs assortis de cibles chiffrées (dans environ 25 % des cas) ou, *a minima*, de tendances d'évolution souhaitées. Des entités – selon les cas, des administrations centrales de l'État, des établissements publics ou des caisses nationales de Sécurité sociale – sont désignées comme responsables politiques des progrès réalisés vers l'atteinte de ces objectifs quantifiés.

Les programmes de qualité et d'efficience (PQE) sont remplacés en 2021 par les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS), avec pour enjeu de permettre d'apprécier les résultats de ces politiques, au regard des objectifs assignés. Ces instruments illustrent le développement du gouvernement de la performance par le biais des LFSS, ils retracent des objectifs, des cibles et proposent des indicateurs de suivi dont le but est de quantifier les activités administratives afin d'en améliorer l'efficience. Ils doivent permettre de vérifier l'adéquation entre les moyens alloués et les objectifs poursuivis et sont conçus comme des dispositifs devant inciter les acteurs administratifs à orienter leur conduite collective.

b) Des formes administratives nouvelles

Les années 1990 et 2000 se caractérisent par un mouvement institutionnel riche de la création puis, pour certaines d'entre elles, de la transformation d'agences intervenant dans le champ sanitaire (Benamouzig, Besançon 2007). Ce mouvement n'est pas propre à la France, il peut être constaté chez nos voisins allemands ou britanniques. Cette création se fait sous l'influence des principes du *New Public Management* pour qui les agences incarnent des idées de modernisation, d'efficacité et de réactivité de l'État. Elles répondent aux objectifs du nouveau service public conjuguant souplesse d'organisation interne, flexibilité de gestion, atténuation des lourdeurs hiérarchiques, meilleur service à l'usager. (Benamouzig, Besançon 2005).

Le concept d'agence qui ne répond pas à une catégorie juridique unifiée (Conseil d'État 2012) s'inspire des modèles anglo-saxon ou scandinave, où les agences sont des entités administratives identifiées caractérisées par leur autonomie par rapport au pouvoir exécutif et aux administrations ainsi que par des règles définissant précisément leurs responsabilités.

Ces agences sont devenues des modèles lorsque le mouvement du *New Public Management* a prôné la création d'agences autonomes, supposées favoriser la séparation entre les fonctions de pilotage stratégique et de mise en œuvre des politiques.

En France, cette évolution s'inscrit dans le prolongement la mission Picq (1994) avait esquissé le modèle d'un État « fort et efficace » et accordé une place de choix aux agences. Selon cette nouvelle doctrine, les fonctions d'exécution et de gestion doivent leur être déléguées tandis que les administrations centrales doivent conserver le seul pilotage stratégique. L'État qui fixe les objectifs, choisit les dirigeants, évalue et contrôle les résultats des établissements. En contrepartie, les agences bénéficient d'une autonomie de gestion.

Cette influence se fait également ressentir au niveau des instances communautaires qui sont à l'origine de la création de plusieurs agences européennes dont l'organisation en réseau suppose l'existence de correspondants nationaux et donc suscite la création d'agences dans chaque pays membre.

En France, le législateur sera donc amené à intervenir régulièrement (1993, 1994, 1998, 2001 2004, 2009, 2010 et 2016) pour accompagner cette évolution institutionnelle et la création d'agences emblématiques dans le secteur sanitaire comme l'agence du médicament (aujourd'hui dénommée agence nationale de sécurité du

médicament, ANSM), l'agence alimentation, santé-environnement (aujourd'hui dénommée agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, ANSES).

Les agences peuvent également s'inscrire dans une stratégie de (re)conquête d'un domaine d'action publique ou pour accompagner la structuration d'une politique publique en renouvelant le rapport entre l'expertise scientifique et la décision publique. C'est ainsi que les années 1990, la création de plusieurs agences doit être interprétée comme une réponse institutionnelle aux crises sanitaires qui révèlent à différentes reprises les défaillances d'une administration pauvre en compétences scientifiques et techniques et vont servir d'appui à la construction d'une politique de sécurité sanitaire (Tabuteau 2003). C'est le cas de l'agence en charge de la surveillance de la santé publique (aujourd'hui dénommée agence nationale de la santé publique dont le nom d'usage est Santé publique France en référence à l'agence britannique *Public Health England*), l'agence qui dispose du monopole de la collecte des produits sanguins labiles (aujourd'hui dénommée Établissement français du sang) ou encore les agences compétences en matière de radioprotection (aujourd'hui dénommée agence de sureté nucléaire, ASN et l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire, IRSN).

Si la création de ces agences participe de l'influence d'éléments porteurs d'une logique de libéralisation inspirée par la nouvelle gestion publique, elle s'inscrit prioritairement pour la majorité d'entre elles dans une logique de reconstruction du champ sanitaire, de l'État hygiéniste.

Dans cette galaxie des agences du champ sanitaire, plusieurs initiatives ont un lien, d'une intensité variable, avec les politiques de *Welfare State Retrenchment*.

L'agence emblématique de cette situation est la Haute Autorité de santé (Benamouzig (2009). La création de cette agence figure parmi les évolutions institutionnelles proposées par la réforme de l'assurance maladie de 2004. Inspirée par le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) britannique et *l'Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWIG) allemand, la création de la Haute autorité de santé, vise selon l'exposé des motifs du projet de loi portant réforme de l'assurance maladie « *à renforcer l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et à promouvoir la qualité des pratiques dans notre système de santé* ». Pour atteindre cet objectif, elle se voit confier deux missions principales :

- évaluer et hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes, prestations et produits de santé, contribuant ainsi par son expertise médicale et de santé publique au bienfondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement ;

- élaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge de processus de soins globaux dans le cadre du traitement de certaines pathologies, notamment les affections de longue durée et veiller à la diffusion de référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des professionnels de santé et à l'information du public dans ces domaines. »

S'il ne s'agit de réduire les prestations en espèces servies aux assurés, l'action de la HAS a vocation à agir sur l'efficience de la dépense en définissant des recommandations et des pratiques fondées sur l'expertise scientifique. Dans l'activité courante de la HAS, ces recommandations, formulées dans des avis rendus par ses commissions spécialisées ou son collège, ont un effet notable sur le prix et le niveau de remboursements des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux. La HAS, comme avant elle l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), a jusqu'à présent eu du mal à imposer des recommandations aux professionnels de santé, comme le fait l'IQWIG. Les professionnels de santé n'adhèrent pas à ces évolutions qu'ils considèrent comme une atteinte à leur liberté d'exercice. Comme pour les tentatives de mise sous enveloppe globale de la médecine libérale, ils mettent en échec cette tentative de standardisation de la prise en charge de certaines pathologies dont l'objectif est, d'une part, d'améliorer la pratique médicale et le parcours du patient et, d'autre part, de s'assurer de l'efficience de la dépense.

Symboliquement, il convient d'observer, en appui de cette analyse que les dispositions législatives relatives à la HAS figurent dans le code de la sécurité sociale, comme celles relatives aux LFSS et non pas dans le code de la santé, comme d'autres agences (ANSM, ANSES, EFS).

II. LA FRANCE : UN ÉTAT PROVIDENCE FIGÉ ?

Les travaux d'analyses des réformes du système de protection sociale français sont nombreux (Palier 2002 b, 2006, 2008, 2020 ; Catrice-Lorey, Steffen 2006 ; Guillemard 2008). Ils discutent la perspective d'analyse principalement tracée par les auteurs anglo-saxons, notamment P.Pierson ou scandinaves tel que G.Esping-Andersen. Ces travaux permettent d'apporter un éclairage spécifique sur le système français peu analysé dans les comparaisons internationales et réputé, comme d'autres systèmes bismarckiens, figé, résistant au changement.

Une analyse approfondie des évolutions des États providence bismarckiens jusqu'au milieu des années 2000 a été réalisée par B.Palier (2006, 2009 b). Cette analyse fait ressortir une double problématique. D'une part, celle du financement de la protection sociale, qui selon B.Palier est réglée rapidement, et d'autre part, celle partagée avec les autres systèmes continentaux bismarckiens de leur capacité à s'adapter aux enjeux des évolutions en matière de protection sociale (lutte contre l'exclusion, insertion professionnelle, service aux familles).

Né en 1945, le modèle français de protection sociale semble soumis à une double inspiration. Il serait le fruit d'un compromis entre les systèmes bismarckiens et beveridgien ainsi que le souligne Pierre Laroque (2020), considéré comme le père fondateur de la sécurité sociale, lorsqu'il écrit « *la formule que nous entendons appliquer en France est intermédiaire entre ces deux formules* ». Dans les classifications internationales, le système français est rattaché à la famille bismarckienne ou conservatrice-corporatiste selon la typologie définie par G.Esping-Andersen. Ce rattachement est fondé sur au moins deux des caractéristiques de notre système de protection sociale : le financement par les cotisations sociales et un processus d'affiliation initialement fondé sur l'exercice d'une activité professionnelle.

Tout au long des Trente glorieuses le développement continu des institutions de protection sociale est dominé par la formule bismarckienne. Cette prédominance et favorisée par une croissance économique continue et une situation de plein emploi qui permet d'accroitre, et de généraliser, selon l'intitulé de la loi de 1978, l'accès à la sécurité sociale en mêlant les objectifs de Beveridge (universalité et lutte contre la pauvreté) avec les méthodes de Bismarck (assurance sociale et maintien du revenu).

Ce mode de fonctionnement est bousculé par la crise économique à partir du milieu des années 1970, le tournant néo-libéral symbolisé notamment par l'arrivée au pouvoir de Margaret Thatcher en Grande-Bretagne ou Ronald Reagan aux États-Unis et le

changement de paradigme macro-économique à compter des années 1990. La critique de l'État providence, et la remise en cause du compromis fordo-keynesien qui en découle, vont conduire à une transformation des modalités d'intervention publique avec le passage d'une politique de la demande à une politique de l'offre (Palier 2008), et affirmer la prédominance de préoccupations gestionnaires et comptables dans les politiques sociales.

Ce renversement de paradigme n'intervient pas immédiatement, il ne se produit qu'après l'adoption de plans de sauvetage réguliers menés dans les années 1970 et 1980. Selon une logique keynésienne toujours présente, ces plans sont davantage fondés sur une augmentation des recettes que sur une réduction des prestations. L'évolution de la part des dépenses sociales dans le PIB, ou celle de la part des financements dédiés à la protection sociale au sein des prélèvements obligatoires viennent confirmer le choix de ce modèle d'intervention que l'on retrouve dans tous les systèmes continentaux de type bismarckiens.

Le développement d'une interprétation de la crise économique inspirée par la thèse néo-libérale est favorisé, au cours des années 1980, par la persistance d'une situation économique dégradée et d'un niveau de chômage élevé malgré les tentatives de relance économique (des gouvernements Chirac et Mauroy en France). Dans ce contexte, l'idée que la sécurité sociale est devenue un poids pour l'économie (coût du travail, désincitation au travail) va se développer. Cette diffusion sera encore accrue par le changement d'environnement économique, notamment le mouvement de globalisation économique et la construction du marché unique européen qui se dessine avec l'Acte unique au milieu des années 1980 puis la construction de la monnaie unique dont les règles sont posées par le traité de Maastricht (1993).

À compter du début des années 1990, les trajectoires de réforme du système français peuvent être analysés au prisme de deux ensembles. Il y a, d'une part, des réformes dont l'objectif est de répondre aux nouveaux enjeux de protection sociale comme la création du RMI (1988) puis du RSA (2009), de l'APA (2002). Il y a, d'autre part, les réformes sectorielles qui se succèdent depuis le début des années 1990. C'est le cas de notamment des réformes de retraites (1993, 2003, 2010, 2013), des prestations familiales (2013,2014) qui s'inscrivent dans une démarche de sauvetage du système de protection sociale et de maitrise des dépenses, ou des réformes de l'assurance maladie qui à l'exception de la réforme de 2004, ne prennent plus la forme d'un plan de sauvetage mais sont maintenant gérées annuellement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. Dans la manière dont elles sont présentées, ces

réformes appartiennent au registre du *Welfare state Retrenchment*, leur mise en œuvre s'appuie sur de nouveaux instruments de pilotage comme le fait le plan Juppé avec la création des lois de financement de la sécurité sociale.

En concentrant ses travaux plus spécifiquement sur les réformes du système de santé, P.Hassenteufel (2014) observe que la nécessité de développer une politique de maitrise des dépenses a conduit au développement d'une réflexion qui ne porte plus seulement sur le sources de financement et les instruments de maitrise mais aussi plus largement sur l'organisation institutionnelle de l'assurance maladie.

Ces travaux permettent de tracer les contours de la trajectoire de réformes de l'État providence en France depuis le milieu des années 1990 et plus particulièrement, pour notre analyse, de l'assurance maladie. Ces analyses concordent pour souligner que le plan Juppé constitue un point nodal dans la conduite des réformes de la protection sociale en France, notamment du fait des transformations organisationnelles qu'il va proposer dans le pilotage de l'assurance maladie et de la mise en œuvre d'un nouvel instrument de pilotage des dépenses : les lois de financement de la sécurité sociale. Le plan Juppé marque ainsi l'institutionnalisation de la politique de maitrise des dépenses (cost-containment).

L'analyse des effets de l'introduction de la LFSS dans le champ de la protection maladie permet de montrer de fortes résistances puisque peuvent être constatées à la fois dans les difficultés de mise en œuvre des politiques de réduction des prestations servies aux assurés et la résistance d'une partie des professionnels de santé aux mécanismes de régulation qui accompagnent les LFSS (Hassenteufel 2015, 2019).

Surtout, comme le souligne P.Hassenteufel (2014), l'introduction des LFSS se caractérise au moins autant par les politiques de retranchement qui y sont initiées que par une nouvelle organisation institutionnelle de l'assurance maladie. Cette nouvelle organisation institutionnelle prend la forme d'un renforcement du rôle de l'État qui peut être constatée aussi bien en France que dans d'autres systèmes bismarckiens, comme en Allemagne, notamment.

A. DES RÉFORMES ORGANISATIONNELLES POUR SUIVRE LES VOIES DU WELFARE STATE RETRENCHMENT ?

Le changement profond qui caractérise les années 1990-2000 dans l'appréhension des politiques de protection sociale est la centralité de la question de l'équilibre des comptes. L'émergence de cette centralité est le fruit d'un processus à plusieurs niveaux.

Cette émergence est d'abord favorisée par la nécessité de trouver des ressources financières nouvelles et dynamiques pour faire face à l'évolution des dépenses de prestations. Cette question technique est prégnante en raison d'un effet ciseau constatée en période de crise : les recettes assises en partie sur l'activité économique, en fait l'évolution de la masse salariale, se réduisent en période de crise économique tandis que le niveau des prestations demeure stable, voire s'accroit lorsque les prestations sociales sont utilisées comme amortisseur de la crise (chômage, préretraites).

Il ne nous appartient pas de dresser une liste exhaustive des nombreuses stratégies explicatives qui ont été menées pour imposer la primauté de l'équilibre des comptes et de la maitrise des dépenses et nous reprendrons l'idée défendue par B.Palier (2020) selon laquelle ces réformes sont motivées « *par des préoccupations de politique économique qui visent à mettre les systèmes de santé hérités des Trente glorieuses en conformité avec les nouvelles politiques macro-économiques, fondées sur l'orthodoxie budgétaire, la centralité des mécanismes du marché et l'impératif de compétitivité* ».

En France, ce tournant budgétaire est pris dans le courant des années 1990, il est illustré par deux réformes importantes, celle des retraites (1993) sur laquelle nous ne reviendrons pas et par le plan Juppé (1996) qui marque un tournant majeur dans le pilotage des dépenses de la sécurité sociale et dont les instruments, notamment la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), sont toujours utilisés aujourd'hui.

Cette reformulation de la question du financement de l'État providence, et l'instauration de nouveaux instruments de pilotage de la dépense est aussi le fruit d'une évolution cognitive. Le répertoire d'action précédent, ici le répertoire fordo-keynésien, n'ayant pas réussi à résoudre les problèmes rencontrés, les acteurs recherchent de nouvelles solutions.

Nous souhaitons plus particulièrement analyser les influences de la création de la LFSS s'inscrit dans une recomposition plus large du pilotage de l'assurance maladie. Le constat selon lequel « *la gestion paritaire du système par les partenaires sociaux engendre l'irresponsabilité et entraine une crise de cette gestion elle-même est posé* » (Palier 2009) est partagé par de nombreux acteurs (Ruellan 2002, Hcaam 2004). Un renforcement institutionnel du rôle de l'État (Hassenteufel 2011, 2014) va s'engager afin de mieux gouverner (Bras 2003, 2004, 2009) un système de santé en quête de régulation (Tabuteau 2009 a, 2013 a). « *Cette stratégie se traduit en particulier dans le plan Juppé (1996) et la loi assurance maladie de 2004* » (Hassenteufel 2009), elle se poursuit avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009 et la loi de modernisation de notre système de santé de 2016.

Cette recherche de solutions nouvelles se fera par le biais du recours à des mesures issues du répertoire de la nouvelle gestion publique (NGP) traduction du New Public Management (NPM) anglo-saxon. Plusieurs de ces principes se retrouvent dans les leviers actionnés pour réformer les systèmes de protection sociale bismarckiens et du système d'assurance maladie en France notamment. Ce recours aux recettes du NPM a pu « *fournir un répertoire dans lequel puisent les acteurs étatiques ou para-étatiques pour « réarmer » l'État face au pouvoir professionnel. Dans cette hypothèse, le NPM serait au service du projet de renforcement des State capacities et d'autonomisation de l'administration de la santé par rapport aux puissants groupes d'intérêt qui ont longtemps dominé le secteur* » (Pierru, Rolland 2016).

1. Des réformes qui se caractérisent par un renforcement du rôle de l'État

Si les travaux de Pierson ont montré que l'attention portée à la maitrise des dépenses était un point commun des réformes de l'État providence mené par la plupart des États européens, d'autres travaux (Hassenteufel 2011 ; Palier 2002 a, 2002 b ; Pierru, Rolland 2016) montrent que ces réformes, notamment en Allemagne et en France se caractérisent par un renforcement du rôle de l'État. En Allemagne, pays fédéral, les réformes se traduisent par un renforcement du rôle de l'État fédéral (notamment à travers la définition des cotisations) sans qu'il ne se substitue aux acteurs de l'auto-administration. En France, il est marqué par un effacement du rôle des partenaires sociaux.

Ce renforcement est caractérisé par deux évolutions générales : un encadrement croissant de l'action et des interactions entre acteurs non étatiques (caisses et médecins) ; qui débouche sur la mise en place de nouvelles institutions permettant un pilotage à distance du système de soins. Il est donc dû, d'une part, à l'affirmation de la compétence de l'État en matière de pilotage de dépenses Il est aussi possible, d'autre part, de lire les réformes du système de santé français comme un effort de l'État d'intégrer des systèmes d'action particulièrement fragmentés, héritage de l'histoire conflictuelle du secteur (Pierru, Rolland 2016).

a) Un encadrement des interactions entre acteurs

La création des LFSS et les prolongements qui accompagnent cette mesure vont avoir pour effet de modifier la gouvernance de la sécurité sociale et plus particulièrement de l'assurance maladie. La création de cet instrument va générer de nouvelles pratiques de régulation et modifier la place des acteurs qu'il s'agisse principalement des rôles réciproques de l'Etat et des partenaires sociaux, des assureurs

complémentaires des professionnels de santé. Une nouvelle répartition des compétences au sein des acteurs publics va également se mettre en place tandis qu'outre les instruments de gouvernance par les nombres, la création de la LFSS va s'accompagner du développement de nouveaux instruments contractuels notamment pour régir les relations entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale.

A la création des LFSS, le changement le plus important va concerner la place accordée respectivement à l'État et aux partenaires sociaux. Le renforcement du rôle du Parlement, et plus largement de l'État, dans le pilotage de la sécurité sociale s'accompagne en miroir d'un mouvement inverse qui voit la place et la légitimité des partenaires sociaux se réduire.

En 1946, la gouvernance de la sécurité sociale est fondée sur l'élection des membres des conseils d'administration des caisses. Cependant la mission de service public confiée aux organismes de sécurité sociale s'accompagne d'une tutelle exercée par les pouvoirs publics. Le décret du 12 mai 1960 vient d'ailleurs renforcer cette dernière pour remédier aux dérives de la gestion exercée par les partenaires sociaux (Laroque 2020). La réforme de 1967 a mis fin aux élections au profit de la désignation des membres des conseils d'administration. Cette réforme se traduit par une première perte, celle de la légitimité élective, et ce même si la loi du 17 décembre 1982 soucieuse de renforcer la légitimité des représentants des assurés sociaux a partiellement rétabli les élections aux conseils d'administration des caisses de sécurité sociale.

La deuxième est celle du dessaisissement par les partenaires sociaux eux-mêmes, en laissant les pouvoirs publics prendre les décisions relatives aux cotisations et aux prestations puisque les mécanismes institués par la réforme de 1967 confiant aux caisses la responsabilité de l'équilibre financier des branches n'ont jamais été actionnés. À l'issue du plan Juppé en 1996, la fixation des cadres juridiques et financiers ainsi que le contrôle de la gestion sont explicitement et uniquement de la compétence de l'État, les caisses de sécurité sociale sont en charge de la gestion du système, de l'administration de guichet.

Le plan Juppé s'accompagne d'une réforme de l'organisation de la sécurité sociale en proposant un partenariat entre l'État et les caisses ainsi que l'indique le rapport au Président de la République qui accompagne l'ordonnance *ad hoc* du 24 avril 1996. De nouvelles modalités d'organisation, fondée sur la contractualisation sont prévues entre les caisses nationales de sécurité sociale et l'État avec la création des conventions d'objectifs et de gestion. Ces conventions ont pour objectifs de s'assurer de l'articulation entre les mesures prises par le biais des LFSS les objectifs de gestion et les moyens

attribués aux caisses. Le plan Juppé prévoit également une réforme des conseils d'administration qui vise à faire entrer des personnes qualifiées. Mais c'est la réforme de 2004, prolongement du plan Juppé qui va consacrer l'affaiblissement des partenaires sociaux et le renforcement du rôle de l'État dans la gestion de l'assurance maladie. La loi de 2004 met en place un tripode destiné à assurer la représentation institutionnelle des acteurs dans la gouvernance de l'assurance maladie. Mais l'impact de cette mesure n'est pas le même suivant la structure concernée.

L'impact majeur concerne la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette création avalise trois évolutions majeures : le transfert de la compétence conventionnelle des partenaires sociaux siégeant au conseil d'administration vers le directeur général de l'Uncam, cet affaiblissement des partenaires sociaux est accompagné d'un autre changement qui est la transformation des conseils d'administration en conseil, la création de l'Uncam permet de regrouper au sein d'une structure de coordination les trois principales caisses du régime obligatoire : régime général ; régime agricole régime des non-salariés non agricoles, prélude à une rationalisation administrative qui verra l'adossement des petits régimes au régime général, voire leur intégration pure et simple pour le régime social des indépendants depuis 2018. Renforcer le pouvoir du DG sur le réseau des caisses.

Le deuxième pôle est celui visant à créer une union nationale des caisses d'assurance maladie complémentaire. Par cette création l'État institutionnalise la représentation des assureurs complémentaires et organise leur association à la gouvernance de l'assurance maladie. Cette association prend essentiellement deux formes : l'une plus symbolique et politique qui est l'avis rendu par l'Unocam sur le PLFSS, à l'instar de l'avis rendu par les caisses de sécurité sociale, la deuxième plus opérationnelle qui l'organisation de la participation de l'Unocam à certaines négociations conventionnelles (Ginon, Trepreau 2011).

Le troisième pilier est la création d'une Union nationale des professionnels de santé qui aura du mal à trouver sa place à côté des syndicats représentants chaque catégorie de professionnels de santé libéraux. Cette Union nationale s'inscrit dans une démarche visant à définir un socle conventionnel commun à l'ensemble des professionnels de santé. Elle peut s'interpréter comme une volonté de contenir l'influence des médecins dans la vie conventionnelle et de trouver des stratégies de contournement de leur position de *Veto players*. La signature du premier accord-cadre interprofessionnel (ACIP) entre l'Union Nationale des Professionnels de Santé (UNPS) et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (Uncam) n'interviendra qu'en 2012.

Il est à noter qu'aucune structure ne vient représenter les établissements de santé ou les usagers/patients. L'objet de cette gouvernance proposée en 2004 dans le prolongement du plan Juppé est de refondre la gouvernance des négociations conventionnelles régissant les relations entre les professionnels de santé libéraux et l'assurance maladie.

Mais le changement majeur noté par tous les observateurs (Hassenteufel et Palier 2005, Hassenteufel 2008) est la consécration du rôle du Directeur général de la Cnam. Cette évolution de son rôle s'inscrit dans la logique de transfert de compétences des partenaires sociaux vers l'État. Du plans Juppé à la réforme de 2004, le rôle du Directeur général de la Cnam va profondément évoluer. De Directeur général d'un établissement public, dont les compétences principales sont confiées au président et au conseil d'administration, il va falloir son rôle profondément renforcé dans deux directions. Tout d'abord, il consacré comme le patron du réseau et se voit confier la tutelle du réseau et le pouvoir de nomination des directeurs de caisses locales auparavant compétence des conseils d'administrations locaux. Cette première évolution en fait le patron du réseau des caisses d'assurance maladie et donc de sa gestion, de sa modernisation et de sa capacité à mettre en œuvre techniquement les réformes des prestations ou conventionnelles décidées par les autorités compétentes.

Mais le changement de paradigme dans le pilotage de l'assurance maladie sera acté avec la réforme de 2004 qui lui confie la compétence en matière conventionnelle. La réforme des institutions de l'assurance maladie mis en oeuvre à cette occasion opère un transfert de compétence en matière conventionnelle des partenaires sociaux vers le Directeur général de la Cnam. Les négociations conventionnelles régissant les relations entre l'assurance maladie et les médecins (et plus largement l'ensemble des professions libérales du champ de la santé) dont l'importance politique et budgétaire est soulignée par de nombreuses analyses sont désormais de la responsabilité d'un acteur nommé par l'État devient le responsable des négociations pour l'assurance maladie. Il s'agit bien là d'un changement majeur dans la répartition des compétences entre les acteurs et d'une affirmation du rôle de l'État puisque le DG Cnam est nommé en conseil des ministres. Symboliquement, il faut observer que Jean-Marie Spaeth, le président CFDT du conseil d'administration de la Cnam au moment de la réforme de 2004 annoncera sa démission quelques semaines après l'adoption de la loi et alors que le gouvernement venait de nommer comme DG de la Cnam, Fréderic Van Roekeghem qui était directeur de cabinet du ministre chargé de santé.

Cette compétence en matière conventionnelle est toutefois doublement encadrée. Une première fois par les orientations du conseil de l'Uncam, une deuxième de façon plus dirigiste, notamment en raison des considérations budgétaires qui accompagnent cette démarche par l'expression de principes cadres définis par l'État. Selon l'exposé des motifs du projet de loi assurance de 2004, « *la réforme a pour objectif de permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de définir les attentes de l'État, par des principes cadres définis dans un courrier à l'attention du président du conseil de l'Uncam* ». *Ces dispositions législatives figurent dans un chapitre spécifique de la loi de modernisation de notre système de santé intitulé « renforcement de l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie* ».

Le Directeur général Cnam est également responsable de l'admission des actes au remboursement ou de la nomenclature, il dirige, l'UNCAM qui est la réunion des trois principales caisses d'assurance maladie du régime général.

b) Une politique organisationnelle pour relayer l'action des LFSS

La création des ARS par la loi HPST de juillet 2009 s'inscrit elle dans une double démarche de régulation des dépenses et de structuration du pilotage des politiques de santé.

Évoquée dans le rapport santé 2010 (Bras, Tabuteau 2010), la création des agences régionales de santé ne surviendra qu'à l'issue d'un long processus, à la faveur de cette configuration singulière de la réforme de l'État qu'est la révision générale des politiques publiques (RGPP) et en succédant aux Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) créées par le plan Juppé.

La création des ARS est donc l'aboutissement d'un long processus de réflexion, entamée dès les années 1980 visant à donner aux pouvoirs publics la capacité à « réguler » et à « gérer » les dépenses de santé. Le projet initial, conçu avant la création des LFSS, prévoyait de confier à ces agences des enveloppes limitatives régionales. L'ambition d'une mise sous enveloppe globale des dépenses d'assurance maladie figurait donc dans ce rapport.

Si l'idée d'une enveloppe limitative ne figure pas dans le dispositif retenu in fine, les ARS contribuent incontestablement au pilotage de la maitrise des dépenses d'assurance maladie mais dans le champ des établissements de santé et partiellement des établissements médico-sociaux.

A rebours des visions du tournant néo-libéral qui font de celui-ci l'instrument de l'évidement ou du démantèlement de l'État, l'analyse des trajectoires de réforme des

systèmes de protection sociale, et notamment de la protection malade montre que la nouvelle gestion publique a fourni un répertoire d'actions dans lequel les acteurs étatiques ont puisé pour transformer le pilotage de ce secteur et armer, plus ou moins solidement, l'Etat face au pouvoir des professionnels et des établissements de santé.

Cette démarche est une réponse aux difficultés rencontrées par l'État en raison de la fragmentation historique du système de protection sociale. Ces acteurs et opérateurs y sont à la fois très nombreux et faiblement coordonnées, sinon liés par des relations de concurrence et de conflit.

Du fait de sa trajectoire historique du système de santé français peut, schématiquement, être décomposé en trois pôles ou fonctions : la régulation (l'État pour l'essentiel), le financement (la sécurité sociale et les assurances complémentaires) et la production de soins (médecine de ville, établissements de santé et médico-sociaux). Ces pôles entretiennent des relations relativement pauvres voire conflictuelles et chaque pôle est lui-même peu intégré (Pierru, Rolland 2016).

De surcroit, médecine de ville, hôpital, secteur médico-social et santé publique constituent autant de systèmes d'action relativement autonomes, sinon rivaux, les uns par rapport aux autres. L'État apparait faible car il est lui-même fragmenté. Cette faiblesse est l'envers de la domination que des groupes d'intérêts puissants exercent sur le système de santé.

La réflexion sur le *Welfare State Retrenchement* a donc comporté un volet relatif à l'organisation institutionnelle système de santé et sur les moyens de réarmer l'État. Le tournant néo-libéral, la diffusion d'instruments porteurs de concurrence ou de libéralisation ont ici permis au régulateur de se doter d'instruments capables de discipliner la « production » de soins en contraignant les producteurs à internaliser des objectifs politiques du régulateur étatique au premier rang duquel figue la maitrise des coûts.

Les réformes du système de santé ne sont donc pas réductibles à des logiques néo-libérales : il est possible de les lire comme procédant de l'effort de l'État d'intégrer des systèmes d'action particulièrement fragmentés, héritage de l'histoire conflictuelle du secteur (Pierru, Rolland 2016).

2. Un nouvel instrument au service du Welfare state retrenchment ?

Dans ses travaux P.Pierson (1996) a montré que les politiques de maitrise des dépenses étaient communes aux trajectoires de réforme de l'ensemble des systèmes de

protection sociale. B.Palier (2002, 2009) considère que la maitrise des dépenses constitue un point commun à la plupart des réformes menées en France.

En France, le basculement vers une politique centrée sur la maitrise des dépenses d'assurance maladie a été mis en scène avec le plan Juppé (1996). Cette politique a été poursuivie par les gouvernements successifs depuis lors, par-delà les alternances politiques. Elle a connu deux écarts liés à des crises, crise des subprimes à la fin des années 2000, épidémie de COVID 19 au début des années 2020, période durant lesquelles les gouvernements ont fait le choix, dans un premier temps au regard de l'exemple de la crise de 2008, de laisser se creuser les déficits dans un réflexe keynésien, plutôt que de réduire les prestations.

a) La création des LFSS vise à encadrer les dépenses d'assurance maladie

Ce basculement vers une politique de maitrise des dépenses a été construit avec la mise en œuvre de nouveaux instruments de pilotage des dépenses au premier rang desquels se trouve l'instauration d'une loi de financement de la sécurité sociale. La création des lois de financement de la sécurité sociale vise à maitriser les dépenses de l'ensemble des branches et notamment de deux branches dont le poids financier est le plus important : vieillesse et maladie. Elle accompagne l'idée que la réduction des déficits publics passe par une maitrise des dépenses sociales, et donc l'adoption de mesures de réforme visant à réduire ces dépenses.

Avant de procéder à la création des LFSS, l'État a dû affirmer la légitimité de son intervention dans le domaine de la sécurité sociale. Cette légitimité a été acquise par un travail de dramatisation de l'ampleur du déficit de l'assurance maladie (de la sécurité sociale) qui permet de justifier à la fois la nécessité d'une réforme, et l'intervention de l'État. Les choix retenus pour imposer cette politique de maitrise de la dépense obéissent à une logique d'héritage. L'analyse met en exergue, depuis le milieu des années 1960, une alternance de mesures de suivi de la dépense de nature gestionnaire (nouvelles recettes, réduction de prestation) et de nature institutionnelle (Palier 2002 b).

L'affirmation de la logique budgétaire dans la conduite de la sécurité sociale, et plus spécifiquement de l'assurance maladie n'est en effet pas nouvelle. Cette logique sous-tendait déjà la réforme de 1967, dite réforme Jeanneney, elle repose sur un double postulat, d'une part l'idée selon laquelle les dépenses d'assurance maladie ne devraient pas progresser plus vite que la dépense nationale, postulat qui s'impose progressivement, et, d'autre part, sur le fait que l'offre générerait la demande. La

réforme Jeanneney (Valat 2001, Coudreau 2004) a pris en compte la logique budgétaire sous deux formes. Elle a d'abord déployé un nouveau choix institutionnel avec la création de trois caisses nationales distinctes (famille, maladie, vieillesse). La création de ces caisses spécialisées dans un risque pose les bases d'une gestion autonomisée de chaque risque couvert par la sécurité sociale. La régulation des dépenses n'est plus organisée de façon globale mais par risque.

La réforme pose ensuite les principes d'une attention soutenue à l'équilibre financier de chaque caisse qui se voit fixer comme mission d'équilibrer ses dépenses et ses recettes en prenant toutes les mesures appropriées sous le contrôle de l'État. Ces mécanismes de responsabilité de l'équilibre financier confiés aux caisses, et donc aux partenaires sociaux, ne seront jamais actionnés (Coudreau 2004) malgré la dégradation de la situation financière des caisses à compter du milieu des années 1970. Plutôt que de laisser jouer la responsabilité des caisses, les Gouvernements successifs auront recours à des plans de redressements successifs jusqu'au début des années 1990.

Ainsi, entre 1967 et 1996, la régulation des dépenses de sécurité sociale, et notamment de la branche maladie, reposait sur l'adoption régulière de plans de redressement pour faire face aux déficits récurrents, mais sans parvenir à les résorber durablement.

b) La fin de la logique des plans de sauvetage

Le plan Juppé propose de rompre avec cette logique des plans de sauvetage et la création des LFSS correspond à un double changement de paradigme. Premièrement, cette création repose sur l'idée de disposer d'un instrument réputé plus efficace en raison de son caractère plus structuré que les plans de redressement et de sa fréquence annuelle. Ces deux éléments devaient permettre un meilleur pilotage de la dépense en inscrivant la régulation des dépenses d'assurance maladie dans un cadre normatif et en renforçant leur efficacité grâce à un suivi annuel et de par la force d'une mesure législative. Deuxièmement, cette création cristallise les interventions successives de l'État menées par le biais des nombreux plans de redressement de la sécurité sociale et affirme sa primauté dans le pilotage des dépenses de sécurité sociale, voire dans le pilotage global des politiques de sécurité sociale.

L'instrumentation du pilotage des dépenses repose sur un mécanisme commun à toutes les branches de la sécurité sociale qui se voient assignées un objectif annuel de dépenses. Ce mécanisme est décomposé en deux éléments : un objectif de dépenses pour le régime général, un objectif pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Cette distinction permet de mesurer le poids du régime général dans chacune des branches. Cet objectif de dépenses doit obligatoirement figurer dans chaque LFSS en application des dispositions de la loi organique relatives aux lois de financement de la sécurité sociale, il constitue le point le plus visible de cette politique de pilotage et de maitrise des dépenses par l'expression d'un « budget » annuel pour chaque branche. Le paramétrage de cet objectif repose sur des analyses macro-économiques qui permettent lors de l'élaboration des LFSS d'établir sur la base de données macro-économiques des hypothèses de recettes et sur des bases essentiellement démographiques des hypothèses de dépenses pour les branches famille et retraites. Aucun instrument permettant une régulation ou un contrôle n'est directement attaché à ces objectifs dont la valeur contraignante est nulle puisqu'il ne s'agit pas de crédits limitatifs.

Dans cette construction, les dépenses d'assurance maladie font l'objet d'une instrumentation spécifique. Cette distinction est motivée par le fait que les dépenses maladie n'obéissent pas à une logique paramétrique proche de celle des branches famille et vieillesse, elles ont un caractère aléatoire en fonction de la réalisation de risques sanitaires (épidémie de grippe) alors que les assurés ont un véritable droit à la protection. Afin d'assurer un pilotage de ces dépenses, les pouvoirs publics vont donc faire le choix de doter la branche maladie d'un instrument de régulation spécifique avec l'instauration de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Cet instrument de régulation n'a pas d'équivalent dans les autres branches de la sécurité sociale. Avec la création de cet instrument spécifique, l'objectif de maitrise des dépenses de la branche maladie est clairement affiché (Ginon, Trepreau 2006).

Le Gouvernement a clairement exprimé ses intentions lors de la présentation de la première LFSS. Le périmètre de l'Ondam est celui de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie qui doivent faire l'objet d'une régulation, il s'agit donc bien d'un instrument de maitrise de la dépense. Cet instrument repose sur des choix politiques qui ont pour effet d'exclure de cette politique de *retrenchement* certains postes de dépenses comme les indemnités journalières ou les indemnités maternité. Le Gouvernement fait donc le choix de concentrer sa politique de maitrise de dépense sur un périmètre qui est plus étroit que l'objectif de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes et donc d'exclure de cette régulation les prestations relatives à la compensation d'une interruption d'activité professionnelle (IJ et IJ maternité).

L'Ondam n'a pas non plus vocation à réguler l'ensemble de la dépense de santé. Il n'inclut pas dans son périmètre les dépenses prises en charge par l'État (prévention,

médecine scolaire, Aide médicale d'État) ou des collectivités territoriales (prévention, PMI, centres de santé).

Les agrégats qui décomposent l'Ondam permettent de constater que la régulation proposée à travers cet instrument se concentre sur les questions d'offres de soins ainsi que l'illustre les deux premiers sous-objectifs qui ont composé l'Ondam : les dépenses de soins de ville (honoraires des professionnels de santé et produits de santé) et les dépenses hospitalières (publiques et privées).

La régulation organisée par le truchement des LFSS s'exerce par secteurs. Ces secteurs sont l'illustration de l'organisation en silo de notre système de santé : dépenses de soins de ville, établissements de santé, médico-social (avec une distinction entre établissements et services pour personnes âgées et entre établissements et services personnes handicapées).

A partir de 2005, de nouveaux sous-objectifs viendront affiner le détail des postes faisant l'objet de la régulation des dépenses dans le champ de l'assurance maladie, notamment avec l'apparition de sous-objectifs médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées) sans remettre en cause la logique initiale de régulation de l'offre. Et la réforme des modalités de financement des établissements de santé, avec l'introduction de la tarification à l'activité, ne viendra modifier qu'à la marge la régulation des dépenses hospitalières avec une distinction entre un sous-objectif dépenses T2A un sous objectif autres dépenses hospitalières.

La légitimité et la pertinence de ce découpage ne font pas véritablement l'objet d'un débat public ou d'une analyse approfondie. Cette construction repose sur la cristallisation à la création des LFSS de mécanismes de régulation préexistants (ville, hôpital) qui n'ont fait l'objet que d'ajustements à la marge.

Ces sous-objectifs répondent à une construction politique de l'Ondam. Derrière ce découpage destiné à une régulation budgétaire présentée comme technique, se trouvent des acteurs (professionnels de santé libéraux et hospitaliers, représentants des établissements de santé publics et privés, représentants du secteur médico-social).

L'analyse des lois de financement de la sécurité sociale se focalise sur la question de la maitrise de dépenses d'honoraires médicaux (Hassenteufel 2014, Pierru 2011) et les échecs des différents dispositifs de mise sous enveloppe globale de ces dépenses pour conclure au manque d'efficacité de cet instrument. Cette analyse fait écho à une réalité politique forte, la question des relations entre l'État, l'assurance maladie, et les médecins libéraux (Hassentefel1997) qui dominent les premières années de la mise en

place des lois de financement de la sécurité sociale et éclipse, en raison de leur importance budgétaire et de leurs effets politiques potentiels, la défaite de l'UMP aux législatives de 1997 serait en partie due à l'opposition des médecins aux mesure d'encadrement de leurs honoraires prévues par le plan Juppé.

B. UNE POLITIQUE DE WELFARE STATE RETRENCHMENT À INTERPRÉTER PRUDEMMENT

La nécessité de maitriser les dépenses, et de rendre plus efficientes les dépenses d'assurance maladie dans une logique de *Welfare State Retrenchment* devrait se traduire par des politiques de replis de l'État-providence.

Dans ses travaux Pierson (1993, 2000) a observé qu'après une période de déploiement de prestations sociales visant à couvrir des publics de plus en plus nombreux (*credit claiming*), les politiques de retranchement devaient se fixer comme objectif de réduire ces prestations sans provoquer une réaction hostile de la population (*blame avoidance*).

Ces travaux ont souligné combien cette politique de retranchement est difficile à mettre en œuvre. D'autres auteurs (Palier 2002, 2005) ont montré comment la France fournissait un cas exemplaire de système de protection sociale particulièrement difficile à réformer. L'analyse de cette période fait apparaitre que les nombreux plans de sauvegarde mis en œuvre par les gouvernements successifs ne se sont pas traduits par une baisse des dépenses sociales. Celles-ci ont au contraire continué à croitre et cette tendance s'est poursuivie depuis le début des années 2000.

« *Alors que les premiers gouvernements (anglo-saxons), qui ont tenté de réduire les dépenses sociales, tenaient un discours critique envers l'État-providence très explicite et cherchaient à démanteler celui-ci (Pierson 1994), les discours et les projets portant sur les réformes sectorielles françaises prétendent au contraire « sauver la sécurité sociale » qui se trouve victime de a crise économique.[…] Cette nécessité de prétendre préserver le système vise entre autres à ne pas braquer les acteurs avec qui il faut nécessairement négocier la réforme, acteurs qui ont intérêt à défendre le système en place* » (Palier 2002 a).

1. La LFSS comme instrument de réduction des prestations servies aux assurés

Dans son analyse de l'évolution de la prise en charge des dépenses de santé en Europe, la Cour des comptes (2018) souligne que des mesures visant à réduire la part sociabilisée des dépenses de santé ont été mise en œuvre avec une intensité variable en

fonction de la situation des finances publiques de chaque pays. Depuis la crise de 2008 « *presque tous les plans d'économies ont fait appel à l'augmentation des franchises, aux tickets modérateurs ou à la mise de certaines dépenses à la charge des patients.* »[…] « *La France n'a pas mené sur la période d'actions visant à restreindre le champ du panier de soins pris en charge par l'assurance maladie* » (Cour des comptes 2018).

a) Le retranchement par la majoration de la participation des assurés ?

L'analyse des LFSS depuis 1997, ou des dispositions non législatives annoncées simultanément avec la présentation des LFSS (par exemple le montant du forfait hospitalier), fait apparaître une série de mesures visant à réduire la prise en charge des dépenses de soins engagées par les assurés. Ces mesures ne sont prises que de manière incrémentale, aucune réforme d'ampleur visant les assurés n'est prise durant la période pour éviter des mouvements de protestation qui se concentrent sur les réformes des retraites.

Nous allons essayer de montrer que ces mesures n'ont qu'une portée limitée tant dans l'ampleur des économies attendues que dans leur impact sur les principes et le fonctionnement de l'assurance maladie confirmant ainsi la volonté des gouvernements successifs d'éviter des réactions de *blame advoidance* et privilégiant des mesures d'économies ne provoquant que des réactions limitées, dans des champs sectoriels circonscrits.

Nous essayerons dans une deuxième partie de ce travail de montrer que la politique de retranchement menée dans le domaine de l'assurance maladie et de la santé depuis la création des LFSS se focalise sur l'organisation de la prise en charge des soins plus que sur les prestations. Elle cible l'offre de soins plutôt que les prestations en nature (remboursements des soins) ou en espèces (compensation de l'incapacité à travailler).

Dans un premier temps nous souhaitons analyser les effets de la politique de retranchement pesant directement sur les assurés. Depuis la création des LFSS, il est possible d'identifier plusieurs mesures visant à accroitre les charges pesant sur les assurés et donc à réduire le montant des prestations. Ces mesures sont peu nombreuses et, dans le domaine de la protection maladie, sont principalement des mesures visant à accroitre le niveau de la participation de l'assuré, c'est-à-dire à modifier la répartition de la prise en charge de la dépense de santé entre l'assuré et l'assurance maladie obligatoire. Elles se concentrent dans le champ des prestations en nature, c'est-à-dire le remboursement des dépenses médicales quel que soit le mode de prise en charge

(avance de frais ou dispositif de tiers-payant) et non pas des prestations en espèces (à l'exception de modifications modérées sur le régime des indemnités journalières).

La question du niveau de participation des assurés est une question récurrente depuis la création de la sécurité sociale (Ferras, Planel, 2019). Le concept, inspiré du système allemand, apparaît dans les débats parlementaires français dès 1928, mais ne sera mis en œuvre qu'à la naissance de la Sécurité sociale en 1945.Cette participation prend la forme d'une somme qui reste à la charge de l'assuré car la solvabilisation de la dépense assurée par le régime obligatoire d'assurance est maladie est plafonnée (70% du tarif conventionnel pour les actes médicaux). Des mesures dérogatoires à cette règle générale sont prévues dans des cas spécifiques essentiellement les personnes placées sous le régime dit des affections de longue durée (ALD) et les femmes enceintes.

Depuis la réforme de 1967, le taux de participation des assurés a connu des évolutions de deux ordres. D'une part, en 1968, il a été différencié, c'est-à-dire que cette participation a été modulée en fonction des catégories de prestations (soins médicaux, paramédicaux, hospitalisation, produits de santé). D'autre part, à l'occasion des plans de sauvegarde de l'assurance maladie il a connu des augmentations régulières en 1977, 1985, 1986, 1993, 2004, 2008, 2010, 2011 (Tabuteau 2013).

Cette mise en perspective illustre la difficulté à évaluer l'appartenance de ces mesures à un changement de paradigme dans la conduite des réformes et à l'affirmation d'une politique de *Welfare State Retrenchement*. En effet, ces mesures précèdent, pour un certain nombre d'entre elles, la nécessité faite aux systèmes de protection sociale de s'adapter au nouveau paradigme macro-économique et la création de ce nouvel instrument de pilotage des dépenses qu'est la LFSS.

Cette interprétation est rendue d'autant plus complexe par le choix de mesures classiques et de mesures nouvelles. C'est le cas des mesures décidées dans le cadre de la réforme de 2004, puis dans la LFSS pour 2008 qui sont distinctes de mesures de majoration de la participation des assurés adoptées précédemment.

Deux blocs de mesures pesant sur les assurés peuvent être identifiés.

Le premier concerne les modalités de prise en charge des médicaments. Les LFSS pour 2006 et 2008 ont créé un taux de remboursement des médicaments à 15 % d'abord à titre provisoire, puis à titre pérenne. Cette mesure est nouvelle à plusieurs titres. Tout d'abord, elle est exceptionnelle, la création d'un nouveau taux de remboursement des médicaments, visant à réduire le montant de la prise en charge solidaire, est une mesure rare. Ensuite les motivations mises en avant sont nouvelles.

Cette décision fait suite à une demande du Gouvernement de réviser la valeur médico-technique de la pharmacopée. La HAS a ainsi été chargé de se prononcer sur l'opportunité de dérembourser sur le fondement d'une expertise scientifique, un certain nombre de produits.

Les décisions prises à la suite du travail d'expertise réalisée par la HAS illustrent la volonté du Gouvernement de limiter la portée de la mesure vis-à-vis des assurés. Malgré le recours à une expertise scientifique sur l'intérêt thérapeutique des produits, le choix a été fait de ne pas procéder intégralement aux déremboursements proposés par la HAS. Seule une partie des médicaments ainsi réévalués a été déremboursée tandis qu'un nouveau taux de remboursement été créé.

La mesure est difficilement lisible pour les assurés pour plusieurs raisons. L'existence de plusieurs taux de remboursement (15%, 30%, 60% et 100% dans certains cas exceptionnels) est difficilement explicable d'autant que le France est l'un des rares pays du monde à disposer de plusieurs taux de remboursement pour les médicaments. Mais surtout la mesure va s'appliquer de manière distincte suivant la situation des patients. Ainsi les patient bénéficiant du régime des ALD continueront à bénéficier d'une prise en charge intégrale de ces médicaments, tandis que pour les assurés ayant souscrits une assurance complémentaire santé, ce changement de taux de remboursements se traduira que par un transfert de charges du régime obligatoire vers le régime complémentaire.

Aucune autre mesure systémique de déremboursement des médicaments ne sera prise. Les autorités sanitaires se borneront à des opérations ponctuelles et techniques, rares au demeurant. Les hésitations qui ont précédé les déremboursements des antiarthrosisques à action lente en mars 2015, malgré l'avis de la HAS, sont là pour illustrer la prudence des autorités sanitaires sur le sujet et la mobilisation dont sont capables les associations de patients (courriers auprès du ministère et des parlementaires, pétitions, campagne de protestations dans les médias) et les laboratoires pharmaceutiques (contentieux contre l'avis de la HAS octroyant un service médical rendu insuffisant à ces produits, contentieux à l'encontre de la décision de déremboursement) illustrent les résistances à ces mesures et le recherche d'un point de veto.

Le deuxième bloc de mesures concerne le niveau de participation des usagers aux différentes dépenses de soins. L'évolution du forfait hospitalier constitue un premier exemple. Les autorités sanitaires s'appuient sur un dispositif existant, l'augmentation

est motivée par la nécessité de réévaluer le forfait dont le montant a été fixé plusieurs années avant et pour la nécessité de contribuer au financement de l'hôpital.

Des mesures plus fortes de réductions de la prise en charge des assurés ont été prises dans la cadre de la loi assurance maladie de 2004 puis de la LFSS pour 2008. Dans les deux cas il s'agissait de créer une part de reste charge portant sur la partie ouverte au remboursement par le régime général. Les pouvoirs publics ont ainsi mis en œuvre le forfait de 1 euro sur les consultations médicales puis les franchises sur les autres actes paramédicaux, les boites de médicaments et les transports sanitaires.

Les motivations mises en avant pour justifier ces deux décisions diffèrent pour partie. L'exposé des motifs de la loi de 2004 évoque la nécessité de « *responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins* » et considère que le « *faible montant ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins* ». En 2008, la création des franchises pouvant être considérée comme une extension du dispositif, cet argument de la responsabilisation des assurés est repris. Il est complété par l'idée que les champs de la franchise correspondent aux champs de dépenses parmi les plus dynamiques, sans que cette évolution de la dépense ne se traduise par une amélioration de la qualité de soins. L'argument d'une consommation particulièrement élevée de médicaments dans notre pays où 90 % des consultations se terminent par une ordonnance, le double du taux constaté chez certains de nos voisins européens, est avancé. En 2008, deux autres arguments d'autorité sont mis en avant. La référence à la situation dégradée des comptes de l'assurance maladie est complétée par la nécessité de financer les nouveaux besoins de santé publique qu'il n'est pas acceptable de les financer par un report sur les générations futures. La mesure n'est pas donc une simple mesure de réduction de la dépense mais un effort demandé aux assurés pour financer la prise en charge de pathologies insuffisants financées comme la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer. Cette mesure intervient alors que le Président de la République a commandé et reçu le rapport du groupe de travail présidé par Joël Menard (Menard 2007) sur une réforme de la prise en charge des malades d'Alzheimer. Le deuxième argument visant à légitimer cette mesure est politique. L'exposé des motifs rappelle que cette mesure est conforme aux orientations présidentielles prises lors de la campagne électorale et pour travailler sans attendre au financement des chantiers prioritaires de santé publique. Autrement dit l'élection du candidat qui portait cette proposition vaut validation de la mesure.

Pour limiter l'impact de ces mesures, le forfait et les franchises ne peuvent excéder un montant annuel cumulé de 50 euros par personne, ce qui permet de protéger les

plus malades. Des plafonnements journaliers seront également mis en œuvre pour les actes de professionnels paramédicaux et les transports sanitaires pour tenir compte des successions d'actes. Afin de préserver la situation des plus fragiles et des familles, sont exonérés de son application les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants mineurs ainsi que les femmes enceintes, dont la situation restera ainsi inchangée.

Avec la création du forfait d'un euro en 2004, puis des franchises en 2008, les pouvoirs publics procèdent à un changement de paradigme dans la logique applicable à la participation de l'usager telle qu'elle existait depuis la création de la sécurité sociale. Alors que jusqu'alors la part de dépenses remboursables non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pouvait faire l'objet d'une prise en charge par les assurances complémentaire santé, cette prise en charge est exclue des contrats responsables qui constituent 98% de l'offre et bénéficient d'aides fiscales substantielles permettant de baisser leur coût d'acquisition.

In fine, la politique de contrainte mise en œuvre par le biais des LFSS n'a donc eu qu'un impact modéré sur le périmètre du panier de soins remboursables et si le reste à charge des assurés a été accru par le biais de mesures ciblées, l'ensemble ne se traduit pas par une baisse substantielle de la protection offerte par l'assurance maladie obligatoire.

La participation des assurés peut également être majorée faute d'intervention des pouvoirs publics. C'est le cas notamment avec la pratique des dépassements d'honoraires autorisés par la loi. Selon la Drees, les dépassements ont représenté une dépense de 15,4 milliards d'euros pour les ménages en 2016, répartis entre les dépassements d'honoraires (3,2 milliards d'euros) et la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires et des biens médicaux (12,2 milliards d'euros).

Les dépassements sont au cœur des débats sur les restes à charge, d'une part, et la question de l'accès aux soins, d'autre part. La Cour des comptes notait en 2017 que ces dépassements « *ont très fortement augmenté pendant les années 1990 et 2000, pour atteindre 2,5 milliards d'euros en 2010, soit 12 % du total des honoraires reçus par l'ensemble des médecins (mais 32 % des honoraires des chirurgiens). Leur montant global a presque triplé par rapport à 1990. Les années 2000 ont été marquées à la fois par une hausse du taux de dépassement moyen pratiqué par les médecins de secteur II*

(35 % en 2010) et par une hausse régulière de la proportion des spécialistes qui s'installent en secteur II. »

Désormais, dans certaines zones du territoire (celles qui concentrent les médecins autorisés à exercer en secteur II), s'adresser à des médecins qui ne pratiquent pas de dépassements devient difficile : il en résulte des problèmes d'accès aux soins. En outre, ces pratiques ne permettent pas de rééquilibrer la densité médicale puisque la Cour des comptes considère que « la pratique des dépassements permet aux médecins en secteur II de continuer à s'installer dans des zones déjà surdotées en médecins, où leurs tarifs plus élevés compensent une moindre activité liée à la densité médicale. C'est pourquoi la régulation de la pratique des dépassements est indissociable de la question de la répartition géographique des médecins ».

Les pouvoirs publics ont cherché à endiguer ces dynamiques depuis le milieu des années 2000 par diverses mesures d'information des assurés, de négociation avec les professionnels et d'encadrement des pratiques de dépassement.

Ces différentes actions ont eu des effets et ont permis de plafonner les dépassements les plus excessifs. Mais, par nature, ils constituent une volonté d'encadrer les dépassements et non de les éradiquer. Ce faisant, ils conduisent à « banaliser » les dépassements qui sont très largement pratiqués et à accroitre le coût de l'accès aux soins pour les assurés.

b) Un niveau de prise en charge élevé ?

La politique de maitrise des dépenses ne s'est pas traduite par une action volontariste de réduction des prestations. *In fine*, l'analyse des dépenses de santé fait apparaitre des évolutions contrastées. Dans les années 1950, le taux moyen de remboursement des dépenses étaient de l'ordre de 50%. Sous les effets des différentes mesures prises, il a atteint un niveau maximal de 80% à la fin des années 1980, il se stabilise à 77% du milieu des années 1990 au milieu des années 2000, avant de baisser à 75% sous l'effet de la création du forfait un euro puis des franchises, puis de remonter à 78% en 2019 (Soual 2017).

En 2013, le rapport annuel du Hcaam avait souligné que le niveau de prise en charge demeure contrasté suivant la situation des assurés. Pour l'ensemble des soins, les assurés en ALD bénéficient d'une prise en charge proche des 90%, tandis que les autres assurés ne bénéficieraient que d'une couverture de l'ordre de 56%.

Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité Sociale rg 2012

	Non ALD	ALD	Ensemble des consommants
Ensemble des soins	**61,3**	**88,6**	**76,1**
Soins ambulatoires hors optique	56,3	86,5	72,0
Soins ambulatoires y compris optique	51,0	84,4	67,7
Hôpital	88,1	95,0	92,4
Pour mémoire : Part dans la population de consommants	*82,7 %*	*17,3 %*	*100,0 %*

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2012, calculs SG HCAAM

« *Le taux de prise en charge des dépenses de santé des bénéficiaires d'une ALD par l'assurance maladie obligatoire est nettement supérieur à celui du reste de la population. Il a atteint en moyenne 91 % en 2017, contre 67 % pour les autres assurés19. Le vieillissement de la population et la prévalence accrue de maladies chroniques conduisent à ce qu'une part grandissante de la population remplisse les critères ouvrant droit au dispositif d'ALD. Ces évolutions contribuent au dynamisme de la couverture des dépenses de santé par la seule assurance maladie obligatoire, qui après avoir légèrement régressé jusqu'à un point bas en 2012, augmente depuis lors (78 % des dépenses en 2019 contre 76 % en 2012)* » (Cour des comptes 2021 c).

L'argument fondé sur la hausse constante de la prise en charge assurée par le régime obligatoire peut être modulé au nom du poids réel des dépenses engagées au titre des dépenses dites d'affection de longue durée. Il n'en demeure pas moins que cette augmentation de la prise en charge sociabilisée est réelle, qu'elle correspond à un principe fort de l'assurance maladie qui la solidarité entre malades et bien portants et que le débat sur une différence de traitement en assurés en ALD et les autres se tient à l'intérieur du régime obligatoire et qu'il n'existe aucune donnée permettant de démontrer que les assurés non ALD ont vu leur situation se dégrader de façon conséquente au cours des 25 dernières années.

Cette situation alimente les débats sur la prise en charge réelle dont bénéficient les assurés mais elle ne permet pas de conclure à la mise en œuvre, dans le secteur de l'assurance maladie, d'une politique de retranchement active venant réduire le niveau de la couverture offert par l'assurance maladie obligatoire.

2. Une réforme silencieuse des assurances maladie ?

Le Hcaam a rappelé à plusieurs reprises que « *le principe sur lequel repose, en France, l'assurance maladie, consiste à garantir l'égale accessibilité financière des soins par le moyen prioritaire d'une solidarité entre bien portants et malades* » (2004, 2013). En application de ce principe, les prestations en nature (remboursement des dépenses liées aux soins) sont versées exclusivement en fonction du coût du traitement de la maladie, indépendamment du niveau de revenu de l'assuré. Il s'agit d'aider les malades parce qu'ils sont malades et pour couvrir leurs frais de soins et non d'aider ceux des malades qui ne parviennent pas à couvrir leurs frais. Alors que dans d'autres champs de la protection sociale, des prestations sont calculées et versées en fonction des revenus des bénéficiaires, dans la branche famille par exemple, l'assurance maladie n'a pas connu d'évolutions de ce type. Pourtant la mise sous conditions de ressources des prestations est un versant des mesures de Welfare state Retrenchment.

a) Le bouclier sanitaire ou la tentation de la mise sous conditions de ressources de l'assurance maladie

En France, la possibilité de verser les prestations d'assurance maladie sous conditions de ressources, ou plus exactement de moduler la prise en charge des dépenses selon le revenu des assurés sociaux a été examinée au milieu des années 2000. Le point départ de cette réflexion était de déterminer les moyens de limiter les restes à charges trop élevés (ou dépenses catastrophes). Il s'agissait de développer un instrument permettant de protéger les assurés de ces dépenses trop importantes. La prise en charge de ces dépenses fait l'objet de dispositifs spécifiques de l'assurance maladie. Depuis 1986, ils sont principalement pris en charge dans le cadre du dispositif dit d'affection de longue durée (ALD) et sont limités aux frais liés à l'affection. Ce dispositif ne permet pas de supprimer les restes à charge importants d'une part, et ne couvre pas des personnes dont l'état de santé justifie des dépenses importantes de soins sans pour autant être éligible au dispositif des ALD puisqu'il n'est pas ouvert aux malades chroniques. L'objectif poursuivi était la mise en œuvre d'un dispositif de plafonnement de l'ensemble des restes à charge, appelée bouclier sanitaire (Bras, Grass, Obrecht 2007). L'idée du bouclier sanitaire repose sur un principe simple : déclencher une prise en charge à 100% dès que le reste à charge supporté par un assuré au cours d'une année civile dépasse un certain montant, quelle que soit la pathologie à l'origine des dépenses. Ce reste à charge doit être entendu au sein du périmètre des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Confrontés à des difficultés similaires, plusieurs pays européens ont choisi de plafonner le montant

maximal annuel des restes à charge par l'introduction de filets de sécurité, prenant la forme d'un plafond annuel de dépenses ou d'une franchise annuelle, couvrant tout ou partie des biens et prestations de santé.

Plafond annuel de dépenses à la charge des ménages dans 5 pays européens

Pays	Montant, typologie et composition du plafond annuel	Biens exclus du panier plafonné de prise en charge
Allemagne	Plafond de 2% du revenu annuel des ménages (1ù pour les malades chroniques)	Optique (sauf pour les moins de 18 ans), prothèses dentaires, médicaments sans ordonnances
Belgique	Plafond annuel de dépenses de 477 euros à 1910 euros en fonction des revenus du ménage	Optique (sauf exception et pour les moins de 18 ans), et dépassement d'honoraires (nombreux dans le dentaire)
Pays-Bas	Franchise de 385 euros – possibilité d'opter pour une franchise supplémentaire de 500 euros en contrepartie de la diminution des cotisations dues au titre de la couverture santé	Soins dentaires (sauf pour les moins de 18 ans), optique
Suède	107 euros (soins spécialisés) ; 219 euros (médicaments) ; pas de plafond forfaitaire pour l'hospitalisation (cout limité à 10 euros par jour, sauf pour les moins de 20 ans ou les plus de 85 ans	Soins dentaires (sauf les moins de 23 ans) : en cas de cout élevé, mécanisme de remboursement partiel
Suisse	2962 euros (ville et médicaments) ; pas de plafond pour l'hospitalisation (sauf pour le moins de 18 ans : 879 euros couvrant également les soins de ville et les médicaments)	Soins dentaires et optique (sauf pour les moins de 18 ans)

Source Cour des comptes 2021 c

Suite à l'élection de Nicolas Sarkozy à la Présidence de la République, Roselyne Bachelot, ministre chargée de la santé avait confié une mission exploratoire relative aux modalités de création d'un bouclier sanitaire à deux membres de la Cour des comptes

ayant une grande expérience dans le secteur de l'assurance maladie (Fragonard, Briet 2007).

La mise en œuvre d'un tel bouclier soulève de multiples questions techniques et notamment la capacité de l'assurance maladie à suivre la consommation de soins des patients et à gérer une franchise (ce qu'elle ne fait aujourd'hui que pour de petites franchises : 50 euros). Elle soulève également des questions plus politiques d'organisation du système de prise en charge puisqu'elle questionne la place des assurances complémentaires santé. Enfin, elle suppose de trancher entre deux principes : un bouclier forfaitaire (plafonnement à x euros) ou un bouclier en fonction des revenus. Raoul Briet (2009) s'est prononcé en faveur d'un bouclier proportionnel au revenu.

La réponse apportée à cette option peut se traduire par un changement majeur des principes de l'assurance maladie en rompant avec le principe d'une solidarité entre malades et bien portants. Les autorités sanitaires ont renoncé à cette réforme estimant qu'une remise en cause des principes de l'assurance maladie ne bénéficierait d'aucun soutien parmi les partenaires sociaux encore associés à la gestion de l'assurance maladie, ni parmi les assurés. Cette réforme n'a donc pas vu le jour. Les autorités sanitaires ont choisi des solutions gestionnaires qui ont été adoptées dans le cadre de la LFSS pour 2008, en instituant les franchises et en prévoyant une gestion plus dynamique du dispositif des ALD.

b) Une relation complexe entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire

La question du rôle des assureurs complémentaires est un autre volet de ces questions de privatisation de la prise en charge des dépenses de santé. En France, il s'agit d'un sujet sensible qui donne lieu à plusieurs types d'interprétation et notamment à la possibilité de réformes silencieuses (Tabuteau 2013 ; Bras et Tabuteau 2021) voire de reprivatisation rampante du financement des soins courants (Pierru 2011). La question de la fusion de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance santé complémentaire a pu être évoqué notamment à travers le projet de « grande sécu », discuté par les membres du Hcaam (2022).

Dès 1945, le système d'assurance maladie présente une double caractéristique : le maintien d'une somme résiduelle (participation) à la charge des assurés et l'existence d'assureurs complémentaires en santé, opérant avec l'autorisation du ministère du travail, qui offrent une protection complémentaire facultative. Leur périmètre d'intervention se situe dans la partie des dépenses non prises en charge par l'assurance

maladie obligatoire (ticket modérateur). Cette intervention est prévue par l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale afin « *en vue seulement d'accorder des avantages s'ajoutant à ceux qui résultent de l'organisation de la sécurité sociale* » (article 18 de l'ordonnance précitée).

La coexistence de ces deux piliers a produit une relation complexe, entretenue par des mesures de sauvegarde la sécurité sociale qui se sont traduites par des transferts de charge entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire (création du taux de remboursement des médicaments à 15% par exemple) ou par des rapports d'experts ayant ouvert des débats picaresques entre gros risque et petit risque (Nora, Naouri 1979) ou de la création d'une couverture maladie généralisée (CMG) qui regrouperait donc l'assurance maladie obligatoire (AMO) et une assurance maladie complémentaire de base (AMCB) (Chadelat 2003).

Nous formons l'hypothèse que comme nous venons de l'exposer ci-dessus, les actions menées sur la participation des usagers peuvent être assimilées à des transferts de charges. Il n'en demeure pas moins que sur la durée et plus particulièrement depuis 1999, l'action des pouvoirs publics a plutôt consisté à chercher à offrir une protection combinée plutôt que de privatiser les prises en charge. C'est devenu un lieu commun que de considérer, en France, qu'une protection santé doit être composée de ces deux étages.

Il est même possible d'émettre l'hypothèse d'une institutionnalisation de cette double intervention à travers un empilement législatif qui débute au début des années 1990. L'hypothèse selon laquelle les pouvoirs publics ont cherché à favoriser l'accès aux complémentaires santé en sus du régime obligatoire de base mérite d'être examiné factuellement et ce d'autant que cette action a été menée par des Gouvernements appartenant à des majorités politiques différentes (1999, 2004, 2013, 2019).

Comme en matière d'évolution de la protection sociale obligatoire, des obstacles ont dû être contournés, notamment pour les personnes dont les revenus ne leur permettaient d'accéder à l'assurance santé complémentaire. Une triple démarche peut ainsi être distinguée.

Pour les populations présentes sur le marché du travail. Une suite régulière et cumulative de dispositifs législatifs visant à favoriser la couverture de cette population par une complémentaire santé peut être constatée à compter du début des années 1990. Cette intervention a visé la couverture des indépendants, des agriculteurs et des agents publics (La dite loi Madelin du 11 février 1994), les agents publics la loi du 2 février

2007 de modernisation de la fonction publique, La loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique) et les salariés du secteur privé (La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013). Il s'agit dans de favoriser l'accès à cette complémentaire soit par des dispositifs fiscaux (indépendants), soit par une aide des employeurs (salariés du public et du privé).

Pour des populations dont les revenus sont insuffisants pour acquérir une protection complémentaire. En 1999, la création de la CMU s'accompagne de la création d'une couverture maladie universelle complémentaire. C'est donc l'État lui-même qui organise l'accès à cet étage complémentaire. En 2004, de nouvelles dispositions sont prises pour favoriser l'accès à la complémentaire santé. Des arguments peuvent être échangés sur la pertinence ou l'efficacité de ces dispositifs et notamment de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) créée en 2004, mais il faut constater que ces évolutions ne sont pas accompagnées d'un repli massif de l'action du régime obligatoire. la complémentaire santé solidaire (CSS) remplace par un contrat unique les deux anciens dispositifs de la CMU-C et de l'ACS depuis 2019.

En complément de ces actions portant sur l'accessibilité, les pouvoirs publics ont, par le biais d'incitations fiscales, imposés un cahier des charges qui définit le périmètre des contrats offerts par les assureurs complémentaires en santé. « *Le législateur a rendu obligatoire pour certains contrats la prise en charge des tickets modérateurs, c'est à dire la part des dépenses restant à payer après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Dans le même temps, en vertu de dispositions antérieures, ces contrats n'étaient pas autorisés à prendre en charge certaines franchises (sur les médicaments ou les consultations, en particulier). Ces contrats « responsables » bénéficient, en contrepartie, d'une taxation réduite (taux réduit de taxe de solidarité additionnelle de 13,27 % contre 20,27%). D'abord limitée à la médecine de ville et à certains médicaments, avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, cette obligation a été élargie à la quasi-totalité des postes remboursés par la sécurité sociale depuis la LFSS rectificative pour 2014. 98 % des contrats sont aujourd'hui responsables, pour un coût estimé par la Cour à 2,4 Md€* » (Cour des comptes 2021 c).

En 2004, la loi assurance maladie a consacré cette institutionnalisation de l'assurance maladie complémentaire avec la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) qui se voit confier une mission de représentation des assureurs complémentaires en santé, reconnaître un avis sur chaque PLFSS et surtout la possibilité de participer à la vie conventionnelle avec les

représentants des professionnels de santé et l'assurance maladie obligatoire (Ginon, Trepreau 2011) ;

Ce processus visant à favoriser l'accès aux assureurs complémentaires en santé et la démarche visant à articuler leurs interventions respectives ont conduit certains auteurs a utilisé un pluriel ; les assurances maladie (Bras, Tabuteau 2021) pour analyser ce rapprochement qui fait système, sans pour autant que le rapprochement signifie « *qu'il y aurait confusion ou équivalence entre elles* » (Bras, Tabuteau 2021).

Cette activité législative intense fait que « *la politique publique en matière d'assurance maladie se matérialise tant à travers des décisions relatives à l'AMO que par des interventions croissantes en AMC* » (Bras, Tabuteau 2021). Elle brouille la lecture qui peut être faite des évolutions en cours sur la répartition des rôles entre ces deux catégories d'acteurs.

III. CONCLUSION DU CHAPITRE PREMIER : L'ADIEU À BISMARCK ?

L'analyse des réformes des États providence fait l'objet d'une littérature abondante en science politique ou en sociologie politique ainsi que l'illustre le rapide état des lieux que nous venons de dresser.

Cet état des lieux fait ressortir des éléments forts comme l'influence du changement de politique macro-économique dans les pays européens sur la trajectoire de leurs systèmes sociaux ou encore la place centrale occupée par la nécessité de maitriser les dépenses et les solutions retenues pour atteindre cet objectif. Ces réformes de l'Etat-providence concernent les systèmes santé qui sont enracinés dans la protection sociale et la solidarité nationale selon des modalités propres à chaque pays.

En France, dans le domaine de l'assurance maladie et de la santé, ces réformes se caractérisent par une activité politique et législative intense ainsi que l'illustrent la succession de plans de sauvegarde entre les années 1970 et 1990 et la production législative - du plan Juppé 1996 à la loi organisation et transformation de notre système de santé en 2019.

1. En France, les réformes organisationnelles prennent leur source dans un répertoire d'action classique

Les réformes engagées dans les pays européens pour maitriser les dépenses de santé peuvent se caractériser par une volonté affichée de réduire la responsabilité, l'engagement de l'État dans le pilotage du secteur.

Deux grands types de réformes peuvent alors être étudiés. La première préconise une dévolution des compétences aux collectivités territoriales et se traduit par une décentralisation du système de santé comme cela a été le cas en Espagne ou en Italie par exemple. Même dans ce type de réforme, l'Etat conserve des compétences afin d'assurer une égalité de droits sur l'ensemble du territoire et mettre en place des systèmes de péréquation financière.

Le deuxième type de réforme est l'introduction des mécanismes du marché. Ce recours peut être décliné de plusieurs manières. Les Pays-Bas ont fait le choix de la privatisation généralisée de leur système d'assurance maladie. Cette privatisation constitue l'axe d'une réforme plus vaste qui vise également à uniformiser les prises en charge et à améliorer l'accès aux soins et les parcours de santé. Le recours à la concurrence constitue un autre volet de cette introduction. Il peut s'agir d'une concurrence entre caisses d'assurance maladie comme c'est le cas en Allemagne, ou de

façon plus courante d'une concurrence entre offreurs de soins (mécanisme de tarification à l'activité dans les établissements de santé, acheteurs de soins au Royaume-Uni).

« *En France les notions de privatisation d'une partie des risques, et la gestion concurrentielle apparaissent antinomiques des concepts d'Etat-protecteur, de protection sociale et de solidarité. La charge idéologique de l'institution, née dans le contexte exceptionnel de 1945, et l'unité de la structure paraétatique qui la définit alors sont en cause, le type même de structure véhiculant les valeurs du modèle* » (Catrice-Lorey, Steffen 2008).

La privatisation du système français demeure dans un cadre borné depuis la création de la sécurité sociale avec l'existence de cliniques privées et d'assureurs complémentaires en santé. Dans le domaine des établissements de santé, la tendance est plutôt au maintien de la notion de service public hospitalier (notion supprimée en 2009 et rétablie en 2016) et d'une réorganisation des relations entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire au profit des interventions de la première comme le montre le débat sur la « grande sécu » au premier trimestre 2022 (Hcaam 2022).

Les réformes menées en France appartiennent à un répertoire classique fondé sur un renforcement du rôle de l'Etat central dans le pilotage du système de santé quand bien même cet objectif n'est pas affiché publiquement. Si le système français réagit aux pressions extérieures, il réagit de manière plutôt conservatoire et emprunte peu au répertoire international de réformes (privatisation, concurrence).

2. Une transformation silencieuse du modèle bismarckien

Malgré les critiques dont ils ont fait l'objet, les Etats bismarckiens se sont réformés. Cette trajectoire de réformes est assimilée à un long adieu à Bismarck selon une formule utilisée par B. Palier et P. Hassenteufel (2007).

En Allemagne, comme en France, les réformes successives soulèvent la question de la remise en cause des fondements du système d'assurance maladie tel qu'il a été créé en 1880 et en 1945. Les évolutions constatées tendent à rapprocher le système d'assurance maladie vers un système national de santé géré directement par l'État. L'adieu à Bismarck signifie une modification profonde des principes de fonctionnement du système français de protection maladie. Cet adieu se caractérise par plusieurs éléments.

L'affiliation ne se fait plus par la seule appartenance professionnelle. La création de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999, puis de la prestation universelle maladie (PUMA) en 2016, permettent à toute personne résidant régulièrement sur le territoire de s'affilier à l'assurance maladie sans lien avec son activité professionnelle. Ce premier point est caractéristique de la capacité des régimes bismarckiens à se réformer et à s'adapter aux nouveaux besoins en matière de protection sociale.

La fiscalisation du financement est le deuxième élément de l'adieu à Bismarck. Le financement de l'assurance maladie ne passe plus uniquement par les cotisations mais par des ressources qui ne sont pas exclusivement assises sur le travail, comme la contribution sociale généralisée en France, ou bien il est encadré par l'État et les caisses ne disposent plus d'un pouvoir d'initiative en la matière, comme c'est le cas en Allemagne. Enfin, un encadrement budgétaire accru du système avec l'idée de fixer un budget global des dépenses de protection maladie y compris dans des systèmes bismarckiens comme l'Allemagne ou la France qui reposent sur le principe de droits ouverts. Ces deux points montrent effectivement un cheminement vers des caractéristiques propres aux systèmes nationaux de santé de type beveridgien. Ils sont toutefois plus symptomatiques d'une hybridation des régimes d'État providence sous l'effet de leur adaptation au nouvel environnement macroéconomique et aux évolutions de la demande sociale que d'un basculement vers un système de santé national.

3. Une politique de retranchement qui sauvegarde les prestations servies aux assurés

Si le terme de retranchement (*politics of retrenchment, welfare state retrenchment*) est le plus souvent utilisé pour décrire les évolutions des États providence, il présente des limites pointées par G.Esping-Andersen (1996), P.Pierson (2011) et approfondies par B.Palier (2006). Comme l'ont souligné ces auteurs la difficulté est alors de mesurer l'importance de ce retrait de l'État providence, l'ampleur des réductions de prestations. Sans entrer dans des détails techniques, une des difficultés est alors de disposer d'éléments de comparaison chiffrés et par ailleurs d'être capable de suivre l'effet des réformes dans le temps. Comme le souligne P.Pierson, les Gouvernements peuvent choisir de faire des réformes dont les effets ne se font ressentir que quelques années plus tard.

A la lumière de ces arguments, il est complexe de mesurer les effets d'une politique de retranchement dans le secteur de l'assurance maladie en France. Il faut toutefois constater que depuis les années 1990, et malgré quelques mesures significatives (forfait

en 2004, franchises en 2008), « *la France n'a pas mené sur la période d'actions visant à restreindre le champ du panier de soins pris en charge par l'assurance maladie* » (Cour des comptes 2018).

La Cour (2018) estime en outre « *alors que de nombreux pays ont eu tendance à concentrer les prises en charge par les systèmes publics sur les secteurs de soins essentiels, en laissant de façon croissante aux patients et aux assurances volontaires la couverture des soins dentaires ou de l'optique notamment, la France a pris une autre direction : elle a préféré généraliser les dispositifs de protection complémentaire santé à l'ensemble de la population afin notamment qu'ils prennent en charge ces types de dépense.* »

« Les mesures prises en France pour diminuer les dépenses apparaissent dès lors comparativement limitées par rapport aux décisions prises à l'étranger » (Palier 2002a).

« *L'analyse du cas français apporte trois éléments nouveaux dans les analyses des réformes des systèmes de protection sociale. Tout d'abord, elle montre qu'il faut moins attribuer les blocages au système politique en général qu'aux institutions de protection sociale elles-mêmes. En second lieu, elle montre que toutes les politiques de protection sociale des vingt-cinq dernières années ne peuvent se résumer à la seule notion de retrenchment (retrait ou repli) mais qu'il faut différencier plusieurs types de réformes de la protection sociale, en fonction des changements qu'ils impliquent pour le système de protection sociale lui-même. Enfin, elle montre que si la plupart des réformes restent inscrites dans la logique et les pratiques institutionnalisées dans le passé, certaines réformes peuvent aussi impliquer un changement profond des façons de faire et des façons de penser la protection sociale* » (Palier 2002b).

CHAPITRE DEUX : BUDGÉTISER LA POLITIQUE DE SANTÉ

Dès le début des années 2000, le tableau des objectifs poursuivis par les réformes des États providence, initialement centré sur les seules politiques de retranchement (*retrenchment)*, entendues comme une réduction des prestations versées aux assurés, et la marchandisation d'un certain nombre de prestations et services jusqu'alors pris en charge par l'État providence a été complété. Sous l'impulsion de P.Pierson (2002), ce tableau s'est enrichi de nouveaux objectifs. Au côté de l'objectif de réduction des prestations (*retrenchment*) sont apparus d'autres objectifs tels que la maitrise des coûts (*cost-containment*) et la restructuration des systèmes (*recalibration*) de protection sociale.

Les travaux menés par P.Pierson (2002, 2011) soulignent que la reconfiguration et la maitrise des coûts sont au cœur du programme politique des États providence continentaux (bismarckiens) dont la France fait partie. La réduction des déficits, et la maitrise de dépenses ont constitué une priorité pour les pays membres de l'Union européenne depuis le milieu des années 1990 et, si cet objectif peut être au service de la poursuite d'autres ambitions, la maitrise des dépenses a pu être une politique à part entière.

Pour s'adapter aux critères des politiques économiques liées à la construction européenne (respect des critères de Maastricht sur la monnaie unique, action sur le coût du travail), les gouvernements qui se sont succédés en France, et en Europe, ont cherché à réduire ou à maitriser les dépenses de prestations sociales. Ces démarches qui avaient débuté dès le milieu des années 1970 ont pu être renforcées à la suite des phases de récession économique comme en 1993 ou encore en 2008 (Hassenteufel, Saurugger 2021). Tout au long de cette période, le pilotage des politiques publiques de sécurité sociale, et plus particulièrement d'assurance maladie et de santé, a été marqué par cette volonté de maitriser les dépenses. La construction d'une politique de contrainte des finances sociales a ainsi pris en France une double forme : des réformes sectorielles, répétées, comme dans le cas des retraites (1993, 2003, 2008, 2014) ; une évolution organisationnelle et l'introduction de nouveaux instruments de pilotage de la sécurité sociale, avec l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale dans le cas de l'assurance maladie. Cette évolution s'accompagne d'un renforcement du rôle de l'État dans le pilotage du secteur.

Les analyses portant sur la trajectoire de l'assurance maladie en France considèrent le plan Juppé (1996) comme la réforme ayant acté l'adaptation des politiques de sécurité sociale au nouveau paradigme macro-économique européen. Cette réforme est porteuse d'un certain nombre d'objectifs de réforme de l'État providence. Elle s'inscrit à la fois dans la continuité des plans de sauvegarde que la sécurité sociale a connu depuis le milieu des années 1970 et dans la préparation de la création d'une monnaie unique prévue par le traité de Maastricht.

Cette nécessité d'une politique de maitrise des dépenses d'assurance maladie s'affirme à compter de la réforme de 1967. La création d'une caisse nationale en charge de cette branche de la sécurité sociale en est l'expression. Le plan Juppé est porteur des objectifs de maitrise des dépenses mais aussi de reconfiguration. Si les plans de sauvegarde de la sécurité sociale ont pu déployer des mesures de retranchement portant sur les assurés par le biais de réduction de prestations, et si ces mesures de cette nature ont pu être mises en œuvre après le plan Juppé dans le domaine de l'assurance maladie (franchises, forfait, baisse du taux de remboursement des médicaments, et tout autre dispositif de majoration de la participation des assurés) nous considérons que cette politique de retranchement est passée au second plan et que depuis 25 ans les gouvernements successifs ont privilégié une politique de maitrise des dépenses (*cost-containement*) qui va principalement peser sur l'offre de soins et la rémunération des offreurs de soins. Si cette tendance est préalable à la création des LFSS (Jobert 1985) et s'est affirmée en réaction au plan Séguin (Tabuteau 2009 b), elle devient dominante à compter du plan Juppé et s'institutionnalise avec les LFSS. Le choix d'une régulation de l'offre de l'offre de soins dépasse largement la question de la maitrise des dépenses. Elle constitue un choix politique, différent de celui du retranchement et porteur de mécanismes de régulation spécifiques.

La maitrise de l'offre de soins doit permettre de lutter contre le « consensus inflationniste » (Jobert, Steffen 1994) fondé sur l'intérêt partagé de l'ensemble des parties en présence (élus, patients, médecins). Cette politique met en relation, dans le cas de la France, « *des coûts et des effets sanitaires en les associant à des comportements d'acteurs* » (Hassenteufel 2014).

L'idée de faire porter l'effort sur la régulation de l'offre s'est imposée au cours des années 1990. Cette émergence peut être identifiée dans plusieurs rapports publics comme le rapport Soubie (1993) qui constate que « *la succession de plans de déremboursement (ou de modification de taux de prise en charge) et de mesures ponctuelles sur diverses professions de santé (taxes exceptionnelles sur les grossistes,*

les laboratoires pharmaceutiques) ne modifient en rien les incitations micro-économiques qui sont à l'origine de cette dérive. […] les seuls pays qui ont réussi à infléchir le taux de croissance de leurs dépenses de santé sont ceux qui sont passés d'une logique de financement à guichet ouvert à une indexation ex-ante du taux de croissance des dépenses »ou le rapport Minc (1994) qui propose : « *la mise en œuvre de modes plus sophistiqués de régulation des dépenses avec une priorité absolue au contrôle de l'offre* ».

Le recours à l'encadrement des dépenses d'offre de soins plutôt qu'à une réduction des prestations servies aux assurés repose sur un diagnostic invalidant les instruments choisis dans le passé et l'élaboration de solutions conçues par opposition aux façons de faire du passé (Palier 2004).

Le cadre de la politique de maitrise des dépenses est ainsi posé, la régulation doit peser sur l'offre plutôt que sur la demande et le taux de croissance des dépenses doit être encadré, et si possible inférieur, au taux de croissance du PIB.

Avec le plan Juppé, les pouvoirs publics se dotent d'un instrument destiné à la mise en œuvre de cette politique de maitrise des dépenses. Le présent chapitre propose d'analyser les tentatives de mise en œuvre d'une politique de la contrainte ou d'un gouvernement des finances sociales (Bezes, Siné 2011) qui, à compter du plan Juppé, a été principalement assuré par un instrument nouveau : la loi de financement de la sécurité sociale (Beaussier 2006, Belorgey 1998 et 2003, Calmette 2008, Duarte 2006, Dufour 2012 et 2017).

La création des LFSS contribue à modifier les règles de pilotage du secteur et renforce le rôle de l'État. L'histoire est connue (Dufour 2012 ; Pellet, Skzryerbak 2008) la création des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) n'est intervenue qu'après des évolutions incrémentales qui ont été autant de tentatives d'étendre les compétences du législateur en matière de Sécurité sociale. Bien qu'à la fin de la IVème République (décret du 16 juin 1956) ait été inventée la notion de budget social de la Nation (en fait un rapport présenté en annexe du budget de l'État), l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958 a disposé que la loi ne détermine que les seuls principes fondamentaux de la sécurité sociale. Le Parlement n'était donc pas en mesure de se prononcer ni sur le taux, ni sur l'assiette, ni sur les modalités de recouvrement des cotisations sociales.

Plusieurs tentatives de réformes seront menées dans les années 1970 afin de revaloriser la fonction parlementaire dans le pilotage de la sécurité sociale. Il faudra

toutefois attendre le milieu des années 1980 et l'adoption par le Parlement, à l'initiative de Michel d'Ornano, président de la commission des finances de l'Assemblée nationale, d'une loi organique « *relative au contrôle du Parlement sur les finances des régimes obligatoires de sécurité sociale* » pour que le sujet arrive à maturité. Ce texte fut censuré par le Conseil constitutionnel, signifiant ainsi que seule une réforme constitutionnelle pourrait aboutir à la création d'une loi de finances sociales. Ce sera chose faite en 1996 avec la création des LFSS dont l'un des objectifs est de permettre au Parlement d'exercer un contrôle sur les finances de la sécurité sociale. La création des LFSS marque « *la concrétisation tardive mais solennelle* » du rôle du Parlement (Tabuteau 2013). « *Avec l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale, les acteurs étatiques espèrent redonner du pouvoir aux administrations de l'État dans la gestion de la Sécurité sociale. Les syndicats favorables à cette mesure (CFDT,CGC et CFTC) espèrent quant à eux qu'elle va donner des chances nouvelles d'instauration d'un véritable paritarisme en fixant les orientations claires aux partenaires sociaux chargés de les mettre en œuvre* » (Palier 2003).

Tout au long de ce quart de siècle d'existence, les LFSS se sont inscrites dans la vie publique et ont contribué à structurer le débat sur l'état des finances de la sécurité sociale. Cette structuration s'est faite autour de l'examen des textes eux-mêmes bien entendu mais leur centralité a généré une réorganisation de structures préexistantes. C'est le cas des travaux de la commission des comptes de la sécurité sociale qui s'inscrivent maintenant dans la préparation, le suivi et l'analyse des LFSS ou des politiques traitées en LFSS. Elles ont généré de nouveaux éléments comme les rapports de suivi des LFSS publiés chaque mois de septembre par la Cour des comptes (Hervier 2008). Bref, les LFSS ont institutionnalisé ce que l'on appelle aujourd'hui « les finances sociales ». Ces finances sociales se caractérisent par un périmètre limité aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et non à l'ensemble des dépenses sociales, elles disposent d'un instrument spécifique les LFSS, distinctes des lois de finances et donc d'une relative autonomie, même si les données macro-économiques qui sous-tendent la construction de ces textes sont communs.

La portée de cette revalorisation du rôle du Parlement doit être modulée. « *Dans les faits, les LFSS ne ménagent qu'une marge d'action très limitée aux parlementaires, elles apparaissent bien davantage comme un renforcement des capacités d'action et de réforme du gouvernement en renforçant sa légitimité à agir sur le système d'assurance maladie* » (Hassenteufel 2014)

Cette prédominance des questions de maitrise de la dépense et le déploiement d'une politique de la contrainte budgétaire s'est accompagnée d'un renforcement du rôle de l'État dans le pilotage de l'assurance maladie. Nous chercherons à montrer comment, la LFSS a été l'instrument du renforcement de l'État dans le déploiement de cette politique d'encadrement des dépenses, et comment les choix opérés par le Gouvernement sont inscrits dans le corps des LFSS. Nous adopterons pour le cours de cette démonstration une définition large de la notion d'instrument entendu comme moyen de mise en œuvre d'un objectif politique. La LFSS est un instrument qui prend techniquement la forme d'un texte législatif et qui connait des déclinaisons réglementaires ou infra réglementaires et bien sûr budgétaire (déclinaison de l'Ondam par sous-objectifs, puis affectation de crédits).

Le choix opéré à travers la création des LFSS est celui d'une tentative de budgétisation des dépenses d'assurance maladie. Le respect de l'Ondam annuel, considéré comme une enveloppe globale des dépenses d'assurance maladie, devient l'indicateur de la réussite de cette politique. L'orientation vers une régulation de l'offre de soins, plutôt qu'un retranchement sur les prestations, est inscrite dans les sous-objectifs thématiques (soins de ville et établissements de santé notamment) de l'Ondam et constitue le corps de la LFSS pour la partie relative à l'assurance maladie. Cette régulation de l'offre de soins demeure sectorielle et va varier suivant la capacité des acteurs à neutraliser l'action des pouvoirs publics.

Ces multiples dispositifs de régulation des dépenses s'accompagnent d'une transformation des modes de gestion du système de soins pour en améliorer l'efficience, favoriser sa reconfiguration mais également s'assurer du renforcement de la capacité de l'État a mettre en œuvre cette politique de maitrise des dépenses. La création des agences régionales de santé s'inscrit dans cette démarche.

I. METTRE EN BUDGET LES DÉPENSES D'OFFRE DE SOINS

Le début des années 1990 se caractérise par *« l'amorce d'une démarche d'ensemble visant à renforcer la maitrise des dépenses et à instaurer de nouveaux mécanismes de régulation des soins de ville »* (Cour des comptes 2003). Dans le secteur hospitalier, la croissance des dépenses était considérée comme élevée tandis que l'offre de soins était jugée excédentaire et inadéquate. La loi hospitalière de 1991 proposait une réorganisation fondée sur une rénovation des procédures de planification. Cette planification prévoyait notamment une gradation des niveaux d'équipements et de soins nécessaires poursuivant un objectif d'optimisation des ressources. Dans le secteur des soins de ville, un protocole signé entre l'État et l'assurance maladie posait le principe d'une maitrise négociée des dépenses. Cette démarche, impulsée par Claude Évin ministre chargé de la santé, a dessiné les bases d'une maitrise des dépenses fondée sur la régulation de l'offre. Elle est complétée par son successeur René Teulade qui propose d'y adjoindre la recherche de la qualité des soins (références médicales opposables). Quelques années plus tard, le plan Juppé va venir consolider cette politique et mettre en place les instruments qui vont permettre son institutionnalisation et son accentuation jusqu'au début des années 2020.

Durant cette période, qui court de 1996 à aujourd'hui, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) vont s'imposer comme un instrument majeur du pilotage des dépenses d'assurance maladie. Les gouvernements successifs vont cesser de recourir à des plans de plan de sauvegarde et privilégier la mise en œuvre d'une politique structurelle de régulation des dépenses de santé. Depuis leur création, un seul plan d'économies hors LFSS a été mis en œuvre (2004), alors qu'avant 1995, les autorités sanitaires déclenchaient des plans de redressements quasi annuellement (Palier 2002 b). Le pilotage des dépenses d'assurance maladie devient annuel. Cette situation tranche avec le pilotage de l'équilibre financier des retraites qui continue de faire l'objet de réformes spécifiques, distinctes des lois de financement de la sécurité sociale.

Cette politique fondée sur la régulation de l'offre va prendre la forme d'une tentative de budgétisation des dépenses de l'assurance maladie. La budgétisation peut s'apparenter à une forme de dépolitisation et de technisation de la contrainte. Dans le cas présent, il s'agit de recourir à un plafond de dépenses au-delà duquel des mécanismes quasi-automatiques viennent limiter la dépense (dans le cas des honoraires médicaux par des reversements ou des sanctions financières). Dans le domaine de l'assurance maladie, elle est recherchée par l'intermédiaire d'une enveloppe globale appelée Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et des

enveloppes sectorielles qui le compose (honoraires médicaux, médicaments, établissements de santé publics et privés, puis établissements médico-sociaux). Cette tentative de budgétisation mêle des instruments de gouvernement à distance (fixation d'objectifs par le biais de la LFSS dont les modalités d'atteinte sont laissées à la main d'acteurs conventionnels) inspirés du *new public management* (paiement à la performance des prestataires de soins, recours à la contractualisation, indicateurs) avec des instruments purement budgétaires (enveloppe budgétaire, gel prudentiel des crédits).

Les travaux de science politique qui analysent le contenu et l'efficacité des lois de financement de la sécurité sociale privilégient deux angles. Le premier est celui de l'efficacité de cet instrument (Pierru 2011) dans la maitrise des dépenses d'assurance maladie, le second est celui des conséquences de l'introduction des LFSS sur le pilotage de l'assurance maladie (Hassenteufel 2014).

Nous souhaiterions montrer comment tout au long des années 2000, les pouvoirs publics ont cherché à renforcer l'efficacité des LFSS comme instrument d'encadrement des dépenses d'assurance maladie et comment cette recherche d'un instrument efficace, de pilotage quasi-automatique de la dépense, s'est accentuée après la crise de 2008. En effet, dans la période post-crise, face à un déficit accru de l'assurance maladie et à des critiques récurrentes formulées à l'encontre de l'Ondam comme instrument de régulation des dépenses, les gouvernements successifs ont choisi de renforcer les mécanismes de régulation de la dépense et de poursuivre, voire d'accentuer, la politique de contrainte menée depuis le début des années 1990.

Malgré un échec retentissant, l'abandon de l'enveloppe globale relative aux honoraires médicaux, les LFSS ont atteint leur objectif d'une mise en budget des dépenses d'assurance maladie.

A. L'ONDAM : UN INSTRUMENT DE RÉGULATION PÉRENNISÉ MALGRÉ SON INEFFICACITÉ INITIALE

Depuis les années 1990, et le changement de paradigme macroéconomique en France et en Europe, le solde budgétaire est devenu un objectif de politique publique pour les finances publiques comme pour les finances sociales. Cet objectif est encadré par des normes fixées par les traités de Maastricht et d'Amsterdam au niveau communautaire.

La loi de financement de la sécurité sociale assure la cohérence du dispositif et permet une régulation de l'ensemble des dépenses de sécurité sociale. Les dépenses d'assurance maladie qui représentent une part substantielle des dépenses de sécurité sociale deviennent un enjeu de ce pilotage des finances publiques. Dans le cas des dépenses d'assurance maladie, le plan Juppé va proposer un dispositif d'encadrement des dépenses construit autour de trois éléments, des objectifs annuels votés par le Parlement ; une répartition sectorielle assurée avec le concours des partenaires conventionnels dans le domaine des soins de ville, d'une part, avec les mécanismes existants dans la secteur hospitalier (dotation globale pour le public et objectif quantifié national pour le privé), d'autre part ; l'ébauche d'une gestion régionalisée (avec les agences régionales d'hospitalisation).

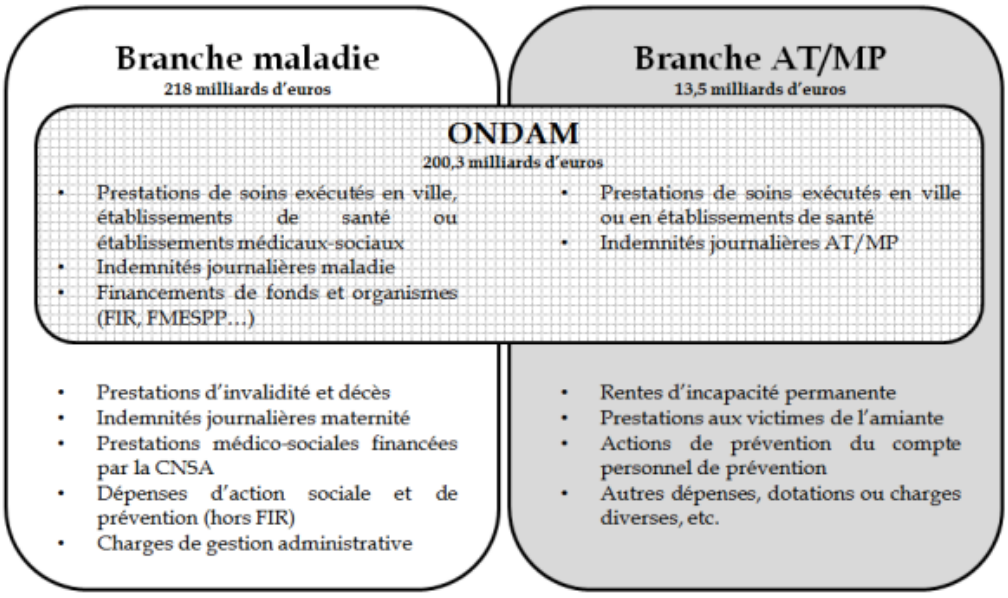
Les travaux menés sur la politique de contrainte budgétaire (*politics of retrenchment* ou *cutback budgeting*) mettent l'accent sur les instruments utilisés (Irondelle 2011 ; Pierru 2011 ; Vigour 2011 ; Hoeffler, Joana, Merand 2021). Ils soulignent le poids et les stratégies des groupes d'intérêts, l'influence éventuelle des partis politiques ainsi que des tactiques d'opacification de cette politique de contrainte budgétaire par l'usage d'instruments souterrains, indirects ou discrets.

Le cœur du dispositif d'encadrement des dépenses piloté par l'État central est constitué par un instrument spécifique : l'objectif national d'assurance maladie (Ondam). La création de l'Ondam illustre l'attention particulière attachée à la maitrise de ces dépenses. Hors mesure exceptionnelle liée à la gestion de la crise COVID-19 (LFSS 2020 et 2021), LFSS et Ondam sont depuis 25 ans les instruments de cette politique de contrainte dans le domaine de l'assurance maladie.

L'Ondam n'a pas d'équivalent dans les mécanismes d'encadrement de la dépense applicables aux autres branches de la sécurité sociale (Ginon, Trepreau 2008). Sa construction répond à la poursuite d'un objectif politique : la maitrise des dépenses d'assurance maladie plutôt qu'à une construction budgétaire stricte. Plusieurs spécificités illustrent cette prédominance de la préoccupation politique.

L'Ondam encadre des dépenses sur un périmètre dont les contours sont flous (Cf. annexe 1). Ce périmètre n'est pas fixé par la loi et n'est retracé de manière formelle dans aucun document public. Il est possible de suivre son évolution dans les rapports de la Cour des comptes et du Parlement ainsi que dans l'annexe spécifique de la LFSS qui lui est consacré en faisant un travail de compilation de ces évolutions.

Les dépenses dans le champ de l'Ondam (pour 2019)



Source commission des affaires sociales du Sénat 2019

L'Ondam est conçu comme un instrument de pilotage et d'encadrement des dépenses d'assurance maladie. En l'absence de périmètre clairement établi, il est souvent défini par l'énumération des éléments les plus visibles de son contenu contenu. C'est au sein de l'Ondam que sont déterminées les enveloppes sectorielles notamment des sous-objectifs également soumis au vote du Parlement. Deux de ces sous-objectifs (Cf. annexe 2), se retrouvent dans toutes les LFSS depuis l'origine : un sous-objectif ville et un sous-objectif établissements de santé. La fonction prioritaire de l'Ondam est d'encadrer l'activité et les prescriptions des professions et des établissements de santé. Ces sous-objectifs sont des outils d'allocations des ressources, ils affirment des objectifs et constituent un lieu d'institutionnalisation des décisions politiques en matière de contrainte budgétaire.

Comme pour le périmètre, le choix d'une structuration en sous-objectifs ne repose pas uniquement sur une logique bureaucratique ou gestionnaire. La dimension politique, bien que silencieuse, est visible dans le choix retenu d'avoir un sous-objectif soins de ville et sous-objectif établissements de santé. Ce choix reprend la répartition des compétences entre l'État qui pilote le secteur hospitalier et l'assurance maladie qui, via le champ conventionnel, pilote les soins de ville.

Cette structuration reflète le type d'encadrement des dépenses que veut déployer l'État. Elle met en exergue la volonté de réguler des dépenses d'offre de soins et non pas

de prestations. C'est l'offre de soins qui est mise en avant dans cette structuration plutôt que le niveau des prestations dont bénéfice les assurés. Elle permet de réguler des secteurs entiers sans faire de distinction entre public et privé dans le champ des établissements de santé, ni entre professions libérales et produits de santé au sein des soins de ville. Les acteurs y retrouvent un découpage par bloc qui répond à la configuration historique en silo de notre système de santé. Ces choix ne font l'objet que de débats publics limités. Peu de débats ont eu lieu, dans l'opinion publique au Parlement, et même avec les acteurs, sur la définition des sous-objectifs que ce soit lors de la création des LFSS en 1996 ou lors de la révision de la loi organique en 2005.

Ce choix définit les contours d'une politique de contrainte qui va se distinguer des plans de sauvegarde traditionnels fondés sur une réduction des prestations et l'augmentation des recettes. Il introduit la notion d'enveloppe globale dans la régulation des dépenses d'assurance maladie. Cette enveloppe globale peut porter soit sur l'Ondam dans son intégralité, soit, et c'est l'option que nous souhaitons approfondir, sur la budgétisation des sous-objectifs, ou d'une partie des sous-objectifs, qui peuvent alors être considérés comme des enveloppes sectorielles.

In fine, l'Ondam rassemble une part prépondérante des dépenses d'assurance maladie (selon la Cour des comptes seules 10% des dépenses d'assurance maladie sont exclues du périmètre de l'Ondam).

Cette politique de contrainte budgétaire est fondée sur des règles de progression de la dépense. Dans le champ de la LFSS, cette politique est exprimée par un taux de progression annuel de l'Ondam fixé en LFSS. Ce taux de progression annuel est devenu au fil du temps le principal indicateur de la politique de maitrise des dépenses dans le champ de l'assurance maladie et l'efficacité de la LFSS comme instrument de régulation. La détermination annuelle du taux de progression de l'Ondam ne fait guère l'objet de plus de débat que le choix des sous-objectifs ou celui de la définition de l'Ondam. Le taux de l'Ondam est devenu un indicateur dominant auxquels sont subordonnées les mesures contenues en LFSS pour faciliter l'atteinte de cet objectif chiffré, fixation d'un taux de progression des sous-objectifs ou des enveloppes sectorielles (médicaments par exemple), mesures qui portent soit sur les modalités de financement des prestataires de soins, comme le paiement à la performance, soit sur la volonté de mettre en place une meilleure coordination des soins (réseaux puis parcours de soins ou de santé) . les autres dispositions contenues dans la LFSS notamment pour favoriser la reconfiguration du système de santé sont réputées faciliter l'atteinte de ces objectifs chiffrés. Pour respecter ce taux qui a toujours été fixé à un niveau inférieur à

l'évolution spontanée de la dépense, des économies sont prévues (maitrise médicalisé, baisse de prix des médicaments, économies sur les achats dans les établissements de santé) et chiffrées.

Malgré cette construction d'ensemble visant à encadrer les dépenses d'assurance maladie, la LFSS ne prévoit pas d'article d'équilibre, comme le fait la loi de finances, et ni l'Ondam, ni ses sous-objectifs ne sont reliés à des recettes.

1. Le renforcement de l'Ondam comme instrument de régulation par l'introduction de mesures incrémentales et cumulatives

À partir du plan Juppé, la politique de contrainte menée dans le domaine de l'assurance maladie est construite autour de la LFSS et de l'Ondam. Le positionnement des acteurs est stable sur une longue période (1996-2020). Ces politiques *de cost-containment* sont principalement conçues par les acteurs programmatiques issus de l'administration des affaires sociales et des comptes publics et la LFSS, comme instrument de régulation des dépenses, fait l'objet d'une appropriation par l'ensemble des partis politiques de Gouvernement. Cette politique de contrainte n'est pas remise en cause, pas plus que son instrument phare, que ce soit lors de l'examen annuel des LFSS par le Parlement (Button, Pierru 2012), ou lors des élections présidentielles et législatives qui se sont déroulées depuis le plan Juppé. De façon plus générale les questions de santé et d'assurance maladie sont peu abordées durant ces échéances (Tabuteau 2007, 2012), contrairement aux retraites.

Les travaux d'analyse (Coudreau 2004 ; Catrice-Lorey, Steffen 2006 ; Catrice-Lorey, Steffen 2008 ; Pierru 2011 ; Hassenteufel 2014) concluent à l'échec du dispositif ou sa neutralisation. Au regard des marqueurs disponibles (maitrise de la dépense d'offre de soins et contrôle de l'évolution de la dépense mesuré par le taux de progression de l'Ondam, action des partenaires conventionnels pour maitriser les dépenses de soins de ville), ces travaux soulignent le non-respect de l'Ondam jusqu'au début des années 2010 et l'échec de la mise sous enveloppe globale des dépenses d'honoraires médicaux. Ce constat est à la fois le signe de la défaillance technique de l'instrument et celui de l'échec des Gouvernements successifs à mener à bien une politique de contrainte budgétaire dans le domaine de l'assurance maladie.

Ce constat est corroboré par la littérature administrative, notamment les rapports que la Cour des comptes consacre chaque année à l'exécution de la loi de financement

de la sécurité sociale et par les acteurs politiques (Descours 1999, Vasselle 2001). Selon nous, cette analyse doit cependant être complétée par un examen qui tient compte des évolutions survenues depuis la réforme de l'assurance maladie en 2004 et surtout au cours des années 2010.

L'Ondam va faire l'objet à compter du milieu des années 2000 d'évolutions incrémentales et cumulatives destinées à renforcer la crédibilité de cet instrument et permettre un pilotage plus strict de la maitrise des dépenses. Cette évolution, doublée d'un affichage politique fort, se traduira par un respect de l'objectif annuel entre 2010 et 2019.

Deux mouvements peuvent être distingués dans ce renforcement de l'instrument de mise en œuvre de la politique de contrainte budgétaire. Le premier mouvement se caractérise par l'introduction de mesures incrémentales, correctrices, susceptibles de répondre aux critiques exprimées à l'encontre du pilotage de l'Ondam afin de renforcer le respect de l'objectif et d'assurer sa crédibilité auprès des acteurs.

Le deuxième mouvement est marqué un renforcement de la démarche de budgétisation de l'Ondam durant les années 2010.

a) La volonté de pérenniser l'Ondam comme instrument d'encadrement des dépenses

Entre 2004 et 2010, l'Ondam va faire l'objet d'évolutions législatives, réglementaires, procédurales visant à renforcer son efficacité comme instrument de maitrise des dépenses. Cette évolution sera incrémentale à la fois dans le temps, elle s'étale sur plus de six ans, et dans l'intensité des solutions retenues. Elle sera cumulative dans le sens où l'objectif poursuivi est toujours de renforcer la capacité de l'Ondam à encadrer les dépenses d'assurance maladie, même si certains dispositifs de régulation pourront être abandonnés comme l'enveloppe globale applicables aux honoraires médicaux.

Le Gouvernement a comme objectif de restaurer la crédibilité de l'Ondam et de son action. Le gouvernement par les finances sociales passe par le respect de l'Ondam et donc l'autorité attribuée à cet instrument dans l'établissement de règles de fonctionnement et de répartition des crédits. La difficulté à laquelle les pouvoirs publics sont confrontés est d'abord d'origine juridique. L'instauration des LFSS se fait par imitation des lois de finances (Philip 1997) dont le calendrier et la procédure d'examen sont copiés. Une différence substantielle demeure cependant entre ces deux catégories de lois. En effet, à la différence des crédits composant le budget de l'État, l'Ondam ne

constitue pas un plafond limitatif, contraignant, mais un objectif prévisionnel de dépenses, dont l'éventuel dépassement ne remet pas en cause les prestations dues aux assurés. En outre, l'Ondam est défini comme un agrégat de nature économique, distinct des dépenses des régimes de sécurité sociale qui sont retracées selon des règles comptables.

En l'absence de plafond limitatif des crédits, le pilotage doit être assuré par la dimension politique de l'Ondam dont le taux de progression, sans provoquer de contraction des dépenses (*retrenchment*), doit agir sur le comportement des acteurs et, par une dimension plus technique que sont les mécanismes adjacents à l'Ondam, permettre de « tenir » l'évolution de la dépense. L'exemple le plus analysé de cette dimension technique est le mécanisme de mise sous enveloppe globale des honoraires médicaux (Cf. Chapitre précédent).

La séquence de restauration de la crédibilité de l'Ondam va intervenir contexte économique et politique particulier. D'une part, au début des années 2000, le retournement de la conjoncture économique s'est traduit par une dégradation des comptes de la sécurité sociale, après trois années d'excédent budgétaire. Ainsi, après un déficit de 3,5 milliards d'euros en 2002, le solde du régime général de la sécurité sociale devrait s'établir à - 8,9 milliards d'euros en 2003, soit une dégradation du solde de plus de 5 milliards d'euros entre 2002 et 2003 conduisant Jean-François Mattei, ministre chargé de la sécurité sociale et de santé à parler d'un déficit abyssal. D'autre part, les élections présidentielles et législatives survenues en 2002 avaient mis fin à la période de cohabitation (1997-2002) et le nouveau ministre chargé de la santé avait présenté deux mesures phares dès son arrivée : la majoration du tarif de consultation des honoraires médicaux afin de réconcilier la majorité avec cette profession et d'effacer l'idée que les législatives de 1997 avait été perdu en raison de la mise en place de l'enveloppe globale et un plan d'investissement massif pour les établissements de santé (Hôpital 2007). Cette dégradation des comptes, conjuguée à des dépenses supplémentaires va conduire le Gouvernement Raffarin à proposer une réforme de l'assurance maladie, inspiré de la réforme menée en Allemagne. Cette réforme comprend notamment des mesures visant à renforcer la crédibilité de l'Ondam afin de renforcer l'instrument lui-même (construction de l'indicateur, pilotage infra-annuel) ou la recherche d'économies (majoration de la participation à la charge des usagers avec la création du forfait un euro ; plan triennal d'économies dans le secteur du médicament).

La réforme de 2004 constitue la première démarche législative visant à intervenir sur la construction et le pilotage de l'Ondam depuis sa création. Son ambition, après les

dépassements successifs constatés depuis la LFSS pour 1998 est de proposer une série de mesures de nature bureaucratiques visant à crédibiliser la construction de l'Ondam et son exécution.

b) Politisation et dépolitisation de la construction et de l'exécution de l'Ondam

Si le choix de focaliser la politique de contrainte budgétaire sur les dépenses d'offre de soins est une orientation politique forte, les décisions prises lors de la construction de l'Ondam, malgré leur caractère public et le vote du Parlement ne constituent pas des politiques visibles. Elles peuvent s'apparenter à des stratégies silencieuses ou à des stratégies de complexification de l'information destinées à freiner la capacité de mobilisation des représentants d'intérêts.

La réforme de 2004 ne va remettre en cause ni la structuration de l'Ondam en sous-objectifs, ni l'état de l'art en matière de mécanismes de régulation sectoriels. Aucun mécanisme (quasi) automatique des dépenses d'honoraires médicaux ne sera proposé pour se substituer au mécanisme d'enveloppe globale que les gouvernements d'A.Juppé puis de L.Jospin avaient échoué à mettre en œuvre face à l'opposition du corps médical. La restauration de la crédibilité de l'Ondam va passer par de nouvelles modalités de construction et un suivi de son exécution.

Un recours accru à l'autonomisation de la bureaucratie, ou à des structures qui s'inspirent des institutions budgétaires indépendantes comme « *moyen d'accroitre la discipline budgétaire et lutter contre les déficits* » (Saint-Martin 2021), constitue la caractéristique principale des évolutions visant à renforcer l'Ondam comme instrument d'encadrement des dépenses lors de la réforme de 2004. Ce recours accru à la bureaucratie concerne à la fois la construction de l'Ondam et sa mise en œuvre.

La création des LFSS illustre le renforcement du pouvoir de l'État dans le pilotage des dépenses d'assurance maladie. Elle s'inscrit dans le prolongement d'une situation antérieure où l'État détenait les principaux leviers budgétaires (cotisations et remboursement) et avait conçu et mis en œuvre les plans de sauvegarde qui ont jalonné les années 1970 et 1980. L'Ondam est l'expression budgétaire de cette compétence de l'État en matière de répartition et de régulation des crédits entre les différents acteurs du système de santé. Elle est également l'expression d'une compétence bureaucratique et gestionnaire relative à la construction de l'Ondam. Cette construction de l'Ondam est initialement une compétence de la direction de la sécurité sociale, secondairement des autres directions métiers du ministère chargé de la santé et des cabinets ministériels

(budget puis comptes publics, affaires sociales et santé). La réforme de 2004 va accroitre ce recours à la bureaucratie dans la construction et le suivi de l'Ondam.

La réforme de 2004 va prévoir l'association des caisses d'assurance maladie à la construction de l'Ondam qui était jusqu'alors une prérogative du seul Gouvernement. Cette association ne signifie pas un retour des partenaires sociaux dans la gestion des équilibres financiers de la branche. Il s'agit d'une réforme bureaucratique qui consiste à solliciter l'expertise de la caisse nationale et du réseau de l'assurance maladie, dirigés par un directeur général nommé en conseil des ministres, lors de la construction de l'Ondam. Cette participation est formalisée par un rapport remis au Parlement et au Gouvernement qui reprend les propositions des caisses relatives à l'évolution de leurs charges et de leurs produits au titre de l'année suivante. Cette mesure doit permettre de sortir du schéma initial dans lequel la construction de l'Ondam ne relevait que de la compétence des administrations centrales. L'association les caisses, qui sont chargés de gérer son exécution, notamment dans le domaine sensible des soins de ville, doit renforcer la crédibilité de la construction de l'Ondam, et des économies afférentes. Cette association s'inscrit dans le prolongement d'une réforme profonde du gouvernement de l'assurance maladie mais également de la politique conventionnelle. La réforme de 2004 promeut une maitrise médicalisée organisée sous la responsabilité des partenaires conventionnels. L'association des caisses à la préparation de l'Ondam permet d'établir un lien entre leurs compétences conventionnelles et l'instrument d'encadrement des dépenses.

Cette réforme est aussi une réponse aux critiques formulées par la Cour des comptes ou les assemblées parlementaires. Elle s'inscrit en effet dans une démarche plus large de transparence de la construction de l'Ondam réclamée tant par les parlementaires, les corps de contrôle que les acteurs du monde de la santé. Elle répond aux critiques exprimées par certains acteurs publics. Il y a tout d'abord des critiques techniques portées par la Cour des comptes. La principale est celle du recours à la technique du « rebasage » de l'Ondam en cours d'exécution. Ce terme barbare fait l'objet de nombreuses entrées dans les rapports de la Cour des comptes. Il s'agit en fait d'une technique qui consiste à intégrer dans la base de l'Ondam une partie des dépassements constatés ou des mesures non prévues l'année précédente, mais intervenues en cours d'exercice. Ce rebasage revient à effacer une partie des dépassements constaté lors de l'année en cours et se traduit par une insincérité des résultats de la régulation des dépenses. Selon la Cour des comptes (2003), « *la reprise en base d'une partie des dépassements, appliquée depuis le vote de l'ONDAM 2000, donne, en outre, une vision*

déformée des effets de la régulation : la somme des dépassements (réalisations moins objectifs votés) ne correspond que partiellement aux dérapages successifs. »Il y a ensuite une critique plus politique qui est celle du contenu en l'Ondam en termes de santé publique, pour reprendre les termes du rapporteur de la commission des affaires sociales du Sénat (Descours 1999), et donc dépasser une simple reconduction de moyens pour faire apparaitre *« une analyse des besoins que la collectivité est prête à satisfaire dans le domaine de la santé publique*. ». Cette action sur une plus grande transparence des modalités de construction de l'Ondam, et plus largement des éléments constitutifs de la LFSS, sera poursuivie en 2005 avec une refonte des annexes qui accompagne chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale.

L'évolution la plus structurante proposée par la réforme de 2004 réside dans les mesures visant à contrôler l'exécution de l'Ondam en cours d'année. Pour ce faire, un dispositif de surveillance de l'évolution infra annuelle des dépenses est mis en place afin d'agir sur l'évolution de l'Ondam, notamment lorsqu'un risque de dépassement est identifié en cours d'exécution. A cete occasion, le Gouvernement va recourir à une instance qui s'inspire des institutions budgétaires indépendantes. Le suivi de l'Ondam va être institutionnalisé et confié à un comité d'alerte dont la mission est de surveiller l'exécution des dépenses d'assurance maladie regroupée au sein de l'Ondam, à l'exclusion de tous les autres objectifs figurant en loi de financement de la sécurité sociale. Cette création a été présentée pendant les débats comme la réponse à une autre demande de la Cour des comptes qui regrettait que l'exécution des LFSS se déroule en dehors de tout cadre de référence.

Le mécanisme retenu repose sur deux piliers. Ce comité *ad hoc* est chargé d'identifier sur le fondement des éléments transmis par les acteurs publics (État et caisses) un risque sérieux de dépassement de l'objectif pour l'année en cours. À charge pour le comité d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie de ce risque de dépassement. La légitimité de ce comité repose sur sa composition. Les trois membres du comité d'alerte à savoir le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental disposent d'une expertise professionnelle qui doit garantir leur capacité à évaluer l'exécution de l'Ondam. Leur positionnement doit leur permettre de rendre cet avis en toute indépendance par rapport au Gouvernement et aux caisses, même si cette

indépendance n'est pas juridiquement organisée par la loi. Le comité rend deux avis par an (1er juin et 15 octobre). En cas d'alerte sur un risque de dépassement, la loi pose le principe d'une obligation de prendre des mesures de gestion infra annuelle. Le seuil au-dessus duquel le risque sérieux de dépassement est atteint est fixé par les textes. Le déclenchement de cette procédure d'alerte (signalement d'un risque de dépassement) créé l'obligation pour les caisses de proposer des mesures de redressement des comptes. L'idée forte qui sous-tend la création de cet instrument est bien la possibilité de prendre des mesures en cours d'année afin de corriger la trajectoire d'exécution de l'Ondam. Il s'agit bien d'une mesure gestionnaire qui n'avait jamais été envisagée entre la première LFSS en 1997 et la création de ce comité d'alerte.

Avec ce comité, les représentants politiques se dessaisissent volontairement et rationnellement de leurs pouvoirs de suivi. « *En effet, le maintien de la discipline sur les engagements relatifs à l'inflation, à l'équilibre budgétaire ou au service régulier et durable de la dette serait d'autant plus crédible que ces objectifs seraient inscrits dans des normes institutionnalisées ou délégués à des experts techniques agissant dans une organisation censée être imperméable aux sensibilités politiques et plus encline à assumer, au nom de la stricte efficience économique, des choix douloureux mais incontestables* » (Lemoine 2016). Ce type de solution est inspiré par l'école d'économie du *public choice* qui a promu la dépolitisation et la mise à l'écart des représentants politiques comme des solutions aux échecs des politiques économiques et monétaires poursuivies pendant les années 1970. La mise à distance de cette « fonction » du suivi de l'exécution est une façon pour l'État de souscrire un « engagement crédible » auprès acteurs du système de santé.

Le Gouvernement place également à distance les mesures à prendre en cas de dépassement de l'Ondam. Dans un parallélisme des formes avec la réforme de 1967 qui avait confié aux caisses la responsabilité de l'équilibre financier de chaque branche, c'est à l'assurance maladie de proposer des mesures lorsqu'une intervention infra-annuelle est nécessaire. Cette disposition qui n'avait jamais été mise en œuvre tant que les partenaires sociaux assuraient la gestion opérationnelle des caisses est réactivée au moment où le pilotage de l'assurance maladie est transféré vers un directeur général, nommé en conseil des ministres. Légistiquement, cette réforme de l'Ondam figure dans le titre II de la loi consacrée aux dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie. Se trouve également dans ce titre, la création de la Haute autorité de santé ou celle de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. La re-légitimation de

l'Ondam s'inscrit donc dans une recomposition plus du large du pilotage de l'assurance maladie.

Cette dépolitisation de l'Ondam est renforcée par le fait qu'aucune intervention du Parlement n'est prévue dans cette procédure. Les mesures correctrices par exemple n'appellent pas systématiquement une loi de financement rectificative comme c'est le cas pour les lois de finances. Depuis sa création, ce comité d'alerte n'aura eu à signaler la nécessité de mesures correctrices que lors de l'exécution de la LFSS pour 2007. Ce signalement interviendra juste après l'élection présidentielle plaçant le nouveau Gouvernement dans une situation complexe pris entre ses engagements de revalorisation des tarifs médicaux et l'injonction de prendre des mesures de redressement des comptes de l'assurance maladie. Le Gouvernement, sur la base des propositions de mesures de redressement des caisses nationales d'assurance maladie, annoncera le 4 juillet 2007 un plan d'économie d'un montant de l'ordre de 1,2 milliard d'euros en année pleine devant permettre de réduire le dépassement de l'objectif. Les mesures retenues étaient les suivantes : une hausse du ticket modérateur pour les assurés ne passant pas par le médecin traitant, un relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire de 1 euro, le gel partiel du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, des baisses de tarifs d'actes ciblés de radiologie et de biologie, la généralisation de la mesure « tiers payant contre génériques », des baisses de prix ciblées de dispositifs médicaux et de médicaments, ainsi que des objectifs de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude.

La prédominance de la politique de maitrise des coûts sort renforcée de cette séquence de consolidation de l'Ondam. Elle signe aussi, à partir de la LFSS, le déploiement d'une forme de gouvernement à distance dont l'action repose sur l'intervention d'experts pour suivre l'évolution de l'Ondam et le cas échéant, l'intervention des caisses d'assurance maladie pour élaborer les mesures correctives.

c) Neutralisation et dépolitisation de l'encadrement des dépenses d'honoraires médicaux

La crédibilité de l'Ondam comme instrument de budgétisation des dépenses d'assurance maladie est souvent analysée au regard des tentatives d'encadrement des dépenses d'honoraires médicaux. Avec cette démarche, le Gouvernement cherche à inscrire dans le nouveau dispositif issu du plan Juppé, une tentative d'encadrement déjà menée dans le champ conventionnel.

La première tentative d'enveloppe globale est menée dans la cadre du plan Barrot de 1979. « *Le gouvernement cherche à imposer le système de l'enveloppe globale pour encadrer l'activité des médecins. Il rencontre une forte opposition des syndicats médicaux* » (Hassenteufel 1997). Malgré cette opposition, « *la convention de 1980 prévoit des mécanismes proches de ceux qui fonctionnement encore aujourd'hui en Allemagne sous le vocable de lettres clés flottantes, avec la différence notable qu'en Allemagne tout se joue au niveau régional. La convention créé une enveloppe globale qui s'applique à l'évolution des honoraires et des prescriptions des médecins. Son taux d'évolution est fixé en relation avec la croissance du produit intérieur brut. En cas de dépassement de l'objectif, il est explicitement prévu que les tarifs des actes médicaux peuvent être réduits pour contribuer au retour de l'équilibre financier du régime général. La convention sera votée de justesses par le conseil d'administration de la Cnamts. L'enveloppe globale et les honoraires libres vont susciter le rejet du principal syndicat de médecin et une alliance de circonstance avec la CGT. Par la suite, et même si la CSMF signera la convention au printemps 1981, le changement de majorité de mai-juin 1981 va conduire le conseil de la Cnamts à ne pas appliquer le mécanisme de l'enveloppe globale. Il disparaitra de la convention suivante celle de 1985, au profit d'une déclaration d'intention sur le bon usage des soins.* »

*« La leçon de 1980 va marquer durablement les esprits et les pratiques. Les médecins vont refuser, désormais, ne serait-ce que de discuter tout mécanisme établissant un lien entre l'accroissement de l'activité économique du pays, l'évolution des dépenses d'assurance maladie et celle de leurs honoraires. Baptisé maitrise comptable, ce refus va devenir l'article premier du credo syndical des médecins qui vont défendre en son lieu et place la maitrise médicalisée au contenu aussi vague que politiquement correc*t. » (Coudreau 2004)

Au moment de la préparation du plan Juppé, l'hypothèse de création d'une enveloppe globale pour encadrer les honoraires médicaux a déjà une histoire marquée par un affrontement entre les tenants de la régulation budgétaire et les syndicats médicaux. La création d'une enveloppe globale destinée à réguler les honoraires médicaux est inspirée d'un mécanisme en vigueur en Allemagne. Après l'échec de la solution conventionnelle dont les partenaires sociaux sont considérés comme co-responsables, les concepteurs du plan Juppé vont souhaiter faire une nouvelle tentative de budgétisation des dépenses d'honoraires médicaux. Les deux tentatives menées par le gouvernement d'Alain Juppé, puis par celui de L.Jospin se solderont par un échec et

cette disposition sera abandonnée au début des années 2000, soit dans les toutes premières années de mise en œuvre des LFSS et de l'Ondam.

Cet abandon a été interprété comme une neutralisation de la LFSS comme instrument d'encadrement des dépenses. Cet abandon relève à la fois d'une dimension technique puisque le dispositif a été invalidé par le conseil constitutionnel (LFSS 1999, LFSS 2002) et par le Conseil d'État (1998) et d'une dimension politique. Après 2002, la majorité qui avait soutenu le Gouvernement Juppé a en effet considéré que son échec aux élections législatives de 1997 était en partie dû à l'opposition des médecins à cette partie du plan Juppé (Pierru 2007). Le mécanisme des « lettres-clefs flottantes », qui avait été créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, sera supprimé au 1er janvier 2003. Il sera ainsi mis fin au cœur de la maîtrise dite «comptable» des soins de ville. Depuis cette date, aucun autre Gouvernement n'a souhaité proposer un mécanisme contraignant d'encadrement des honoraires médicaux.

Les gouvernements qui se sont succédés à compter du début des années 2000 ont donc développé une politique de maitrise des dépenses de soins de ville qui ne reposait plus sur des mécanismes quasi automatiques adossés à des sanctions financières, dite maitrise comptable, au profit d'une politique dite de maitrise médicalisée. Au mécanisme de régulation budgétaire qu'était l'enveloppe globale se substitue un dispositif plus souple et dépourvu de sanctions budgétaires, la maitrise médicalisée des dépenses. Il s'agit en fait de développer une régulation non contraignante, puisqu'elle ne comporte aucun mécanisme de reversement, et placée dans le champ conventionnel. Ces mesures marquent l'affirmation dans le champ conventionnel de la problématique d'efficience et d'optimisation de la dépense mais maintiennent la préoccupation de la maitrise budgétaire. Cette évolution s'inscrit dans une extension du champ conventionnel. La loi de 2004 dispose qu'« *en partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État* » (art 1er). Cette extension du champ conventionnel est critiquée par la Cour des comptes (2007) qui considère qu'accorder : « *une place aussi essentielle des dispositions conventionnelles dans l'organisation du système de soins présente le risque de subordonner cette organisation aux objectifs d'optimisation des revenus, ainsi qu'à des positionnements d'appareils syndicaux. Le parcours de soins, dispositif essentiellement conventionnel, illustre les dangers d'une excessive association des professionnels de santé à l'organisation du système de soins :*

habillage scientifique de revalorisations tarifaires, illisibilité de ce qui devrait être une réglementation compréhensible par tous. La Cour a déjà souligné en 2003 le champ excessif des conventions signées entre l'assurance maladie et les professions de santé. Ces nouvelles extensions la conduisent à formuler la même conclusion et à proposer de recentrer les négociations conventionnelles sur leur objet initial de tarifs et de revenus. »

L'abandon de l'enveloppe globale et la conviction « *qu'aucune réforme de l'assurance maladie ne peut se faire sans eux* » (Cour des comptes 2007) ont donc conduit le Gouvernement, et la majorité issues des élections présidentielles et législatives de 2002, à conforter la place des médecins dans le champ de la régulation des dépenses et à renvoyer au champ conventionnel des mesures de régulation non contraignantes et sans enjeu politique comparable à la budgétisation des honoraires. L'avenant conventionnel relatif à la maitrise médicalisée sera signé par la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) principal défenseur de la charte de la médecine libérale et farouche opposant à l'enveloppe globale, en 2005.

Faute de pouvoir encadrer par des mécanismes quasi automatiques l'évolution des dépenses d'honoraires médicaux, les gouvernements successifs ont fait le choix d'un retour à la situation *ex ante* et d'une politique de gel du montant des tarifs de consultation, ou tout le moins un espacement des mesures de revalorisation générale. Les tarifs de consultations seront revalorisés en 2002, et en 2007 à la suite des échéances présidentielles, puis en 2011 en 2017. La fin des années 2000, puis les années 2010 verront se développer des rémunérations complémentaires dites sur objectifs de santé publique plutôt que des revalorisations du tarif de consultation. Il s'agit d'une ébauche de réforme du mode de rémunération des médecins libéraux visant à améliorer la qualité des soins et des pratiques. La rémunération des médecins est alors composée du tarif de la consultation auquel s'ajoutent diverses primes, soit liées à la patientèle (pour renforcer la place et le rôle du médecin référent puis le médecin traitant sur le modèle du *general practitioner* britannique), soit à la performance (sur le modèle du *pay for performance* britannique également). Développé sous l'appellation de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), ce complément de rémunération a été intégré à la vie conventionnelle en 2011. Il doit favoriser une meilleure qualité de prise en charge (prévention notamment). Des mécanismes de même nature peuvent être observés dans d'autres pays européens (Royaume-Uni, Italie, Suède).

Le constat d'un simple retour à la situation *ex ante* doit néanmoins être modulé. L'Ondam sert de curseur pour bâtir les programmes de maitrise médicalisé que l'assurance maladie contribue à concevoir. L'assurance maladie transmet des propositions d'objectifs de maitrise médicalisée dans la phase d'élaboration de la LFSS et, depuis la deuxième partie des années 2000, pour la mise en œuvre des mesures de revalorisation tarifaire.

De nouvelles mesures bureaucratiques viennent en effet encadrer la politique conventionnelle en matière de tarifs. En réponse à l'intervention du comité d'alerte l'année précédente, la LFSS pour 2008 a introduit un mécanisme automatique relatif à l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles. Depuis, les mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire ne peuvent entrer en vigueur qu'en l'absence de dépassement de l'Ondam annuel. Comme avec le comité d'alerte, les représentants politiques, ici le ministre en charge de la santé se dessaisit volontairement et rationnellement de sa compétence d'approbation des conventions. Ce dispositif a pour but d'éviter au Gouvernement de se retrouver, comme en juin 2007 ((passage du tarif de consultation de 21 à 22 euros) négociée par les partenaires conventionnels à l'automne 2006 et validé par les Pouvoirs publics pendant la campagne électorale précédant l'élections présidentielle, dans une situation où il doit à la fois valider une mesure de revalorisation tarifaire et mettre en place des mesures d'économies pour assurer la bonne exécution de l'Ondam.

Cette revalorisation tarifaire a été critiquée pour deux raisons. Tout d'abord, elle est venue aggraver les comptes de l'assurance maladie à un moment où le Gouvernement demandait des efforts supplémentaires à l'ensemble des acteurs du système. Ensuite, elle est intervenue dans une période où les résultats de la maîtrise médicalisée conventionnelle n'étaient pas conformes aux engagements souscrits. Or, ainsi que la ministre chargée de la santé l'a rappelé lors de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 4 juillet 2007, il convient d'établir un lien plus étroit entre le respect des objectifs conventionnels et la revalorisation des tarifs de consultations accordée aux professionnels de santé, car ces engagements justifient les revalorisations accordées.

En réaction à cette situation, la LFSS pour 2008 a donc proposé d'encadrer les effets des conventions en matière de fixation des tarifs. Toute mesure conventionnelle, ayant pour effet une revalorisation des tarifs et honoraires, rémunérations et frais

accessoires, entre en vigueur au plus tôt dans un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention. Cette disposition concerne les conventions signées par les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires d'analyses biomédicales et les transporteurs sanitaires.

Il est également prévu qu'en cas de déclenchement de la procédure d'alerte, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs au cours de l'année est suspendue. À défaut d'un amendement fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur compatible avec les mesures de redressement envisagées par les caisses d'assurance maladie, ces revalorisations ne pourront être mises en œuvre que le 1er janvier de l'année suivante.

Cette évolution introduit pour la première fois un dispositif de non inscription d'une dépense pour la mise en œuvre des négociations conventionnelles. Elle renforce le rôle de l'État sans engager la responsabilité du Gouvernement puisque la suspension de l'entrée en vigueur de la revalorisation est dépendante de la décision des experts constituant le comité d'alerte. Elle ouvre la voie à une démarche d'alignement stratégique de l'assurance maladie et de l'État en matière conventionnelle dont l'objet est, pour le Gouvernement, de s'assurer que les négociations conventionnelles sont compatibles avec le montant de l'Ondam et les projections pluriannuelles de la LFSS.

2. L'introduction de mécanismes budgétaires classiques après la crise

La création des LFSS a contribué à l'instrumentation et à l'institutionnalisation de la politique d'encadrement des dépenses d'assurance maladie. Cette orientation politique (contrainte budgétaire et régulation de l'offre) a précédé la création de l'instrument LFSS. A l'issue de la crise de 2008, l'existence de cet instrument va imposer aux élus et aux décideurs administratifs d'agir pour maintenir la crédibilité de leur action.

Cette étape procédurale (2004-2008) se caractérise par des mesures techniques relatives à la construction et à l'exécution de l'Ondam (consultation plus large lors de la construction de l'objectif, suivi infra-annuel) et par la volonté du Gouvernement de piloter l'exécution de l'Ondam à distance en s'appuyant sur des acteurs autonomes par rapport au Gouvernement (partenaires conventionnels dans les soins de ville et les produits de santé, agences régionales d'hospitalisation).

Ces mesures ne s'avèrent pas suffisantes pour assurer le respect de l'Ondam et le rétablissement des comptes de l'assurance maladie. La dynamique de renforcement de

l'efficacité de l'Ondam va connaître une nouvelle étape après la crise de 2008. La centralité de la maitrise des dépenses d'assurance maladie n'est pas remise en cause par la crise. Au contraire, l'objectif de maitrise de la dépense est maintenu et la recherche d'une budgétisation de l'Ondam est renforcée par le biais d'une amplification des réformes incrémentales menées depuis le début des années 2000 afin d'assurer l'efficacité de cet instrument.

a) La budgétisation par le recours à des instruments budgétaires classiques

À l'issue de la crise financière de 2007-2008 qui se traduit par une aggravation des résultats comptables de l'assurance maladie du fait de moindres recettes liées aux tensions sur le marché du travail, le Gouvernement décide de confier à R.Briet, ancien directeur de la sécurité sociale, magistrat à la Cour des comptes, une mission visant à renforcer l'Ondam comme instrument de régulation des dépenses d'assurance maladie. S'il est possible d'identifier une grande continuité de la politique menée depuis le plan Juppé visant à doter les autorités publiques d'un instrument efficace de régulation des dépenses, cette seconde séquence constitue une transformation silencieuse du dispositif et marque la victoire des tenants d'une budgétisation renforcée. Il ne s'agit plus de restaurer des mécanismes d'encadrement de la dépense fondés sur des mécanismes conventionnels mais bien de recourir à des techniques budgétaires classiques.

Le rapport Briet (2010) a proposé plusieurs pistes visant à renforcer le pilotage des dépenses d'assurance maladie. La lettre de mission signée par le Premier ministre François Fillon avait fixé un double objectif à cette mission : réfléchir à de nouveaux outils permettant d'être informer le plus rapidement possible sur les risques de dépassement de l'Ondam, proposer des mécanismes capables de corriger l'évolution de la dépense en cours d'année de façon efficace. Cette mission s'inscrit dans le prolongement des réflexions initiées depuis le début des années 2000.

Toutefois, le rapport Briet va formuler une proposition qui peut s'apparenter à un changement de petite échelle et qui va s'avérer être un élément déterminant dans les modalités d'exécution de l'Ondam. La proposition de ce rapport qui se détache des solutions jusqu'à présent retenues (construction de l'Ondam, alerte en cas de risque de dépassement en cours d'année) est de trouver les moyens de renforcer les mécanismes de maitrise de la dépense. Pour atteindre, cet objectif, le rapport propose de recourir à une technique budgétaire assez classique le gel « prudentiel », ou une mise en réserve, de crédits en début année. Ces crédits ne seraient débloqués en fin d'exercice budgétaire que si aucun dépassement n'était constaté. Un tel mécanisme est prévu par

la LOLF dans le domaine des lois de finances pour assurer l'exécution et le respect du plafond global du budget général voté par le Parlement. Il s'agit en apparence d'un changement de petite échelle puisque l'idée est de geler à titre prudentiel des fractions de dotations et de se trouver en situation de débloquer tout ou partie des crédits en fin d'exercice budgétaire. Le gel est donc aussi une incitation à un comportement vertueux des acteurs. Cette solution pèse sur les prestataires de soins et pas sur les prestations servies aux assurés. Compte tenu des différences techniques entre loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale, la transposition du dispositif ne peut pas se faire sur la totalité des dépenses du champ de l'Ondam. Selon les travaux du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie (Briet 2010), le champ de réserve prudentielle possible ne recoupe qu'un peu plus de 10% des crédits de l'Ondam, en fait le champ des dotations, à l'exception des dépenses qui relèvent de la prise en charge de prestations (en ville ou en établissements). Ce changement constitue une rupture du point de vue technique puisqu'il consiste à recourir à des techniques budgétaires étrangères à la LFSS et éloignées de la réflexion sur les enveloppes globales pour maitriser la dépense, qui étaient conçues comme des instruments ex post fondés sur le reversement des crédits en fin d'exercice. L'application de ce mécanisme et la mise en réserve de crédits portera donc quasiment exclusivement sur des dépenses hospitalières qu'il s'agisse d'investissement ou de missions d'intérêt général. Le recours à ces techniques budgétaires permettra le respect de l'Ondam lors de l'exécution de chaque loi de financement de 2010 à 2019.

b) Un instrument efficace quand la volonté politique est au rendez-vous

Tout au long de la deuxième partie des années 2000, les pouvoirs publics vont donc rechercher les moyens de renforcer l'efficacité de l'Ondam en s'appuyant le modèle des lois de finances, renforcement des modalités de construction de l'Ondam, recours à un comité d'expert pour suivre l'exécution, déploiement d'instruments de maitrise de la dépense, suivi infra annuel et recours à des mises en réserve. Ce choix qui affirme le maintien d'un politique de maitrise des dépenses d'assurance maladie et par là même de maitrise des dépenses de santé sera suivi par les gouvernements successifs entre 2011 et 2019.

Selon les données de la Cour des comptes (2020), à partir de 2010, les autorités politiques font le choix d'assurer un respect strict de l'objectif voté par le Parlement. Le taux de progression de l'Ondam est ainsi ramené en moyenne à une progression annuelle de 2,3% sur la période 2010-2019 contre 4,3% entre 1997 et 2009. Cette évolution globale donne une moyenne décennale et masque une seconde évolution sur

la période 2010-2019 durant laquelle le taux de progression de l'Ondam a été ramené de 3% en 2010 à 1,8% en 2016.

Malgré cette approche globale des mécanismes de construction et de mise en œuvre de l'Ondam, les pouvoirs publics ne vont pas abandonner l'usage d'instruments susceptibles d'assurer la régulation sectorielle des acteurs de la santé. Cette démarche repose sur la recherche d'une budgétisation des dépenses consacrées à chaque secteur, budgétisation exprimée par une enveloppe globale dont le respect serait garanti par des mécanismes de reversement qui s'actionnement en cas de dépassement. Les mesures adoptées en 2004 et 2010 constituent donc des évolutions dont le cumul dans le temps va renforcer l'Ondam. Ce renforcement est particulièrement perceptible au cours de la décennie 2010 durant laquelle ces instruments seront mis au service d'une volonté politique plus forte de « tenir l'Ondam ».

L'analyse des modalités ayant conduit au respect de l'Ondam sur cette période montre toutefois que l'effort n'a pas été réparti de la même façon selon les secteurs et que la régulation a pu s'exercer avec une intensité variable suivant les secteurs.

Les mesures de budgétisation du rapport Briet s'inscrivent dans une démarche de renforcement du rôle du ministère des comptes publics dans le suivi des politiques de contrainte budgétaire appliquées au champ de l'assurance maladie (Hassenteufel 2012) et confirme la transformation de la direction de la sécurité sociale en direction de la maitrise des dépenses (Pierru 2011). La création des LFSS a favorisé la création d'une communauté d'opérateurs (Pierru 2021) : cabinets des ministres en charge de la sécurité sociale et des comptes publics, directions d'administration centrale, principalement la direction de la sécurité sociale et la direction du budget, chambre spécialisée de la Cour des comptes, Hauts conseils réunissant l'ensemble des parties prenantes (principalement le Haut conseil pour les finances publiques et le haut conseil pour l'assurance maladie), commissions des affaires sociales, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et rapporteurs généraux de chaque assemblée parlementaire et bien sûr groupes d'intérêts qui dans sa majorité a défendu la politique de maitrise des dépenses, ou une fois ces intérêts préservés, comme les syndicats de médecins après le désarmement de l'enveloppe globale relative à leur honoraire ont eu une attitude passive à l'égard de cette politique, voire ont développé de politiques d'échappement (dépassement d'honoraires).

B. POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE MAITRISE DES DÉPENSES (COST-CONTAINMENT), LES MESURES DE BUDGÉTISATION SONT ÉTENDUES À D'AUTRES SECTEURS (PRODUITS DE SANTÉ ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ) QUE LES HONORAIRES MÉDICAUX

Les objectifs de dépenses annuels et les choix d'allocation des ressources exprimés dans les LFSS sont un révélateur des orientations politiques retenues. Ces choix sont marqués par des logiques d'héritage. L'instauration de la LFSS est le fruit des réformes précédentes, de leur éventuel échec comme de leurs avancées. Elle tient également compte des grandes lignes d'organisation de l'offre de soins, des relations entre la sécurité sociale et les professionnels de santé libéraux, entre l'État et les établissements de santé.

Ils permettent également de percevoir l'expression de conflits politiques ou sociaux, le rôle des acteurs. Compte tenu de l'histoire, des enjeux budgétaires et politiques, mais également des priorités affichées par les pouvoirs publics, les analyses ont privilégié l'examen des relations entre les médecins et l'État (Hassenteufel 1997) et plus particulièrement les tentatives de mise sous enveloppe globale des honoraires médicaux. Cette tentative de création d'une enveloppe globale s'est soldée par des échecs répétés (Coudreau 2004, Pierru 2011), tant dans le champ conventionnel antérieurement au plan Juppé, que depuis la création des LFSS et a été abandonné, dans cette forme, dès le début des années 2000.

Cette focalisation des analyses sur l'échec de la mise sous enveloppe globale des dépenses de médecine libérale si elle se justifie au regard des tentatives répétées des autorités sanitaires en la matière, et de la dimension symbolique et budgétaire de ces dépenses, créé un biais quant à l'appréciation portée sur l'efficacité des LFSS en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Elle ne permet pas de saisir un mouvement de régulation des dépenses en action dans d'autres secteurs et dont la contribution à la maitrise des dépenses va aller croissant. Cette situation valide l'idée que la division de l'Ondam en sous-objectifs permet de faire varier l'intensité de la régulation suivant les secteurs ou les sous-secteurs du système de santé, en fonction de leur capacité de résistance (mobilisation de point de veto) à cette évolution et des réactions de l'opinion publique. S'il y a bien un échec de la budgétisation des honoraires médicaux cela ne signifie pas autant que d'autres enveloppes sectorielles n'ont pas fait l'objet d'une régulation contraignante à compter du milieu des années 2000. Par ailleurs, dans le cas des médicaments comme de l'hôpital nous montrerons

que la préoccupation de budgétisation des dépenses a, dans la période récente (tout au long de la décennie 2010), pris le pas sur les objectifs de reconfiguration de ces politiques sectorielles.

L'analyse des instruments de régulation déployés dans le secteur des médicaments (Trepreau 2016) et des établissements de santé permet de dire que si la mise sous enveloppe globale des honoraires médicaux a échoué, des réussites ont été enregistrées dans d'autres pans du secteur de la santé. Ces secteurs permettent d'offrir un contrepoint à l'échec de la régulation des honoraires médicaux alors que les instruments utilisés reposent sur des mécanismes proches : contractualisation et régulation tarifaire notamment. Ils illustrent également le renforcement de la prédominance des questions relatives à la maitrise des dépenses et le recours à des mécanismes budgétaires orthodoxes comme la mise en réserve de crédits budgétaires ou la baisse des tarifs.

Leur mise en œuvre et les évolutions de mécanismes de régulation des dépenses de ces secteurs illustrent par ailleurs la prédominance des objectifs de maitrise de dépenses portés par les LFSS et l'Ondam sur des objectifs de reconfiguration du système de santé.

1. La construction d'un instrument de régulation des dépenses de médicaments : une mesure budgétaire sans objectif de reconfiguration du système de santé

Les questions relatives à la régulation de l'accès aux médicaments constituent un enjeu majeur de politique publique et concernent l'ensemble de la population. Les pouvoirs publics se sont saisis de la dimension budgétaire du sujet dès la création de la sécurité sociale en 1945 (Chauveau 1999). Les années 1990 marquent une transformation dans cette politique pour deux raisons. D'une part, avec la création de structures dédiées qui segmentent les différentes dimensions de la politique du médicament comme l'agence du médicament pour les questions de sécurité ou le comité économique des produits de santé pour la fixation des prix, et mettent fin au pouvoir unilatéral de l'administration centrale. D'autre part, ces années se caractérisent également par l'application de la politique de contrainte budgétaire aux produits de santé, une politique axée sur la question de l'offre à travers la fixation d'une enveloppe budgétaire.

Cette politique se traduit par la mise au second plan, même si des mesures ponctuelles ont pu être prises (franchise sur les boites de médicaments, création d'un taux de remboursement à 15%, déremboursement ponctuel sur des critères médico-techniques) des actions sur la participation des usagers au profit de mesures pesant sur la rémunération des offreurs et plus particulièrement des laboratoires pharmaceutiques.

Cette régulation de l'offre va se construire à partir d'une disposition qui n'est pas commune à l'ensemble des systèmes d'assurance maladie et qui réside dans le fait que contrairement à d'autres pays (USA, Allemagne, Royaume-Uni), en France, le prix du médicament n'est pas fixé librement par les industriels (Planel 2017). Ce mode de régulation est en fait concomitant à la création de la sécurité sociale même si les modalités de fixation du prix ont évolué tout au long de ces soixante-dix ans (Nouguez 2013 ; Nouguez, Benoit 2017 ; Le Pen 2018). La régulation par les prix est l'un des instruments de pilotage des dépenses de médicaments mais n'a pas été considérée comme suffisante à compter du plan Juppé, puis de la réforme de l'assurance maladie de 2004. D'autres dispositifs d'encadrement des dépenses de médicaments ont été jugés nécessaires pour limiter l'impact budgétaire sur les comptes de l'assurance maladie. Deux démarches peuvent être distinguées pour caractériser les évolutions de cette régulation.

La première est celle fondée sur les comportements et dont on peut considérer qu'elle appartient au registre de la reconfiguration, elle met en avant des préoccupations de santé publique (action sur les prescriptions) ou de promotion des médicaments génériques et biosimilaires. Cette action sur les comportements apportera une contribution accrue aux mesures d'économies qui sous-tendent la construction de l'Ondam annuel à compter de la fin des années 1990. La seconde se caractérise par des mesures d'encadrement de la dépense, assimilables à la création d'une enveloppe globale sectorielle, assorties de mécanismes de reversement financiers. A compter de la réforme de 2004, cette démarche prendra la forme d'une mesure de budgétisation du secteur. Ces tentatives de contrôle des dépenses pharmaceutiques peuvent être observées, sous des formes propres à chaque système, dans de nombreux pays européens (Simonet 2008).

Cette démarche de mise sous enveloppe globale des dépenses de médicaments est la caractéristique principale de la politique menée du plan Juppé jusqu'à la fin des années 2010. Cette enveloppe globale doit être comprise comme un instrument qui définit à la fois la propension à payer de pouvoirs publics pour le secteur concerné et des

mécanismes de reversement qui permettent de limiter un dépassement. En aucun cas il ne s'agit de crédits limitatifs comme cela existe en loi de finances. C'est une tentative de budgétisation qui fonctionne selon une logique proche de l'enveloppe globale imaginée pour les honoraires médicaux. Elle repose sur un accord entre les parties concernées, le syndicat représentatif du secteur pour les industriels, le CEPS pour l'État. Il s'agit d'un mécanisme de régulation *ex post* dont le déclenchement intervient en fin d'exercice budgétaire. En cas de dépassement, le secteur concerné doit reverser tout ou partie des dépassements à l'assurance maladie. Le dispositif ne pèse donc pas sur les assurés qui accèdent aux soins et bénéficient d'une prise en charge des dépenses de médicaments par l'assurance maladie mais sur les prestataires de soins (ici les laboratoires pharmaceutiques).

Les procédures de définition et de mise en œuvre des différentes enveloppes globales peuvent varier suivant les secteurs (produits de santé, honoraires médicaux) mais les principes appliqués sont similaires. Le terme de budgétisation vient signifier la volonté des pouvoirs publics de maitriser la dépense selon un niveau établi en amont (lors de la préparation de la LFSS de l'année n) et dont un éventuel dépassement déclenchera un reversement d'une partie du trop perçu par les acteurs médicaux ou industriels.

Dans le secteur des médicaments, cette tentative de budgétisation peut être décomposée en plusieurs phases : une phase bureaucratique avec l'instauration d'un mécanisme spécifique de régulation destiné à renforcer la politique de maitrise des dépenses initiée à travers l'Ondam ; un renforcement de la contrainte budgétaire pesant sur les dépenses de médicaments à compter du mieux des années 2000 puis, dans les années 2010, le développement d'instruments complémentaires destinées à contrôler le coût de l'innovation tandis que la période récente (depuis 2018) semble aller dans le sens d'un desserrement de la politique de contrainte, sans abandon du principe de l'enveloppe budgétaire.

a) Le renforcement de l'Ondam avec la création d'un mécanisme de régulation spécifique aux dépenses de médicaments.

L'instauration d'un mécanisme spécifique de régulation des dépenses de médicaments est quasi concomitante de la création des LFSS. Cette question est appréhendée dans le cadre d'une réflexion plus large sur la régulation du sous-objectif de soins de ville qui regroupe également les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et d'indemnités journalières.

Un mécanisme de régulation *ex post* de la dépense de médicament dénommé « clause de sauvegarde » va être mis en œuvre par la LFSS 1999, soit dans la 3ème LFSS et alors que le débat sur la budgétisation des honoraires médicaux est encore ouvert. Cette création s'inscrit dans une double réflexion, doter l'Ondam de mécanismes de régulation quasi automatiques, et compléter la régulation conventionnelle déployée lors de la création du comité économique des produits de santé (CEPS).

La mise en œuvre, par la LFSS pour 1999, d'un mécanisme de régulation spécifique pour les dépenses de médicament se caractérisée donc à la fois dans une tentative plus globale de construction d'un mécanisme automatique de maitrise des dépenses et de déploiement d'une régulation spécifique aux produits de santé. Elle s'inscrit dans un système de régulation plus large des dépenses de médicaments qui inclut des techniques classiques de maitrise de la dépense comme des objectifs annuels de baisse de prix, de maitrise médicalisée ou encore de promotion des médicaments génériques (Nouguez 2016).

Comme l'indique l'exposé des motifs de la LFSS pour 1999, la clause de sauvegarde (dénommée taux K) est un mécanisme ayant « *pour but de rendre les dépenses de médicaments compatibles avec l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie. Elle est bâtie sur la maitrise de l'évolution du chiffre d'affaires de l'industrie du médicament. Lorsque l'évolution du chiffre d'affaires de l'industrie du médicament est supérieure au taux de progression de l'Ondam, les laboratoires sont soumis à une contribution* ». Ce taux d'évolution de l'Ondam est celui fixé par la LFSS de l'année et non le taux constaté (exécuté) en fin d'année.

Comme les autres de mécanismes de régulation de l'Ondam, la clause de sauvegarde a connu des évolutions tout au long de ces vingt-cinq dernières années. Techniquement, il est possible d'identifier quatre périodes (taux K, taux L, taux Lv et Lh puis montant M) qui correspondent à autant d'ajustements techniques relatifs aux éléments constitutifs de la clause de sauvegarde.

Ces réformes ont essentiellement visé à préciser l'assiette des produits concernés par la clause de sauvegarde et à l'étendre. L'objectif principal de ces ajustements paramétriques est de prendre en compte les évolutions du marché du médicament (développement des génériques, arrivée de nouveaux traitements de l'hépatite C et en oncologie) pour préserver l'efficacité de la clause de sauvegarde.

Ces évolutions ne remettent pas en cause la spécificité de la clause de sauvegarde, spécificité qui la distingue de tous les autres mécanismes de régulation budgétaires,

encore valides, associés à l'Ondam. *In fine*, il s'agit d'un mécanisme subsidiaire de régulation de la dépense. En effet, les industriels et le CEPS sont incités à trouver une solution conventionnelle. Cette solution conventionnelle permet aux laboratoires/contribuables de s'exonérer du versement de la contribution par le versement de remises conventionnelles (un abattement sur la somme due est alors consenti aux industriels dans l'hypothèse d'un accord conventionnel). Cette solution est conforme aux modalités de régulation du secteur qui comportent une forte dimension négociée (Benoit 2018). Mis en regard avec le dispositif de régulation imaginé pour la régulation des honoraires médicaux, ce mécanisme respecte une logique similaire d'encadrement de la dépense, de reversement solidaire, au prorata du chiffre d'affaires des laboratoires, en cas dépassement de l'objectif et de recherche d'une solution conventionnelle avec les acteurs du secteur, ici les laboratoires pharmaceutiques et le CEPS.

Même bâtie sur des dispositions conventionnelles, la clause de sauvegarde demeure un mécanisme de régulation des dépenses et de respect de l'Ondam. Comme l'Ondam, elle sera renforcée par des mesures incrémentales et cumulatives à compter de 2004. Contrairement au mécanisme de régulation des honoraires médicaux, aucun acteur ne réussira à mobiliser des points de veto du système pour neutraliser son effet.

b) La budgétisation des dépenses de médicaments.

Des évolutions incrémentales du dispositif peuvent être constatées entre 2004 et le milieu des années 2010. Ces évolutions, destinées à renforcer l'instrument de régulation spécifique mise en place depuis 1999, correspondent aux étapes de renforcement de l'Ondam comme instrument de régulation des dépenses d'assurance maladie puis à l'affirmation d'un resserrement du verrou budgétaire tout au long des années 2010. Elles traduisent un renforcement de la politique de contrainte budgétaire exercée sur le secteur. La régulation des dépenses de médicaments devient le principal axe de régulation du sous-objectif de dépenses soins de ville avec l'abandon des mécanismes de régulation des honoraires médicaux et leur remplacement par des mesures de maitrise médicalisée. Ce choix d'accentuer la régulation des dépenses de médicaments à compter de 2004, puis de l'accentuer à partir de 2011 ne fait pas l'objet d'autre opposition que celle du syndicat représentatif du secteur.

Ce renforcement de la régulation des dépenses de médicaments débute de façon souterraine. En 2004, le plan triennal d'économies pesant sur le secteur du médicament ne constitue qu'un élément secondaire de la présentation de la réforme de l'assurance maladie. Ce plan triennal constitue pourtant une modification de trajectoire

de la politique menée dans le secteur. Alors que jusqu'au milieu des années 2000, les dépenses de médicaments ont cru à un rythme très supérieur à celui fixé par les LFSS contribuant ainsi au dépassement de l'Ondam, le secteur va faire l'objet de demandes d'économies croissantes jusqu'à la fin des années 2010. Outre la volonté politique exprimée par les demandes de baisse de prix intégrées à la construction de l'Ondam, le secteur du médicament va se voir attribuer un taux de progression de la dépense inférieur au taux de progression de l'Ondam. À partir de 2004, date qui peut être considérée comme celle du déploiement d'une politique systématique de maitrise des dépenses de médicaments, la LFSS ne va plus prévoir le déclenchement de la clause de sauvegarde à partir d'une valeur égale à l'Ondam, ainsi que le prévoyait les dispositions législatives régissant le taux K mais à partir d'une valeur inférieure. Cette décision exprime la volonté des pouvoirs publics de renforcer la politique de contrainte appliquée au secteur puisque la dépense de médicament devra évoluer moins vite que l'ensemble des dépenses d'assurance maladie. La décision est prise dans la cadre de la construction du plan d'économies qui accompagne la réforme de l'assurance maladie portée par la loi de 2004. Le déclenchement de ce mécanisme de reversement sera donc calé à partir de 2005 à un taux inférieur à celui de l'Ondam ainsi que le prévoient les dispositions de la loi du 13 aout 2004 relative à l'assurance maladie en fixant le taux K à 1% pour 2005, 2006 et 2007, soit une valeur inférieure au taux de progression de l'Ondam voté pour le même période (4% ; 3,2% ; 2,6 %). Cette décision s'inscrit dans une double démarche. Renforcer l'Ondam, d'une part, et la loi de 2004 comporte d'autres dispositions comme par exemple la création du comité d'alerte ; développer une politique spécifique de maitrise des dépenses de médicaments, d'autre part. Avec cette décision, les pouvoirs modifient unilatéralement le fonctionnement d'un dispositif qui était aussi fondé sur un accord conventionnel. Cet accord voit sa portée limitée à l'abattement qu'offre la voie conventionnelle par rapport à une application unilatérale par l'État.

La LFSS pour 2014 parachèvera cette évolution vers une politique de contrainte budgétaire renforcée en supprimant toute articulation automatique entre le taux de progression du chiffre d'affaires des laboratoires et celui de l'Ondam. Par ailleurs, en 2015 pour la première fois le taux de progression de l'année est exprimé par une valeur négative (-1%), tandis que le taux de progression de l'Ondam a été fixé à +2%.

c) Le contrôle du coût de l'innovation

La clause de sauvegarde a fait l'objet d'évolutions régulières depuis sa création afin de renforcer, simplifier et clarifier son fonctionnement. Les dispositions figurant dans

les LFSS pour 2015 et pour 2019 constituent sans conteste les ajustements les plus importants apportés à ce mécanisme depuis sa création. L'objet poursuivi n'est plus seulement de réguler les dépenses de médicaments mais de développer un mécanisme complémentaire permettant de contrôle du coût de l'innovation à la suite de l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements destinées aux malades de l'hépatite C. Cette évolution correspond à un resserrement supplémentaire du verrou budgétaire.

La pression politique et les risques de dérapages budgétaires provoqués par l'arrivée des nouveaux traitements destinés à l'hépatite C a conduit les pouvoirs publics à développer ce mécanisme spécifique de régulation de ces dépenses. Ces mesures complémentaires de régulation seront prises à l'occasion de la LFSS pour 2015. La clause de sauvegarde sera complétée par l'instauration d'un mécanisme spécifique de régulation des dépenses liées à la prise en charge des nouveaux traitements de l'hépatite C, dénommé W dans la loi. Cette mesure « sectorielle » (pour une aire thérapeutique identifiée) illustre la politique volontariste des autorités sanitaires et leur volonté de s'adapter à des évènements exceptionnels. Techniquement, le mécanisme mis en place à cette occasion fonctionne, à l'échelle des produits concernés, selon des principes similaires à ceux de la clause de sauvegarde permanente. Il prévoit le versement d'une contribution en cas de dépassement d'un certain niveau de dépense. Sa mise en œuvre est articulée à un éventuel déclenchement de la clause de sauvegarde permanente. Ce mécanisme n'a été actif que de manière temporaire entre 2014 et 2017 avant d'être supprimé au profit d'une politique classique de baisse de prix de ces produits favorisée par l'arrivé de produits concurrents.

Si l'objectif principal est bien de réguler la dépense de médicament, ici il ne s'agit plus d'une négociation qui porte sur l'ensemble du marché mais de viser une seule catégorie de produits. Par ailleurs, ce mécanisme est adopté alors que les négociations tarifaires ne sont pas achevées, il s'agit donc également d'exercer une pression extérieure sur la négociation en indiquant le montant de l'enveloppe que l'État est prêt à consacrer à ces produits (soit le montant égal au seuil au-delà duquel se déclenche le mécanisme de régulation). Ce mécanisme est une déclinaison de la politique de contrainte pesant sur le secteur du médicament.

De nouvelles réformes auront lieu en 2016 pour scinder le taux entre l'évolution des dépenses de médicaments de ville (Lh) et de médicaments hospitaliers (Lv). Cette distinction devait permettre de moduler la régulation en fonction des secteurs et de tenir compte d'un côté d'un portefeuille de produits établis plus important (en ville) alors que les produits innovants et notamment les nouveaux traitements d'oncologie

étaient pris en charge par le biais de la liste en sus à l'hôpital (Lh). En conséquence un taux de progression de la dépense plus important était accordé à l'enveloppe Lh.

Ces déclinaisons du mécanismes d'encadrement initial illustrent la volonté des pouvoirs publics d'inscrire leur action dans le champ de la maitrise de la dépense, sans développer de dispositifs permettant des financements spécifiques pour les innovations sur le modèle du *Cancer Drug Fund* britannique créé pour déroger aux règles de prise en charge de droit commun découlant des évaluations *du National Institute for Health and Care Excellence* (NICE).

Cette politique de contrainte a été possible en raison de la position de l'opinion publique dans le débat sur le coût des médicaments. Cette dernière ne soutenait pas les laboratoires pharmaceutiques qui vont même faire l'objet de campagnes publiques protestant contre le prix trop élevé des médicaments à l'instar de celle menée par « Médecins du monde » en 2014 (12 affiches pour une campagne intitulée le prix du la vie, campagne qui interpellait les laboratoires pharmaceutiques sur leurs stratégies tarifaires).

d) La politisation des dépenses de médicaments

L'évolution du mécanisme de régulation de 2004 à 2019, épouse les réflexions sur la nécessité de mieux maitriser les dépenses de l'Ondam dont l'exécution, à la fin des années 1990 et au début des années 2000 fait l'objet de dépassements quasi systématiques. Il tient aussi compte désormais de l'arrivée d'innovations médicamenteuses en prévoyant un taux de croissance plancher de + 0,5% en 2019 et de 3% pour les produits innovants (LFSS 2019).

Cette clause de sauvegarde a été actionnée chaque année entre 1999 et 2005, en 2007 et 2009, puis elle s'est déclenchée tous les ans à compter de 2015. La clause W qui pesait sur les seuls produits destinés au traitement de l'hépatite C a été actionnée lors des deux premières années d'existence. Selon le CEPS (2021), en 2020, 185 entreprises commercialisant des médicaments remboursables ont conclu et signé une convention pluriannuelle avec le CEPS. 172 d'entre elles ont signé avec le CEPS une convention exonératoire de la contribution au titre de la clause de sauvegarde 2019. Elle ne fait l'objet d'aucune contestation juridique, ni politique demandant sa neutralisation mais de négociations techniques visant à desserrer le verrou budgétaire pesant sur l'industrie pharmaceutique.

La question de la maitrise des dépenses de médicaments est devenue prioritaire et s'est imposée comme le prisme par lequel est traitée la question de l'accès à

l'innovation. L'objectif poursuivi est bien de maitriser la dépense, voire de faire peser sur le secteur une contrainte forte de nature à compenser une moindre régulation, volontaire ou provoquée par l'échec des instruments de régulation, d'autres secteurs. Il s'agit bien là de subordonner l'objectif de reconfiguration à celui de maitrise de la dépense.

La maitrise des dépenses de médicaments permet de compenser une éventuelle défaillance de la régulation des autres composantes de l'objectif « soins de ville », notamment les objectifs de maitrise médicalisée fixées aux professionnels de santé libéraux. Jusqu'à une période récente, cette régulation bénéficiait d'un soutien fort des associations de patients, voire de l'opinion publique. Contrairement au secteur médical, aucun acteur ne disposait d'un pouvoir de veto. Les gouvernements successifs ont ainsi pu exercer une politique de contrainte forte sur le secteur des dépenses de médicaments sans susciter de réaction de l'opinion publique ou des professionnels de santé. Le renforcement de cette politique s'est appuyé sur des éléments conjoncturels : plan d'économies triennal en appui de la réforme de 2004, scandale du Mediator© en 2011, émoi de l'opinion publique vis-à-vis du prix des nouveaux traitements destinés à l'hépatite C en 2014.

En termes de santé publique, seul l'objectif d'une réduction de la consommation des médicaments est mis en avant. Plusieurs indices vont dans le sens d'une sur-consommation notamment celui du nombre de boites consommés annuellement par chaque assuré et le fait que les médecins français prescriraient plus que leurs homologues européens. En France, 90% des consultations de généralistes se concluent par la prescription d'une ordonnance de médicaments (Sermet, Pichetti 2021). Ce résultat contraste avec ce qui est observé chez nos voisins européens : en Allemagne, par exemple, la proportion de consultations avec ordonnance est de 72,3% et de 43,2% seulement aux Pays-Bas. Cette fréquente délivrance d'ordonnance s'accompagne de la prise d'un nombre plus élevé de médicaments : 1,9 en moyenne en 6 jours contre 1,3 aux Pays-Bas. Enfin une iatrogénie médicamenteuse importante (plus de 100 000 hospitalisations par an et plus de 10 000 décès) est constatée, notamment chez les personnes âgées.

Ce n'est pourtant qu'au début des années 2010 que la question des dépenses de médicaments s'impose dans le débat public, notamment, à l'occasion de l'arrivée de nouveaux produits destinés au traitement de l'hépatite C ou de l'oncologie. En réponse à la demande d'action sur les prix des produits innovants, les pouvoirs publics vont

accroitre la régulation budgétaire du secteur sans toutefois aller jusqu'à identifier cette action dans un sous-objectif spécifique de l'Ondam.

Ce durcissement de la régulation a été rendu possible du fait de l'image négative renvoyé par le secteur durant cette période. L'affaire Mediator a permis de réviser plusieurs aspects de la politique du médicament dès le début des années 2010, des questions de sécurité à la problématique des dépenses. Puis la mise sur le marché de médicaments considérés comme onéreux pour le traitement de l'hépatite C puis du cancer.

Ces revendications tarifaires ont provoqué une mobilisation importante des associations de patients (TRT 5, Aides, AFH, Ligue contre le cancer) ou d'organisations non gouvernementales (Médecins du Monde) contre le prix jugé trop élevé de certains médicaments (Planel 2017) qui ont favorisé la poursuite de cette politique de régulation de la dépense. Cette politique de régulation de la dépense (et plus largement de fixation du prix des médicaments) n'a fait l'objet que d'une attention politique limitée tant qu'aucun blocage formel des médicaments au marché français n'a été constaté (Benoît 2020). Les associations de patients et les ONG soutenaient cette politique de fixations des tarifs, voire demandaient des actions complémentaires contre des prix jugés trop élevés, et trouvaient des relais institutionnels tels que le Conseil économique, social et environnemental (Pajares Y Sanchez, Saout.C 2017). Il s'agit d'une politique de la contrainte et non pas d'une tentative de reconfiguration des usages du médicament dans le système de santé.

Cette situation va évoluer sous l'effet de plusieurs éléments et tout d'abord l'arrivée sur le marché des produits destinés au traitement de l'hépatite C. Aux termes, d'une double évaluation, la Haute autorité de santé, chargée de l'évaluation médico-technique, des produits propose de réserver l'accès à ce nouveau traitement aux patients les plus atteints ce qui provoque immédiatement une mobilisation des patients et des organisations non gouvernementales (Izambert et ali, 2018, Izambert 2019) qui obtiendront gain de cause à l'issue de plusieurs mois de mobilisation avec la mise en place d'un accès universel. Selon les acteurs et les analystes, l'avis de la Haute autorité de santé a constitué une tentative de de restriction de l'accès aux médicaments (Benoit 2020) longtemps jugé inenvisageable, voire impossible dans le système français. Des craintes sur l'accès à d'autres produits, notamment d'oncologie ont également émergé à la fin des années 2010, lors de la mise à disposition de nouvelles thérapies (CarT cells) en raison de leur coût mais surtout de l'existence de capacités de production limitées. Ces craintes se sont coagulées avec une inquiétude née de l'augmentation du nombre de

médicaments connaissant des situations de pénuries. Cette mobilisation, et les craintes exprimées quant à l'accès à l'innovation, ont trouvé des relais institutionnels qui vont amorcer une évolution vers un accès plus rapide à l'innovation (Deroche 2018) fondée sur des critères de santé publique ou à lutter contre les pénuries. Elles ont débouché sur l'élaboration d'une feuille de route visant à lutter contre les pénuries de médicaments annoncée par Agnès Buzyn, ministre de la santé et faisant l'objet d'une mesure spécifique dans la LFSS pour 2019 et une réforme de l'accès précoce aux médicaments (LFSS 2020).

Ce contexte, a conduit à une inflexion de cette politique fondée sur la seule contrainte budgétaire. Le plan « Innovation santé 2030 » issu des conclusions du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) en 2021 dessine une évolution de la politique en matière de médicaments. Ce changement de paradigme est motivé par les constats précédents sur l'accès à l'innovation et les constats faits durant la première partie de l'épidémie de COVID (1er semestre 2020-1er semestre 2021) en matière d'accès aux produits de santé et sur la nécessité de sécuriser l'approvisionnement de la France. Ces dispositions ont trouvé une première traduction juridique dans la LFSS pour 2022. Cet arbitrage politique est ainsi présenté dans la presse : « *Le gouvernement a promis aux laboratoires pharmaceutiques une progression moyenne de 2,4 % par an des dépenses de produits de santé pendant trois ans, au lieu de 1 à 1,5 %. En 2022, ce sera 1 milliard. Le temps où le médicament pesait 15 % de la dépense totale mais 50 % des économies semble révolu, au moins pour quelques années.* » (Godeluck 2022).

2. Les tâtonnements de la régulation des dépenses hospitalières entre reconfiguration et maitrise des dépenses

Les dépenses de médicaments donnent un exemple de régulation à l'intérieur d'un sous-objectif de l'Ondam, celui des soins de ville, dont l'ambition quasi unique est l'encadrement des dépenses. Le secteur hospitalier donne l'exemple d'une régulation exercée sur l'intégralité d'un sous-objectif qui mêle des préoccupations de maitrise de la dépense mais également de reconfiguration du secteur pour tenir compte de l'évolution technique et des aspirations des patients-usagers.

Cette régulation s'exerce dans un contexte particulier qui est celui de la critique de l'hospitalo-centrisme, de l'inadéquation de l'offre hospitalière, de la nécessité de renforcer l'efficience des établissements de santé notamment par une réforme des modalités de financement. Le secteur hospitalier connait une forte croissance à compter des années 1960 (3/5 des bâtiments existants en 1975 ont été construits après

1962) et vient se placer au centre du système français Des réformes importantes ont lieu au début des années 1970 (création de la carte hospitalière et du service public hospitalier) et dans les années 1980 (création du PMSI et du budget global). Dès cette période, l'administration de la santé travaille au décentrage de l'hôpital (Gay 2012). « *La période qui commence au milieu des années 1990 marque un tournant dans la politique de santé en général et dans la réforme hospitalière en particulier dans la mesure où, progressivement de nouvelles méthodes vont être mises en œuvre* » (Domin 2001). Elles sont portées par des groupes de travail comme ce rapport au Premier ministre rédigé sous la direction d'Alain Minc (1994) qui estime « *que les hôpitaux doivent être mieux gérés et l'esprit d'entreprise doit y être encouragé. Quant à la répartition des budgets, il faut cesser de pérenniser les situations acquises ou d'insuffisance de moyens* » ou dans les analyses de la Cour des comptes qui s'inquiètent encore au début des années 2000 de la croissance des dépenses hospitalières et de l'existence d'une offre hospitalière jugée « *excédentaire et inadéquate* » (2003).

a) La construction de l'Ondam hospitalier et la politique de contrainte de la dépense

Avant la création des LFSS, les dépenses hospitalières sont enserrées dans un dispositif de régulation des dépenses qui s'apparente à une budgétisation. Depuis le milieu des années 1980, les modalités de financement des établissements de santé sont fondées sur le versement d'une dotation globale qui a les attributs d'une enveloppe budgétaire fermée. Ce mécanisme de régulation des dépenses publiques a été complété au début des années 1990, par la mise en œuvre d'un mécanisme de régulation spécifique aux établissements privés : l'objectif quantifié national (OQN).

La mise en œuvre des LFSS, et la création d'un sous-objectif « établissements de santé » au sein de l'Ondam, s'appuie sur cette antériorité. Le budget global et le dispositif d'objectif quantifié national (OQN) qui s'applique aux établissements privés depuis 1991 sont intégrés au nouvel instrument de maitrise des dépenses. Ainsi contrairement aux soins de ville pour lesquels les pouvoirs publics tentent d'imposer des mécanismes de régulation (budgétisation des honoraires) abandonnés par les acteurs conventionnels, l'instauration des LFSS n'a donc qu'un effet limité sur la régulation des dépenses hospitalières qui demeure fondée sur des mécanismes connus des acteurs. Le sous-objectif sectoriel devient le point nodal du financement des établissements de santé puisque les sommes inscrites dans l'Ondam hospitalier constituent la ressource essentielle des hôpitaux, les autres recettes étant issues du ticket modérateur et du forfait journalier. C'est donc une double budgétisation qui est à l'œuvre, gestionnaire puisque le sous-objectif agrège une part prépondérante des

moyens disponibles, budgétaire puisque les autorités de régulation vont considérer qu'il s'agit d'une enveloppe fermée. Dans la logique mise en exergue par les travaux de Wildavsky (1966, 1975, 1979) qui ont souligné la dimension incrémentale du budget en insistant sur la faiblesse des variations annuelles des crédits budgétaires et des dépenses effectives, ce sous-objectif est intégralement construit par référence aux pratiques antérieures.

L'exécution des premières LFSS (1996-2002) fait apparaître une accélération des dépenses hospitalières. Cette accélération n'est pas liée à l'augmentation de l'activité hospitalière mais à celle des coûts, notamment de personnel et de médicaments. L'exécution de la LFSS retrace les effets budgétaires d'une série de décisions politiques majorant les dépenses de personnels, avec notamment la mise en place des 35 heures au début des années 2000.

La régulation des dépenses hospitalières ne va connaître une transformation majeure qu'à compter de l'année 2005. Cette année 2005 est marquée par la mise en œuvre de deux réformes financières importantes dans le secteur hospitalier : le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007 issu de la loi du 13 août 2004 et la mise en œuvre, en grandeur réelle, de la tarification à l'activité (T2A) inscrite dans la LFSS pour 2004.

L'introduction de la T2A est d'abord conçue comme un outil de reconfiguration de l'offre de soins hospitaliers. « *Lorsque Jean-François Mattei, ministre de la Santé, décide fin 2002 de lancer les travaux pour la mise en place rapide de la T2A, la réaction des acteurs était plutôt à l'étonnement, tant ils s'étaient habitués à entendre parler de ce mirage sans aucune mise en œuvre concrète. Et pourtant les critiques ne manquaient pas sur l'ancien système en vigueur dans les établissements publics : une dotation globale de fonctionnement basée sur une reconduction historique des budgets, vaguement modulée par l'activité sur la base d'un calcul technocratique celui de la valeur du point ISA. Ce système très inéquitable pouvait conduire les établissements à rationner les soins, par exemple en matière de prescription de médicaments coûteux ou de réalisation d'interventions orthopédiques. Les établissements très dynamiques se trouvaient étranglés par une dotation n'évoluant pas assez vite, et les établissements en situation de perte d'activité gardaient une dotation historique confortable, sans incitation à l'efficience. La situation était toute autre dans les cliniques privées, qui ont toujours été payées à l'activité et gagnaient régulièrement des parts de marché en chirurgie.* » (Cash 2017).

Un des effets non étudiés de l'instauration de la T2A est son influence sur les outils de régulation des dépenses. Or, la mise en œuvre de la T2A nécessite une refondation des modes de régulation des dépenses hospitalières, les enveloppes fermées qu'étaient la dotation globale et l'OQN ne sont pas compatibles avec les nouvelles modalités de financement des établissements de santé. En conséquence, la notion de « dépenses encadrées » a disparu et il a fallu déployer de nouvelles modalités de régulation des dépenses hospitalières. La mise en œuvre de la T2A a donc conduit à se réinterroger sur la régulation des dépenses hospitalières. La régulation des dépenses opérées par les sous-objectifs de l'Ondam va donc être modifiée pour tenir compte de la réforme. Quatre « enveloppes » sont prévues par le code de la sécurité sociale pour structurer les dépenses hospitalières: l'objectif de dépenses de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (ODMCO) qui regroupe les dépenses financées à l'activité des établissements publics et privés ; l'enveloppe relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, (Migac) ; les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, et de soins de longue durée du public sont regroupées dans l'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) ; et celle du privé dans l'objectif quantifié national (OQN) rénové.

L'ODMCO et la dotation Migac retracent les dépenses découlant de l'application du dispositif de la T2A, secteurs public et privé confondus ; les deux autres objectifs, ODAM et OQN, retracent les dépenses hors T2A, respectivement dans le secteur public et le secteur privé et demeurent sous l'empire de la dotation globale.

Les moyens prévus par l'Ondam hospitalier sont répartis entre chacune de ses composantes, dans le cadre de la campagne tarifaire annuelle. Cette allocation prend la forme, pour les composantes fermées (c'est-à-dire principalement les crédits au titre des Migac et ceux destinées au financement des services de soins de suite et de réadaptation et psychiatriques dans le secteur public), de dotations ajustées par rapport à l'année précédente pour tenir compte à la fois de l'augmentation des charges et des économies à réaliser. S'agissant des enveloppes ouvertes finançant les prestations tarifées à l'activité (comme l'objectif de dépenses pour la médecine, chirurgie, obstétrique, ODMCO, et l'objectif quantifié national, OQN pour les dépenses dans le champ des SSR et de la psychiatrie des établissements privés), l'allocation des ressources se fait par l'ajustement des tarifs en fonction de la prévision d'évolution de l'activité, laquelle est considérée comme une donnée qui ne peut pas être modifiée.

Nous soutenons l'hypothèse que la T2A n'avait pas pour objectif principal de réaliser des « économies » au plan global, même si elle renforce à l'évidence l'introduction du

raisonnement économique dans le monde hospitalier. L'objectif de la T2A était de contribuer à la recomposition de l'offre de soins hospitalière en développant une modalité de financement présentée comme incitative. Le recours à ce type de financement devait permettre aux établissements d'orienter leur activité, et donc leurs ressources vers les besoins de santé. Cette réforme s'inscrit dans une logique de recours à des marchés, ou des quasi-marchés, comme instruments de réforme du secteur de la santé. Cette recomposition reposait sur la recherche d'une meilleure efficience dans le fonctionnement et d'une analyse de l'activité réelle des établissements. Le Gouvernement avait néanmoins choisi d'introduire un paramètre spécifique visant à renforcer l'exigence pesant sur les établissements publics : la convergence tarifaire entre public et privé qui imposait aux premiers une exigence de productivité supérieure.

La T2a est néanmoins devenue « *l'emblème d'un hôpital transformé en entreprise* » (Juven, Pierru, Vincent 2019). Les projets de réorganisation hospitalière sont pourtant bien antérieurs aux années 2000 (Mas, Pierru, Smolski, Torielli, 2011). Dès les années 1980, des tentatives de réforme gestionnaire se mettent en place comme le déploiement du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) afin de permettre d'établir un lien plus direct entre les moyens budgétaires et l'activité des établissements, tandis que les années 1990 et 2000 sont celles de l'implantation des outils de nouveau management public (Pierru 1999) et de la mise sous indicateurs de performance de l'activité (Benamouzig, Robelet 2014).

La régulation des dépenses hospitalières va donc être soumise à une double contrainte : une contrainte budgétaire classique qui est celle de sa participation à la politique globale de maitrise des dépenses, une contrainte nouvelle qui est l'articulation de la réforme du financement des établissements de santé (T2A). Les rapports annuels de la Cour des comptes permettent de suivre les problématiques liées à la construction de l'Ondam hospitalier et son exécution. Ils permettent donc de dégager une vision de la politique de régulation des dépenses hospitalières sur la période. Jusqu'au début des années 2010, la Cour porte un regard critique sur les dépenses hospitalières. Elle considère que la construction de l'Ondam hospitalier n'est pas transparente, qu'elle repose sur des données fragiles et se traduit par une contrainte limitée sur la progression des dépenses. Dans son rapport 2013, la cour estime que « *pour les exercices 2010 à 2012, la méthode de construction de l'Ondam hospitalier a contribué à limiter sensiblement l'effort demandé aux établissements de santé pour maitriser la progression de leurs dépenses* » « '*le respect de l'enveloppe hospitalière impose*

chaque année la réalisation d'économies par rapport à l'évolution tendancielle. [Ces économies sont] d'un montant malgré tout limité par rapport au montant total des établissements de santé [...] plus généralement, les économies résultant de la réorganisation des prises en charge sont d'un montant limité ».

Si la réforme de la T2A renforce la dimension organisationnelle et gestionnaire des transformations souhaitées par les Pouvoirs publics, nous faisons l'hypothèse qu'à compter de la fin des années 2000, la priorité a été donnée à la maitrise de l'enveloppe budgétaire plutôt qu'à l'objectif de reconfiguration, tandis que « *ses modalités d'application ont complètement dénaturés les mécanismes initialement visés* » (Dormont 2019). Cette prédominance des questions d'encadrement des dépenses a conduit à accentuer les effets budgétaires de ces réformes au détriment de leur influence sur la reconfiguration de l'activité et de l'offre de soins.

b) Le desserrement de la contrainte budgétaire pesant sur l'hôpital ?

La Cour des comptes va plaider jusqu'au début des années 2010 pour un renforcement de la régulation pesant sur les établissements de santé afin d'infléchir l'évolution des dépenses hospitalière et de contribuer au respect de l'Ondam. Commentant la mise en œuvre des recommandations du rapport Briet, la Cour (2017) observe que : « l'*instauration en 2013 d'un coefficient prudentiel de régulation sur les tarifs pourrait certes être de nature à faciliter le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie correspondant au financement des établissements de santé. Mais si ce dispositif permet d'atténuer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie de la progression de l'activité de ces derniers, il reste à ce stade insuffisant pour compenser son dynamisme intrinsèque et donc assurer le respect de l'« ONDAM hospitalier » de manière durable.* »

Le regard que la Cour porte sur la régulation des dépenses hospitalières sera tout autre quand elle dressera le bilan de près d'une décennie de respect de l'Ondam (2020). Elle pointe alors l'exercice d'une régulation très rigoureuse sur les dépenses hospitalières et observe que sur la période 2010-2019, l'objectif de dépenses de soins de ville a augmenté de 24% contre 20% pour celui des dépenses hospitalières. Durant cette même période, la structure de l'Ondam s'est légèrement modifiée : la part des soins de ville est passée de 44,9% en 2020 à 45,6% en 2019 à périmètre constant, celle des établissements de santé diminuant de 41,9% à 41 ,1%. La France restant cependant l'un des pays de l'OCDE pour lequel la part de l'hospitalisation est la plus élevé. Cette évolution des dépenses correspond à un renversement de situation dans la période écoulée. Jusqu'en 2013, les dépenses de soins de ville étaient inférieures au sous-

objectif les encadrant, la situation s'est inversée à partir de 2015 et ce, jusqu'en 2018. De leur côté, les dépenses hospitalières financées par l'assurance maladie sont constamment restées en deçà de l'objectif annuel, l'écart quoique s'amenuisant, compensant le dépassement constaté sur les soins de ville. Toutefois, le respect par les établissements de santé dans leur ensemble, de l'objectif les concernant, s'est accompagné de déficits importants pour certains d'entre eux et d'une progression globale de la dette des hôpitaux.

Le Sénat (Deroche, Savary, 2019) considère que cette situation ne traduit pas une évolution des prises en charge mais une asymétrie des mécanismes de régulation. Cette asymétrie tient à la différence des modes de financement dans les secteurs des soins de ville et des établissements de santé. Le renforcement de la dimension budgétaire de l'Ondam à partir de 2010 et le recours à des mises en réserve prudentielles est un dispositif qui pèse principalement sur les établissements de santé. Par ailleurs, pendant 10 ans les tarifs hospitaliers n'ont pas progressé et ce n'est qu'en 2019 qu'ils ont marqué une progression. Ces évolutions tarifaires sont déterminantes pour les établissements de santé (Bras 2016). Une politique tarifaire rigoureuse impose aux établissements de santé soit des efforts de productivité physique (achats, personnel), soit à des efforts sur le prix des facteurs de production (modération des évolutions salariales). Tous ces leviers semblent avoir été actionnés simultanément par les établissements de santé publics, un vaste programme de rationalisation des achats a été mis en œuvre et il est possible de constater que le nombre de personnels non médicaux (soignants et administratifs) augmente moins vite que le volume de soins produits.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Taux d'évolution	0%	-0,65%	-1%	-0,9%	-0,5%	+0,2%

Évolution moyenne annuelle des tarifs hospitaliers (Sénat 2019)

La volonté exprimée par les différents gouvernements à la suite de la crise de 2008 de maitriser les dépenses sociales a débouché sur le recours à des outils plus contraignants, dotée d'une dimension budgétaire forte, signifiant que les préoccupations de maitrise des coûts ont pris le pas sur les questions de reconfiguration et les dimensions incitatives prêtées à la tarification à l'activité.

Pourtant depuis les années 2000, les autorités sanitaires avaient cherché à poursuivre simultanément une politique visant à réorganiser l'offre de soins hospitalière et à supprimer les lits (l'unité de mesure de l'offre de soins hospitalière) considéré comme excédentaires. Ces fermetures étaient présentées comme la

conséquence d'une évolution des formes de prise en charge, le développement des activités ambulatoires réduisant la durée des séjours et le nombre d'hospitalisation à temps complet. La tarification à l'activité (T2A) visait à encourager l'efficience des hôpitaux grâce à un paiement des séjours par forfaits.

Sous l'effet de ce renforcement de la politique de la contrainte, le mécanisme économique au cœur de cette réforme a cependant été dénaturé par ses modalités d'application. Alors que les tarifs devaient être fondés sur un mécanisme de concurrence par comparaison, un dispositif de point flottant a été introduit, qui a permis une rigueur budgétaire sans précédent (Dormont 2019) puisqu'il consistait à appliquer une enveloppe globale aux dépenses de médecine et de chirurgie financée par ce mécanisme.

L'évolution des dépenses hospitalières dans le courant des années 2010 a fluctué entre un rythme supérieur à celui de l'Ondam et un rythme plus modéré. Elles ont servi ces dernières années de variable d'ajustement face à la croissance plus soutenue des soins de ville et ont apporté une contribution majeure au respect de l'Ondam (Bras 2019). La volonté politique visant à réduire le poids des dépenses hospitalières au nom des causes profondes (Juven 2019) et de la transformation des prises en charge va devenir le viatique permettant d'atteindre les objectifs d'encadrement des dépenses d'assurance maladie.

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PIB	2,7	3,0	1,3	2,2	2,4	2,1	1,8	2,2	1,7	1,8
Ondam	2,6	2,7	2,3	2,2	2,4	2,1	1,8	2,2	2,3	2,5
Hôpitaux	2,5	2,6	2,6	2,8	2,7	1,7	1,6	0,8	2,2	2,8

Le respect global de l'Ondam depuis 2010 masque des évolutions différenciées entre ses deux principales composantes : les dépenses de soins de ville d'un côté, les dépenses afférentes aux établissements de santé de l'autre. Les tendances observées sur la période 2010-2018 sur ces deux sous-objectifs montrent des trajectoires inversées. Après s'être établies systématiquement en dessous de l'objectif fixé (sous-exécution) entre 2010 et 2014, avec des écarts parfois importants (1,3 milliard d'euros en 2013), les dépenses de soins de ville connaissent une sur-exécution systématique depuis 2015, malgré des efforts sur la régulation des dépenses de médicaments. Si les professions de

santé libérale ont de leur côté obtenu une neutralisation des mécanismes de régulation les concernant, les produits de santé, et plus particulièrement les médicaments ont également joué ce rôle de variable d'ajustement malgré les débats sur le prix de l'innovation. Parallèlement, les dépenses relatives aux établissements de santé, après avoir dépassé l'objectif initial en 2008 et 2009, sont en exécution systématiquement inférieures à l'objectif initial voté depuis 2010, soit du fait de dépassements plus que compensés par des annulations de crédits mis en réserve, soit en raison d'une sous-exécution.

Dans son rapport annuel de 2011 analysant l'Ondam, le Hcaam appelait à faire preuve d'une :« *grande vigilance (…) quant à l'équité de la répartition de l'effort, dans la « tenue » de l'objectif de dépenses. La tenue de l'Ondam ne doit pas conduire à faire peser des pressions déséquilibrées sur les différents secteurs, par le seul effet « mécanique » de l'efficacité plus immédiate de certains outils. C'est une condition absolue d'équité dans la démarche, qui est elle-même une condition absolue de l'adhésion de tous à son principe* ».

Il est donc possible de distinguer deux périodes depuis l'instauration des LFSS par le plan Juppé. Une première période qui va de 1996 à 2010 et au de laquelle, malgré les évolutions de l'instrument LFSS, la régulation des dépenses n'obtient pas les résultats escomptés. Cette période est dominée par le non-respect systématique des objectifs annuels et l'échec de la mise sous enveloppe globale des dépenses d'honoraires médicaux, échecs qui ne sont pas compensés par les efforts déployés, en 2004, dans le registre bureaucratico-expert afin de renforcer la construction et le suivi de l'Ondam.

Dans un second temps, la décennie 2010 se caractérise une maitrise globale de l'Ondam. Cette réussite de l'action du Gouvernement est sous-tendue par une budgétisation accrue de l'Ondam qui se caractérise par le resserrement des mécanismes de régulation de la dépense de médicament dont la partie conventionnelle est subordonnée à des indicateurs fixés en loi de financement (taux de progression de la dépense, mécanisme spécifique pour les produits destinés au traitement de l'hépatite C) ainsi que des dépenses hospitalières qui sont soumises à la fois aux contraintes du taux d'évolutions de l'Ondam (et à ses conséquences en matière tarifaire) et au déploiement des mesures de budgétisation proposées par le rapport Briet (2010).

c) Des mesures de limitation des dépenses d'intensité variable

LFSS et Ondam constituent une innovation institutionnelle majeure, ils affirment les prétentions de l'État à piloter les dépenses de l'assurance maladie. Cette innovation est

présentée comme une avancée démocratique puisqu'elle introduit le Parlement dans le processus décisionnel et lui accorde un droit de regard sur des masses financières qui sont supérieures au budget de l'État. Cette légitimité démocratique doit permettre d'asseoir l'autorité de l'Ondam et justifie la nécessité de renforcer sa crédibilité. Elle a affirmé la prédominance des questions de maitrise de la dépense et a paradoxalement contribué à dépolitiser ce choix de tous les gouvernements successifs durant la décennie 2010.

En proposant une analyse de « *dix ans d'évolutions des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour les réformes du système de soins en France* », la Cour des comptes (2018) formule trois constats qui résument la situation française. D'un point de vue global, après la crise de 2008, la France n'a pas mené d'actions visant à restreindre le panier de soins pris en charge par l'assurance maladie. Dans le champ de la rémunération des professionnels, les systèmes de médecine libérale (Allemagne, Pays-Bas) ont mené des politiques d'encadrement de la rémunération moins fortes que dans les systèmes nationaux de santé (Irlande, Espagne Portugal). Tous les pays européens ont développé « *une pression particulière sur les dépenses de médicaments et les achats hospitaliers* » (Cour des comptes 2018).

En France, le resserrement budgétaire dans les domaines du médicament et des dépenses hospitalières s'est s'appuyé sur des logiques d'action distinctes. Dans le premier cas, le resserrement de la dépense a pu bénéficier du soutien de l'opinion publique soit en raison d'une crise sanitaire (le scandale Mediator est suivi d'une augmentation massive des économies dans le secteur médicament), soit en raison d'un critique du comportement des laboratoires pharmaceutiques (hépatite C). Dans le second cas, la régulation des dépenses hospitalière s'appuie sur un discours réformateur bureaucratique visant à réduire le poids de l'hôpital dans les dépenses de santé, qui prône la nécessité d'« *équiper un État ignorant* » (Juven 2016) par le développement d'outils du gouvernement par la performance (codage du soin, développement des indicateurs, financement lié à l'activité).

In fine, le resserrement de la politique de maitrise des dépenses depuis le milieu des années 2000 n'a pas fait l'objet de débats politiques majeurs. Comme le souligne B.Palier (2003) à propos de changements d'institutions et de logique de la protection sociale : « *ces nouvelles façons de faire ont été introduites à la marge du système puis se développent progressivement jusqu'à prendre une importance significative et diffuser une nouvelle logique au sein du système* ».

Cette dépolitisation est due à plusieurs facteurs. Premièrement, la compétence accordée au Parlement n'a pas permis d'ouvrir un débat politique (Pierru 2012). Outre le fait que les règles de la Vème République encadrent les compétences du Parlement en matière budgétaire, les LFSS sont restés dans le champ des experts des finances sociales en raison de leur complexité, tandis que les partenaires sociaux ne se faisaient plus entendre sur la question des dépenses de santé.

L'examen des rapports de la commission des affaires sociales du Sénat lors de la décennie 2010 (Vasselle 2010, 2011 ; Daudigny 2012, 2013, 2014 ; Vanlerenberghe 2015 a, 2016 c, 2017, 2018, 2019) donne le ton de ces débats parlementaires en faveur d'une orthodoxie budgétaire toujours rappelée, même si les questions de reconfiguration peuvent également être prises en compte (Daudigny 2014, Vanlerenberghe 2015 b, 2016 a, b, c).

II. TRANSFORMER LES ORGANISATIONS POUR VERTICALISER LA POLITIQUE DE CONTRAINTE BUDGÉTAIRE

Les travaux sur les transformations des systèmes de santé ont cherché à mettre l'accent sur des réformes structurelles (Cf. chapitre 1). L'introduction de mécanismes de marché et la délégation de pouvoirs importants à des échelons territoriaux ont également constitué des registres d'actions déployés chez nos voisins européens. Des pays comme l'Italie, à la fin des années 1970, ou l'Espagne dans la deuxième partie des années 1980 ont engagé des processus de décentralisation (Lequet-Slama 2004 ; Catrice-Lorey, Steffen 2006). Ce processus de décentralisation a constitué l'axe majeur d'une démarche visant à rendre plus efficient le système de santé. Cette réforme visait à mieux maitriser les dépenses mais également à réduire les problèmes inégalités territoriales d'accès aux soins. Entamée en 1978 en Italie, cette décentralisation a fait l'objet d'ajustements en 1992, 1999, 2001 et 2004, avec une dévolution élargie des compétences confiées aux régions et l'imposition d'une liste de prestations obligatoires. Les régions doivent financer elles-mêmes, par le biais de la perception d'un impôt régional affecté, le panier de biens et services définis nationalement. L'État conserve des compétences en matière de formation des professionnels, de mise sur le marché des médicaments et de détermination de la couverture maladie minimum. En Espagne, le processus de décentralisation s'est étendu de 1986 à 2002. L'État central demeure garant de l'équité d'accès aux soins et de leur qualité. Chaque communauté autonome dispose de la faculté de gérer son système de santé et les instruments de régulation afférents. Ces réformes permettent à l'État central de se désengager en partie du financement et du pilotage du système de santé en faisant supporter le poids financier des décisions à l'échelon local ou régional. Dans cette configuration, l'échelon décentralisé, la région, se voir chargée d'améliorer l'efficacité du système.

La France est très en retrait par rapport à ces démarches de dévolution des responsabilités et de transformation du système de santé. La décentralisation ne constitue pas une réforme de structure majeure du système. Les observateurs soulignent même que la santé est le (seul) secteur pour lequel a eu lieu un mouvement de recentralisation en 2004, si minime soit-il. Dans le champ sanitaire, le recours à un niveau régional va passer par la création de nouvelles, et nombreuses, structures dotées de compétences variées dans le domaine des soins de ville et de la gestion du risque (les unions régionales des caisses d'assurance maladie), de la santé publique (les groupements régionaux de santé publique) ou de l'hospitalisation (les agences régionales d'hospitalisation). Cette activité législative intense va se traduire par un

paysage administratif régional complexe dans le domaine sanitaire que la création des agences régionales de santé (ARS) va venir organiser. Dans ce contexte, rares seront les voix qui porteront une vision décentralisatrice (Pierru 2010).

La création des agences régionales de santé (ARS) constitue une nouvelle étape du renforcement du rôle de l'État dans le pilotage du système de santé. Cette création est présentée comme la mesure phare de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (Hassenteufel 2012). Elle constitue la dernière évolution majeure en matière de transformation des organisations au service de la politique de contrainte budgétaire. Installées depuis plus de dix ans, les ARS sont devenues un intervenant incontournable de la politique de santé sur le territoire, jouant un rôle dans l'organisation de l'offre de soins, la santé environnementale ou la gestion de la crise COVID-19. La littérature académique les analyse comme des structures ne contribuant que marginalement à la transformation effective du système de santé. L'argument avancé est celui d'une (trop ?) grande continuité avec les agences régionales d'hospitalisation (Bras 2009, Angelé-Halgand 2010, Domin 2013). Les ARS sont alors considérées soit comme des créations bureaucratiques contribuant au renforcement du rôle de l'État dans le pilotage du système de santé (Pierru, Rolland 2016), soit comme de nouvelles instances de régulation, potentiellement innovantes mais sans réelle capacité à infléchir la trajectoire du système de santé. (Bréchat 2016, Tabuteau 2013).

Ces analyses sont porteuses des constats posés par P.Pierson et les auteurs néo-institutionnalistes sur la dépendance au chemin (*Path dépendence*) et la difficulté des systèmes de protection sociale, ou des systèmes de santé, à sortir de leur trajectoire historique tant en matière de prestations que d'organisation. Ces analyses sont également influencées par l'écart existant entre les agences régionales conçues dans le cadre du rapport Soubie (1993) qui étaient porteuses d'une transformation profonde du pilotage de l'assurance maladie et de l'offre de soins. La réflexion développée dans le cadre du rapport Soubie semblait s'inspirer de la réforme du *National Health Service* britannique et des principes du *new public management* en matière d'organisation de l'offre de soins. Cette transformation était porteuse d'une réforme organisationnelle majeure mise au service d'une politique de régulation des dépenses, placée sous l'autorité de l'État et opérationnellement déconcentrée au niveau régional. Ce rapport développait « *une critique sans concession du dispositif de gouvernance. Critique ancrée dans l'incapacité à parvenir à une véritable maitrise des dépenses* » (Bras, Tabuteau 2009).

La création des ARS s'intègre dans la réforme de l'État développée dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques (Bezes 2012) qui fait de la région l'échelon pertinent d'organisation. La réforme de l'État territorial est alors mise à profit pour clarifier l'organisation régionale en matière de santé et de faire fonctionner plus efficacement un système complexe et enchevêtré. Le plan Juppé avait ébauché une première structuration régionale avec la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH). Les ARH renforçaient la capacité de l'État à piloter la politique hospitalière tandis que les relatons avec les médecins demeuraient dans le champ des relations conventionnelles avec l'assurance maladie. Ce choix n'est pas remis en cause par la réforme de 2004, ni par celle de 2009 créant les ARS.

Notre hypothèse est que la création des agences régionales de santé est prioritairement dictée par la nécessité de disposer de relais pour mettre en œuvre la politique de contrainte budgétaire et va conduire à subordonner des opérations de reconfiguration de l'offre de soins à cette politique de maitrise des dépenses. À ce titre, une articulation existe entre LFSS et ARS dont la création s'inscrit dans une démarche de « *déploiement d'instruments spécifiques, consistant notamment pour le centre à organiser à distance les interactions entre les acteurs variés de l'action publique* » (Galy 2018). Cette politique est aussi faite de tâtonnements entre évolution organisationnelle (le passage des ARH aux ARS et la fusion des organismes régionaux existants) et maintien d'une dichotomie entre les différents secteurs malgré un affichage qui prône sa disparition (le pilotage de soins de ville par l'assurance maladie).

A. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : UNE TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE AU SERVICE DE LA POLITIQUE DE MAITRISE DES DÉPENSES

La création des agences régionales de santé (ARS) s'inscrit dans une démarche de transformation organisationnelle susceptible de renforcer les politiques de contrainte budgétaire. Elle s'appuie sur un travail préparatoire porté par le commissariat général du plan. Soutenu par une vision acérée du système de santé, le rapport Santé 2010 issu du groupe de travail « Prospective du système de santé » présidé par R.Soubie propose, dès 1993, de remettre à plat le pilotage institutionnel de l'assurance maladie et de la santé en critiquant le cloisonnement du pilotage de l'offre de soins. Une des principales recommandations du rapport est la création d'agences régionales (Bras, Tabuteau 2009) reprenant une partie des attributions des services de l'État et de l'assurance maladie et ayant une compétence en matière de santé au niveau régional (DRASS, CRAM) et départemental (DDASS, CPAM). Le plan Juppé proposera une première

étape dans cette direction avec la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH).

Avec la création des agences régionales de santé (ARS), la loi HPST s'inscrit donc dans le prolongement de cette réflexion administrative qui promeut un renforcement du rôle de l'État dans le pilotage du système de santé. Les ARS : « *incarnent pour la population le pouvoir d'État en matière de santé* » (Tabuteau 2017). Les agences régionales de santé constituent le point d'aboutissement de transformations graduelles et cumulatives de l'administration sanitaire et sociale : L'administration sanitaire est réinvestie pour relever deux défis principaux : la maitrise des dépenses, la veille et la sécurité sanitaire (Pierru 2011).

1. L'exercice de la politique de contrainte budgétaire à l'échelon régional

La question de la maitrise des dépenses domine les réflexions sur la création des agences régionales depuis l'origine. Le rapport Soubie, que l'on considérera comme la matrice originelle, prévoyait que les agences régionales seraient dotées d'une enveloppe régionale contraignante (un objectif régional de dépenses). Leur mission aurait été d'en faire assurer le respect à travers la régulation des rémunérations des prestataires de soins que sont les professionnels et les établissements de santé (Bras 2009).La création des agences régionales d'hospitalisation (ARH) dans la deuxième moitié des années 1990, puis des agences régionales de santé (ARS) à la fin des années 2000 ne va pas retenir ce choix d'une enveloppe globale régionale déléguée (parfois appelé objectif régional de dépenses d'assurance maladie ou ORDAM). Deux raisons peuvent motiver cette décision. La première réside dans le fait que les règles du traité de Maastricht font peser sur l'État central la responsabilité de l'équilibre budgétaire. Cette logique a conduit le plan Juppé à créer les lois de financement de la sécurité sociale. La seconde découle de la première, la création des ARS va s'insérer dans un schéma de pilotage de l'encadrement des dépenses des politiques d'offre de soins déterminé par le plan Juppé. C'est la volonté de rendre effective cette politique de la contrainte budgétaire qui fait émerger l'État comme acteur central et qui va conduire, plus de vingt ans après le plan Juppé, à la création des ARS.

Alors que le rapport Soubie avait tracé les contours d'une réforme de grande ampleur, le choix retenu lors de la création des ARS est clairement celui d'une structure qui ne dispose que d'une autonomie limitée. La création de mécanismes de régulation des dépenses regroupés au sein des lois de financement de la sécurité sociale et la volonté de l'État de crédibiliser ces instruments budgétaires fait passer au second plan

la dimension déconcentratrice du rapport Soubie. Le principe d'enveloppes budgétaires régionales, ou d'objectifs régionaux d'assurance maladie, est un objectif secondaire, il faut d'abord contribuer à crédibiliser l'Ondam. Ce choix a pour effet de limiter l'autonomie budgétaire des ARS. Les enveloppes budgétaires dont disposent les ARS pour financer l'offre de soins et à la politique de santé sont déterminés en LFSS à la fois dans les montants et dans la répartition entre les secteurs de l'offre de soins.

Certains analystes (Domin 2014) considèrent que la création des ARH puis des ARS relève d'un compromis plus ou moins cohérent entre plusieurs référentiels. Le premier dans la perspective du New Public Management vante la flexibilité et entend favoriser le passage d'une régulation bureaucratique à une régulation managériale, jugée plus souple par ses partisans. Ce référentiel dit participatif privilégie la négociation. Le second dit directif, repose sur des critères uniquement comptables et renforce le poids du ministère de la santé. En conséquence ce n'est pas un pilotage régional qui semble s'être mis en œuvre mais plutôt la persistance d'une régulation publique autoritaire. La mise en œuvre des ARH, puis des ARS ne constitue pas une décentralisation de la politique hospitalière ; le référentiel choisi n'est pas managérial mais uniquement comptable. L'État intervient par l'intermédiaire des agences et cherche seulement à maitriser les dépenses. Les ARS sont dans une position structurellement intenable entre État central, entré en mode de consolidation budgétaire depuis 2010 et les acteurs locaux (Pierru 2020).

a) Une politique organisationnelle pour renforcer la régulation des dépenses

La création des ARS répond à une première volonté de verticalisation qui est celle des mécanismes de régulation des dépenses. Une deuxième verticalisation s'exprime concomitamment à la première qui est cette fois organisationnelle. Malgré leur nom, les ARS ne relève pas de la politique de l'agencification qui a pu être menée à partir des années 1980 et a qui animé le système de santé au cours des années 1990. La politique d'agencification se caractérise par deux dimensions : *« une logique monofonctionnelle visant à isoler une fonction stratégique (financement, régulation, mise en œuvre) dans une politique publique pour la confier à une organisation spécialisée ; une logique d'autonomisation visant à conférer une liberté plus ou moins étendue à ces nouvelles entités* » (Bezes, Le Lidec, 2016). Ni la logique monofonctionnelle, ni surtout la logique d'autonomie n'ont été retenues à la création des ARS. La création des ARS s'inscrit plutôt dans les politiques de fusions qui se sont développées à partir des années 2000 (Pierru, Rolland 2016). « La « *fusion » est constituée comme un autre standard organisationnel paré de plusieurs vertus. La première est la promesse*

d'économies d'échelle, d'économies budgétaires, de diminution des coûts de transaction et d'amélioration de l'efficience ». […] la deuxième justification des fusions est inverse à celle des agences : là où les agences spécialisent et renforcent l'efficacité en raison d'une division plus étroite des fonctions, les formes fusionnées sont légitimées au contraire, parce qu'elles sont supposées favoriser la prise en charge de problèmes publics inédits, souvent aggravés par des logiques de spécialisation qui génèrent des effets de fragmentation et de fonctionnement en silos » (Bezes, le Lidec, 2016).

Cette gamme de vertus se retrouve dans les motivations et les analyses de la réforme. Dans son rapport de préfiguration, le préfet Ritter souligne que les ARS devront permettre de mettre fin au fonctionnement en silo du système de santé (ville, hôpital, médico-social). Leur création devrait permettre de fusionner au niveau régional l'ensemble des services en charge des questions de santé au niveau régional et départemental ; de l'État et de l'assurance maladie. Il s'agissait d'unifier l'ensemble des acteurs et de disposer d'une structure institutionnelle en charge de l'ensemble du secteur de la santé.

La création des ARS est d'abord une « *restructuration particulièrement opportune d'acteurs sanitaires dont la multiplicité était source de cloisonnements institutionnels et de faiblesses professionnelles liées à l'éparpillement des maigres moyens mis à la disposition de cette myriade de structures* » (Tabuteau 2013c)

Avec cette fusion, le Gouvernement « *ambitionne d'opposer aux acteurs périphériques (médecins, hôpitaux, élus locaux) un contre-pouvoir capable d'élaborer une vision globale (ou intégrée) de l'organisation sanitaire et disposant de moyens de connaissance et d'actions puissants, système d'information ou incitations financières, aptes à rationaliser l'offre de soins* » (Pierru, Rolland 2016). Elle s'inscrit dans la réforme dite réorganisation de l'Etat territorial (ReATE) qui repose notamment sur la régionalisation. « *Le niveau régional devient le niveau de droit commun du pilotage et de la mise en œuvre des politiques publiques* » (Bezes 2012).

Cette primauté du niveau régional dans l'organisation de l'État rencontre un mouvement de régionalisation de la santé amorcé dans les années 1980. L'histoire et les objectifs de cette régionalisation s'inscrivent dans une double démarche. La première est celle d'un renforcement du pilotage de la dépense. La régionalisation aurait pour objectif de doter l'État d'une capacité de pilotage et de régulation d'un système de santé confronté à la progression rapide des dépenses

La seconde serait l'avantage de la proximité : « *l'émergence de la région comme échelon majeur du système de santé français est la résultante de plusieurs ambitions : celle de structurer une organisation de la santé et de l'assurance maladie très décentralisée, l'idée qu'une plus grande autonomie des circonscriptions régionales dans la détermination et la mise en œuvre des politiques de santé et d'assurance maladie favoriserait leur meilleure articulation et, par conséquent, une prise en charge plus cohérente et plus adaptée, celle aussi qu'une circonscription géographique limitée se prête mieux à des organisations innovantes, enfin, l'espoir qu'une implication plus forte des acteurs locaux autoriserait une appropriation plus consensuelle des enjeux* » (Cour des comptes 2004).

b) Le renforcement des leviers à la disposition de l'État central

La création des ARS ne relève donc pas d'un modèle d'organisation qui valoriserait la redistribution territoriale des pouvoirs. Il s'agit d'une réforme qui emprunte au répertoire rationnel-légal de bureaucratie qui favorise le renforcement des capacités de pilotage de l'État (Bezes 2007). La création des ARS vise à se doter d'une organisation à même de renforcer les leviers à la disposition de l'État afin de répondre aux problèmes rencontrés dans le pilotage du système de santé et la mise en œuvre de la politique de contrainte budgétaire. Cette création relève plus d'un processus graduel, itératif et souvent ancien. Elle permet à l'État de se doter d'une structure à même de renforcer sa capacité d'intervention dans un domaine des politiques publiques où il était historiquement peu présent et faible. Avec la création des ARS, l'État a pris « *juridiquement et symboliquement l'ascendant au niveau régional sur l'ensemble des structures du système de santé et d'assurance maladie* » (Tabuteau 2013 b).

Ces choix expliquent la persistance de pouvoirs concurrents ou plus fréquemment de critiques notamment au niveau local. Ces critiques s'expriment par différentes voies que la gestion de l'épidémie de COVID-19 a sans doute exacerbé, critique des préfets de départements, des élus locaux et nationaux qui ne se sentent pas consultés notamment sur les décisions de fermeture ou de reconversion des établissements de santé de proximité. Cette critique s'inscrit dans la rhétorique bien huilée de la proximité et des défaillances de l'État (Douillet 2020) avec la mise en avant de la connaissance du terrain et de leur capacité à prendre le pouls de la population (Lefebvre 2005). Cette critique est également formulée par le dernier rapport que l'Assemblée nationale a consacré aux ARS. Mais ce reproche d'un éloignement du terrain est contextualisé, et l'interrogation porte plus sur les conséquences de la création des grandes régions que sur la pertinence d'un échelon régional (Le Bodo, Grelier 2021).

La gestion de la crise a exacerbé ces critiques et cette concurrence. « *Les collectivités territoriales n'ayant pas de compétences directes en matière de santé, le pilotage territorial de la politique de santé a principalement concerné les ARS relevant directement du ministère de la santé. Ils ont notamment piloté la réorganisation des lits et l'annulation des interventions médicales non urgentes, l'approvisionnement des personnels de santé en EPI (en maîtrisant l'achat de masques par collectivités locales) et le transport des patients et la coordination entre les secteurs public et privé. Cependant, le manque de considération des acteurs territoriaux et la focalisation de l'ARS sur les questions relatives à l'hôpital au détriment des soins ambulatoires ont été dénoncés tant par les élus locaux que par les organisations de professionnels de santé* » (Hassenteufel 2021, nous traduisons)

La création des ARS préside donc d'un double mouvement de verticalisation du pouvoir dont les effets sont visibles notamment en matière de resserrement de la contrainte budgétaire et de reconfiguration de l'offre de soins.

2. La reconfiguration de l'offre de soins hospitalière comme politique de maitrise de la dépense

L'échelon régional est le niveau de régulation de l'offre hospitalière depuis au moins le début des années 1990. Il serait même possible de faire remonter cette origine à la création des centres hospitaliers régionaux en 1958 ou avec la carte sanitaire créée par la loi Boulin en 1970.

En 1991, la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) complète la carte sanitaire créée par la loi Boulin en 1970. Cette loi hospitalière de 1991 marque l'apogée de la planification sanitaire (Pierru 2012).

En 1996, la création des ARH obéit à une volonté affichée de mettre en place une administration spécialisée en vue de favoriser la restructuration hospitalière, dans une perspective de maitrise des dépenses (Bras 2009). En matière de régulation de la politique hospitalière, la création des ARS constitue une évolution incrémentale et cumulative des missions exercées par les ARH. Le passage des ARH aux ARS se traduit en effet par un accroissement de capacité de régulation à la disposition des agences. La politique de contrainte sur les dépenses hospitalières menée dans la cadre de la LFSS va être relayée par les ARS. La création des ARS s'inscrit en effet dans une réforme globale de la gouvernance hospitalière qui vise à structurer une ligne quasi hiérarchique entre des directions hospitalières, les directeurs d'ARS et l'échelon central

(Hassenteufel 2012). Les directeurs des ARS sont dotés d'instruments de régulation forts tant dans le domaine budgétaire que dans celui de la coopération pour orienter la gestion des structures publiques (Tabuteau 2013 a).

a) Le renforcement des instruments de régulation de l'offre hospitalière

Derrière une évolution organisationnelle incrémentale émerge une verticalisation sans précédent du pilotage de la politique hospitalière tant en matière budgétaire qu'en matière de reconfiguration de l'offre de soins. Elle vient renforcer le processus de régulation et le porter à un niveau jamais atteint auparavant. Ce mécanisme repose en fait sur une autonomie budgétaire limitée du fait de l'absence d'une enveloppe budgétaire régionale et du maintien des enveloppes sectorielles (hospitalières, médico-sociales).

Outre le suivi des allocations budgétaires, les ARS vont accompagner une politique d'organisation de l'offre de soins hospitalière qui se caractérise, par la diminution régulière et continue des capacités d'hospitalisation complète et parallèlement une hausse importante du nombre de places d'hospitalisation partielle (sans nuitée). Cette politique incarne la continuité de l'action menée pour réduire l'hospitalo-centrisme de notre système de santé depuis les années 1980. Ces évolutions sont justifiées par des innovations en matière de technologies médicales et de traitements médicamenteux (notamment en anesthésie), qui permettent d'effectuer en toute sécurité un nombre croissant d'interventions en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation avec nuitées. Ce mouvement, qualifié de « virage ambulatoire », traduit l'évolution structurelle des formes de prise en charge vers des alternatives à l'hospitalisation complète (Planel, Varnier, 2017).

Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale, anciennement dénommés programme qualité et efficience (PQE), annexés à chaque LFSS, permettent de suivre les évolutions chiffrées de l'impact de cette politique sur l'offre de soins hospitalière. Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au PLFSS pour 2021 indique qu'au 31 décembre 2018, le secteur hospitalier français est constitué de 3 042 structures disposant de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (donc sans nuitée, comptées en places). Entre 2003 et 2018, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 396 000, soit une diminution de 72 000 lits d'hospitalisation depuis 2003. Durant cette période, la fermeture des lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie,

obstétrique et odontologie - MCO) a diminué de façon importante tout au long de la période (- 20 %). Il en est de même en psychiatrie (- 14 %) et les lits en long séjour ont également diminué (- 6 %) en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de certaines unités de soins de longue durée (USLD). Parallèlement, entre 2003 et 2018, il s'est ainsi créé 28 000 places d'hospitalisation partielle, hors hospitalisation à domicile, dont près de 15 000 en MCO, qui sont venues compléter les 18 000 places déjà existantes.

Ces évolutions sont donc placées sous le signe d'une évolution des prises en charge plutôt que d'une réduction des moyens disponibles. Toutefois, Le plan Ondam triennal 2015-2017 avait fixé des objectifs annuels d'économies au titre du développement de la chirurgie ambulatoire (420 M€ en cumul) et de la réduction des inadéquations hospitalières (615 M€ en cumul). L'Ondam 2018 prévoit 250 M€ d'économies supplémentaires, de manière indistincte, au titre de la chirurgie ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation et de la réduction des hospitalisations évitables. Dans son rapport 2018, la Cour des comptes observe que les économies à l'hôpital sont inférieures aux attentes du fait d'une réorganisation insuffisante de l'offre de soins hospitaliers. Selon la Cour, le développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires devrait faire apparaître d'importantes surcapacités en hospitalisation conventionnelle. Ce raisonnement sous-tendait notamment l'estimation par la Cour d'un potentiel de 5 milliards d'euros d'économies au titre d'un développement plus rapide de la chirurgie ambulatoire. Les économies anticipées à ce titre sont de trois ordres : des économies sur la masse salariale (réduction du nombre d'équipes de nuit et de week-end notamment) et les charges externes (blanchisserie, restauration, transports) ; des gains de productivité dans le fonctionnement de l'hôpital, qui dépendent d'une organisation exigeante, à flux tendus et dans des circuits courts (*fast-tracking*) afin d'éliminer les pertes de temps, ainsi que de moyens adaptés (locaux, systèmes d'informations) ; la fermeture de structures de chirurgie conventionnelle dans les établissements à faible activité.

Cette action de reconfiguration s'inscrit dans le prolongement des réformes hospitalières entreprises depuis les années 1990 qui ont promu un discours orienté sur l'optimisation des capacités hospitalières et la recherche d'une plus grande efficience de l'organisation et de la dépense. La mise en œuvre de la T2A et le durcissement de la régulation des dépenses (baisse des tarifs hospitaliers, gels de crédits) ont subordonné cette action de reconfiguration à la politique de contrainte budgétaire.

b) Des tâtonnements entre planification et concurrence

Ces réformes illustrent également les tâtonnements de l'État entre une politique de reconfiguration fondée sur planification et une politique fondée sur la concurrence qui est la conséquence logique de l'introduction de la T2A. En 2016, l'État va relancer une politique de reconfiguration fondée sur une coopération hospitalière renforcée. Cette politique puise son inspiration dans la tradition planificatrice avec l'obligation faite aux établissements de santé de se rassembler dans un groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette nouvelle relance de la politique de planification s'inscrit dans une histoire longue. Les schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) instaurés dans chaque région définissent le « panier de service hospitalier » par type d'installation (MCO, SSR, SLD, psychiatrie), par activité (notamment les plus couteuses : néonatalogie, urgences, réanimation, hémodialyse…) et par équipement médico-technique. Ils deviennent opposables en 1996. La création des agences régionales d'hospitalisation (ARH) et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) en 1996 viennent compléter ce dispositif. En complément de ces instruments de planification (carte sanitaire, schémas régionaux, agences régionales, contractualisation…), la coopération hospitalière (Trepreau, Varnier, 2016) a longtemps été présentée comme un outil protéiforme, à la main des acteurs, permettant de répondre concomitamment à deux objectifs. D'une part, un objectif de rationalisation économique avec la restructuration de l'offre territoriale et la réduction des capacités hospitalières. Cette démarche a été principalement initiée par le secteur privé, qu'il s'agisse des regroupements de cliniques au niveau local ou des rapprochements de groupes dans une logique actionnariale. D'autre part, un objectif d'amélioration du fonctionnement du système hospitalier autour de l'idée de gradation des soins et de constitution de filières autour de ce qui, à l'origine, ne s'appelait pas encore des parcours de soins.

Dans ce contexte, les outils de coopération ont progressivement été relayés au second rang s'agissant de porter des opérations de recomposition de l'offre de soins (c'est-à-dire de réinterroger le projet médical des structures). Ils ont en revanche été beaucoup utilisés dans un souci de rationalisation économique. Les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique prennent corps dans le milieu sanitaire mais sur des thématiques ciblées (les GIE sont constitués notamment pour l'achat de matériel lourd tel que des scanners par exemple). En 1996, les groupements de coopération sanitaire ont été présentés comme une adaptation des groupements d'intérêt public et des groupements d'intérêts économiques aux réalités sanitaires mais aussi comme un moyen nouveau d'engager des coopérations en matière d'activités de soins. Or force est de constater qu'un nombre réduit de GCS porte sur des activités de

soins. Ceux-ci sont en revanche largement mobilisés sur les fonctions logistiques, administratives ou les activités médico-techniques (en particulier en imagerie mais dans le but de « contourner » le régime des autorisations pour l'implantation de nouveaux appareils).

Les outils de coopération ont donc oscillé entre différentes combinaisons possibles : deux finalités (rationalisation économique / amélioration de l'organisation du système de soins) pour deux familles juridiques (coopération fonctionnelle et coopération organique) sans pour autant se distinguer très nettement ni permettre de véritable recomposition. De fait, la coopération hospitalière a pu constituer une forme d'alibi ou de faux-nez aux objectifs sans cesse renforcés mais trop peu assumés de restructuration profonde de l'offre de soins.

La loi de modernisation de notre système de santé a opéré un réel changement de paradigme. Depuis près d'un demi-siècle, la coopération hospitalière a été appréhendée comme un moyen « pudique » de promouvoir des opérations de restructuration. La seule planification conduisait en effet à les rendre plus visibles et donc plus difficiles à assumer. Cette approche n'a cependant permis ni de restructurer (d'autres outils ont été mobilisés à cette fin) ni de mieux organiser le système hospitalier. La création des groupements hospitaliers de territoire recentre la coopération hospitalière autour d'un seul objectif : celui de penser l'organisation hospitalière dans une logique de graduation des soins et d'aménagement du territoire et non dans une logique immédiate de restructuration. Des recompositions de l'offre de soins pourront, le cas échéant, intervenir dans un second temps, mais elles procéderont d'un projet médical partagé pensé à la taille des territoires et par les acteurs eux-mêmes plutôt que d'une logique traditionnelle et jacobine de planification.

La loi procède à une rupture dans la méthode, la coopération est désormais obligatoire et s'impose à tous les établissements de santé qui doivent intégrer un groupement hospitalier de territoire, « sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale ».

Cette obligation repose sur un constat simple mais resté longtemps sans conséquence qui est celui des résultats modestes de la coopération spontanée. Pour compléter cette obligation, le législateur a prévu une incitation financière en disposant que l'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est subordonnée à la conclusion d'une convention constitutive d'un GHT.

Cet exemple montre que les autorités sanitaires ont estimé nécessaire de poursuivre le déploiement d'instrumentation complémentaires aux instruments budgétaires *stricto sensu* pour renforcer et accompagner la politique de maitrise des dépenses exprimées à travers les LFSS. Cette politique utilise simultanément des actions qui relèvent du registre de la reconfiguration, ici la transformation de l'offre de soins par la réduction des capacités d'hospitalisation à temps complet au profit de l'ambulatoire (virage ambulatoire) et du *cost-containment* (action sur l'évolution des tarifs hospitaliers).

À compter des années 2000, les autorités sanitaires ont eu recours à d'autres leviers que la planification ou la coopération pour transformer l'offre de soins hospitalière. Ces leviers devaient permettre d'accélérer les restructurations mais ont également pour effet d'encadrer la politique hospitalière des ARS.

En premier lieu, dans les années 2000, la création de la Haute autorité de santé, le développement de la certification des établissements de santé, d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont contribué à porter une véritable ambition de modernisation de notre système de soins sur la base de critères qualitatifs. Ce discours a légitimé la recherche de nouveaux modes de régulation de l'activité des établissements et, dans certains cas, en conditionnant l'exercice de certaines activités à de nouvelles exigences. La définition par voie règlementaire de seuils minimum d'activité de nature à garantir une parfaite sécurité des pratiques illustre cette démarche. Ceux-ci ont indéniablement contribué à accélérer les recompositions de l'offre de soins réalisée sous l'autorité des ARS, en particulier s'agissant des maternités (norme d'un minimum de 300 accouchements par an) ou de cancérologie (seuils minimaux exigés pour l'obtention d'une autorisation). La mission confiée au professeur Guy Vallencien (2006) s'est également inscrite dans cette logique car il s'agissait d'évaluer la sécurité, la qualité et la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics. Elle a ainsi posé la question de la pertinence du maintien de l'activité de chirurgie dans certains hôpitaux en avançant un critère de sécurité des soins plus que de rationalité économique. Cette démarche n'a toutefois pas été poursuivie, sur le modèle de la cancérologie, par la diffusion de seuils minimaux d'activité.

La mission des ARS en matière d'organisation de l'offre de soins est confrontée en permanence à plusieurs défis : s'adapter aux besoins de santé, prendre en compte les contraintes démographiques et géographiques, faire face aux contraintes financières, tout en améliorant la qualité, la sécurité et l'efficience des prises en charge. La contribution des ARS à la politique hospitalière est encadrée dans une série de dispositifs qui renforcent le pilotage de la politique hospitalière à partir d'un cadre

national que les acteurs territoriaux doivent appliquer avec des marges de manœuvre réduites. Les ARS permettent à l'État de disposer de leviers de pilotage de la dépense supplémentaires notamment en matière de fermetures des lits hospitaliers. Les ARS vont donc constituer un levier complémentaire de la politique de maitrise des coûts menée en direction de l'offre de soins et contribuer à renforcer le rôle de l'État vis-à-vis de l'ensemble des acteurs du système de santé. Elles appliquent une politique de maitrise des dépenses et de reconfiguration de l'offre de soins qui est décidée par l'État central. Leurs marges de manœuvre territoriales demeurent limitées.

B. L'ALIGNEMENT STRATÉGIQUE ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE A ÉTÉ RENFORCÉ RÉDUISANT D'AUTANT L'AUTONOMIE DES ARS DANS LA GESTION DES SOINS DE VILLE

Nous empruntons cet intitulé à la loi de modernisation de notre système de santé qui est à ce jour le dernier texte législatif faisant évoluer les relations entre les caisses d'assurance maladie et l'État sur des problématiques relatives au pilotage du système de santé. Malgré son expression volontariste, il synthétise les tâtonnements de l'État dans le pilotage des soins de ville entre, d'un côté, une volonté d'installer un échelon régional compétent pour l'ensemble de l'offre de soins, capable de mener des actions transversales et de « casser » l'organisation en silo du système de santé et, de l'autre, une action visant à encadrer plus fortement la vie conventionnelle, sans en remettre en cause l'organisation et les compétences.

La création des ARS s'inscrit dans la continuité de la réflexion sur la nécessité d'une transformation organisationnelle destinée à optimiser le pilotage du système de santé mais également dans un mouvement plus large qui voit l'État se renforcer et devenir un acteur incontournable de la politique de santé. Dans ce contexte, il n'était pas surprenant que l'État, à l'occasion de la réforme des ARS, porte une tentative de réorganisation de l'offre de soins ambulatoires et que la question de la place et du rôle de l'assurance maladie, comme pilote de la vie conventionnelle, dans cette recomposition soit posée. Ce questionnement est d'autant plus légitime que la création des ARS doit contribuer à mettre fin au chaos institutionnel travaillé par les forces professionnelles, sociales, politiques (Pierru 2020).

Le plan Juppé, et la réforme de 2004, ont organisé une recomposition politique qui renforce le rôle de l'État. Schématiquement, cette recomposition organise le transfert des compétences détenues historiquement par les partenaires sociaux vers l'État, à travers la figure du directeur général de la Cnam et de l'Uncam. Cette recomposition a

pour objet une meilleure cohérence entre les compétences et les responsabilités politiques puisque « *malgré la large délégation de compétences dont bénéficient les caisses pour gérer concrètement les relations avec les professionnels de santé la responsabilité politique est supportée par le ministre* » ainsi qu'entre les compétences et les responsabilités financières. (Bras 2003). Les réformes portées par le plan Juppé, et la loi de 2004, renouvellent ainsi « *les termes du débat traditionnel sur les pouvoirs respectifs de l'État et des partenaires sociaux* » (Bras 2004).

A l'inverse de la réforme de 1967 qui avait vu la création des caisses nationales et avait confirmé la responsabilité financière des partenaires sociaux, ces réformes procèdent à une unification des compétences et de la responsabilité en matière budgétaire en plaçant ces dernières sous la compétence de l'État, par le biais de la LFSS, et du transfert de la compétence conventionnelle des partenaires sociaux vers le directeur général de l'assurance maladie. Cette évolution s'appuie sur plusieurs éléments. Elle est d'abord le fruit des travaux menés dans le cadre du rapport Soubie (1993), du rapport Ruellan (2002) ou encore du premier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (2004) mais également de désaccords et de lutte d'influence.

Dans ses propositions, le rapport Soubie prévoyait ainsi que le Gouvernement dans sa mission de régulation des dépenses au niveau national puisse s'appuyer sur « *un établissement public dont la vocation et les compétences sont principalement actuarielles pour définir les objectifs régionaux à partir de l'objectif national et de la méthode de péréquation inter-régionale : pour éviter toute confusion avec la situation actuelle, cet organisme pourrait être une régie nationale d'assurance maladie* ». Par ailleurs, le rapport Soubie renvoyait la contractualisation avec les offreurs de soins à une compétence des nouvelles agences régionales de santé. Chargées d'organiser les « *négociations avec les producteurs de soins, sur la base d'une mise en concurrence lorsque c'est pertinent, pour la production des soins qu'elle estime important dans sa région* ». Ces propositions constituaient donc une remise en cause profonde de la place de l'assurance maladie dans la régulation des dépenses de ville avec un transfert de la compétence conventionnelle vers les nouvelles ARS.

Ces propositions n'ont été pas reprises par le plan Juppé qui a fait le choix d'une régulation budgétaire nationale et de transformations régionales incrémentales. Le conflit avec les médecins autour de la mise sous enveloppe globale des honoraires et d'autres frictions ont pu soulever d'autres débats sur la place respective de l'État et de l'assurance maladie.

Les travaux préparatoires à la loi HPST ont été le lieu d'un conflit opposant le ministère de la santé et l'assurance maladie. Porté publiquement par un rapport de l'Assemblée nationale (Bur 2008) cette opposition se focalisait sur les conséquences à tirer, pour l'organisation faitière, des recompositions politiques entamées depuis le plan Juppé et dont la loi HPST allait constituer une nouvelle étape. Le rapport d'Yves Bur préconisait de réorganiser le pilotage national du système pour tenir compte des fusions réalisées au niveau régional. Trois scénarios principaux étaient présentés dans le rapport qui faisait comprendre la préférence de son auteur pour la création d'« *une Agence nationale de santé regroupant les caisses d'assurance maladie et les directions d'administration centrale pour piloter les ARS.* » Le rapporteur considérait « *que seule une telle agence serait de nature à garantir la cohérence du pilotage national des ARS, dans l'hypothèse où celles-ci cumuleraient des compétences d'organisation de l'offre de soins et de la prévention – qui relèvent majoritairement de la responsabilité de l'État – et des compétences de gestion du risque, qui relèvent aujourd'hui de l'assurance maladie.* » Ces propositions sont soutenues par l'assurance maladie, en la personne de son directeur général, et vont être l'occasion d'une guerre ouverte entre l'assurance maladie et le ministère (Pierru 2016) qui va se traduire par une victoire de la ministre Roselyne Bachelot. Si la création d'une agence inspirée de la transformation des départements ministériels britanniques en agences (réforme *Next Steps* de 1988) a été écartée, ce conflit marque toutefois le maintien d'une dichotomie dans le pilotage de l'organisation et souligne que contrairement à une interprétation dominante, le directeur général de l'Uncam dispose d'un pouvoir d'initiative, d'un leadership renforcé, (Tabuteau 2009 a), soutenu « *par la technostructure de l'assurance maladie* » (Tabuteau 2013 c).

À travers ce conflit s'exprime la question de savoir si la transformation organisationnelle proposée remet en cause la trajectoire historique du système et son mode de pilotage. L'octroi de compétence en matière de soins de ville aux ARS va donc s'imposer facilement comme un sujet à traiter dans les travaux préparatoires puisque symboliquement il constitue une part importante du passage des agences régionales d'hospitalisation créées par le plan Juppé aux agences régionales de santé définies par la loi HPST. Cette extension des compétences de l'État, par le biais des ARS va néanmoins se heurter à une série d'obstacles. Obstacles syndicaux tout d'abord puisque les organisations médicales vont limiter la portée de la réforme en s'assurant qu'elle ne remet pas en cause les principes de la médecine libérale. Obstacles organisationnels ensuite, car les soins ambulatoires sont gérés par l'assurance maladie au niveau national et que l'État dans sa recherche d'un alignement stratégique va hésiter entre

des solutions régionales et nationales, avant de de privilégier un alignement stratégique national.

1. Le renforcement du rôle de l'État dans le pilotage de la gestion du risque

L'avancée la plus importante en matière de renforcement du rôle de l'État réalisée à l'occasion de la création des ARS était celle relative à la gestion du risque. Derrière un effort de définition et d'une meilleure articulation du pilotage de cette politique, le Gouvernement poursuivait un autre objectif celui d'établir, à l'occasion de la création des agences régionales de santé, un nouveau cadre institutionnel de pilotage de la politique de gestion du risque (Trepreau 2009).

« *Notion d'abord assez floue apparue au début des années 1980, la notion de gestion du risque est progressivement investie et valorisée pour marquer la différence entre la vision de l'assurance maladie et celle de l'État* » (Pierru, Rolland 2016). Le développement et l'approfondissement de la politique de gestion du risque est en effet un point nodal de la politique développée par le réseau de l'assurance maladie et fonde la volonté exprimée par la direction de la Caisse nationale d'assurance maladie de s'inspirer des techniques de gestion des risques élaborées par les assureurs privés. La gestion du risque est au cœur des négociations entre l'État et la Cnam tant en au moment du plan Juppé qui crée des instances régionales en charge de cette politique, les Unions régionales des caisses d'assurance maladie, que lors de la présentation du plan Johannet (1999) qui se heurtera aux réserves de sa tutelle et à un refus de la ministre des affaires sociales, Martine Aubry, ou encore à l'occasion de la LFSS pour 2007 qui autorise la Cnam à pratiquer des actions de « *disease management* ».

La gestion du risque cristallise deux évolutions : la première est celle du développement d'une politique de régulation des dépenses qui n'est pas fondée sur la limitation des crédits budgétaire et qui cherche à améliorer l'efficience et l'efficacité de la dépense. La deuxième est celle des rôles respectifs de l'État et de l'assurance maladie dans le pilotage de cette politique. On pourrait en rajouter une troisième qui est celle du suivi et de l'effectivité des résultats de cette politique.

a) L'affirmation de la gestion du risque comme politique publique

Inscrite dans le code de la sécurité sociale depuis le plan Juppé de 1996, la politique de gestion du risque n'a reçu une définition législative qu'avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (2009). L'objectif du Gouvernement était de préciser la dénomination de cette politique et d'en définir le

contenu. La gestion du risque rassemble les actions qui portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités d recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. L'apport de cette définition est limité. L'absence de définition législative n'a freiné ni l'apparition, ni le développement de la politique de gestion du risque à l'initiative de l'assurance maladie. L'évolution proposée par la Loi HPST porte plutôt sur le pilotage de cette politique de gestion du risque.

Pour comprendre cette évolution, il faut prendre en compte la situation antérieure. À son apparition, la politique de gestion du risque est une création, et une compétence, de l'assurance maladie. Cette construction avait été institutionnalisée par le plan Juppé et une structure dédié à cette mission avait été créés : les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam). Dans un second temps, et pour tenir compte du renforcement des pouvoirs du Directeur général de l'assurance maladie dont elle était porteuse, la loi du 13 aout 2004 avait centralisé les modalités d'élaboration de cette politique en le confiant à la caisse nationale d'assurance maladie. La loi HPST vient bousculer le monopole de l'assurance maladie en matière de gestion du risque en transformant les procédures d'élaboration et de mise en œuvre de cette politique. La loi HPST affirme par ce biais le renforcement du rôle de l'État en la matière.

La réforme proposée par la loi HPST obéit à une logique en apparence simple : donner aux ARS, au sein desquelles sont intégrées les missions des Urcam, un champ de compétences large afin d'articuler l'ensemble des éléments constitutifs d'une politique de santé et donc d'articuler les compétences de l'État et de l'assurance maladie au sein d'une même structure et d'optimiser ainsi l'intervention des acteurs.

b) Une procédure d'élaboration sous l'égide de l'État

La nouvelle procédure d'élaboration de la politique de gestion du risque favorise donc une approche globale des politiques d'amélioration de la qualité de soins, sous l'autorité de l'État et des ARS. La réforme définit également les modalités de mise en œuvre de cette politique : comme les ARS ne disposent pas de la totalité des moyens matériels, humains ou financiers nécessaires, il est prévu qu'elles s'appuient sur le réseau local des caisses d'assurance maladie pour mettre en œuvre le programme régional de gestion du risque (Bocquet, Peltier 2010). Une contractualisation complémentaire et donc prévue entre les ARS et les caisses locales dont le rôle est un rôle d'exécution. Un programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR-GdR), porté par une instance commune, la commission régionale de gestion du risque (CR-GdR), est censé permettre une mise en œuvre partagée de ces actions par les ARS et par

l'Assurance maladie. L'Igas (Bensussan, Chaumel, Chieze, Destais, 2014) observe néanmoins que : « *néanmoins, dans les faits, les deux réseaux agissent plus en parallèle qu'en concertation. La CR-GdR est cependant davantage une instance institutionnelle d'échanges d'information qu'une structure opérationnelle permettant de préciser conjointement la déclinaison territoriale des priorités nationales* ».

L'évolution institutionnelle relative au pilotage de la gestion du risque est complétée par loi de modernisation de notre système de santé (2016). Dans son chapitre intitulé « renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie », elle prévoit la signature d'un contrat dénommé plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PLNGDR). Le PLNGDR a pour objectif de garantir à tous nos concitoyens des soins de qualité, se conjugue à l'objectif de préserver notre système de santé solidaire. Assurer l'accès aux soins les plus pertinents, aux traitements les plus innovants, tout en maitrisant les dépenses de santé de sorte qu'elles respectent l'Ondam, emporte de rechercher l'efficience de notre système de soins. L'optimisation des ressources doit ainsi permettre de dégager de nouvelles marges de manœuvre pour rendre le système de santé plus performant. L'ensemble des actions doit permettre d'atteindre les objectifs d'économies fixées par les lois de financement de la sécurité sociale. La réforme laisse subsister de nombreux mécanismes antérieurs. En effet, la politique de gestion du risque reposait sur un dialogue entre l'assurance maladie et les différentes professions concernées mis en forme à travers la convention médicale et une série d'accords ou de contrats spécifiques.

Du plan Juppé à la loi de 2016, le pilotage de la politique de gestion du risque connaît plusieurs ajustements. Il connaît un mouvement de recentralisation débuté en 2004 et confirmé en 2016. Il fait l'objet d'une appropriation par l'État qui renforce sa compétence en la matière avec le développement d'une contractualisation avec l'assurance maladie. Enfin, la loi de 2016, affirme la subordination de ce plan, et de ses actions aux lois de financement de la sécurité sociale. Le premier PNNGDR est même présenté comme un instrument de mise en œuvre du plan Ondam 2018-2022, c'est-à-dire comme un outil de la politique de maitrise des dépenses.

La réforme de 2016 a pour effet de construire une nouvelle architecture contractuelle, entre l'État et l'assurance maladie, ou niveau national et régional et prévoit également la possibilité pour le ARS de conventionner avec les professionnels de santé. Elle est bâtie autour d'un plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins. Ce plan définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque ainsi que les objectifs relatifs à l'efficience du système de soins

communs aux régimes membres de l'Uncam. Il décline, à travers les programmes de gestion du risque (GDR), les priorités du plan Ondam 2018-2022.

Cette réforme constitue un pan de la réforme du pilotage de l'assurance maladie. Elle illustre le renforcement du rôle de l'État dans ce pilotage. Le rôle des ARS se borne *in fine* à une déclinaison régionale d'un plan arbitré au niveau national. Dans le domaine de la gestion du risque comme dans celui des soins ambulatoires, la marge d'autonomie accordée aux ARS demeure faible. Ces politiques demeurent fortement marquées par le plan Juppé qui à travers les lois de financement de la sécurité sociale a affirmé la prédominance d'une politique de maitrise des dépenses de santé et, par la réforme de l'assurance maladie de 2004 qui a centralisé la politique conventionnelle et la politique de gestion du risque dans les mains du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

2. L'extension de la compétence de l'État dans le domaine de soins de ville

Au-delà de la question de la gestion du risque, la création des ARS a été l'occasion pour l'État de tenter une incursion dans le domaine des soins de ville. Cette incursion repose sur l'idée qu'il fallait donner les outils nécessaires aux ARS pour gérer la totalité du champ de l'offre de soins et sur l'idée, portée haut par le rapport Soubie, de la pertinence de la région comme niveau d'intervention.

La création des ARS est présentée comme une opportunité de mettre fin aux cloisonnements dont souffre le système en réunissant au sein d'une même structure les missions de planification et de régulation. L'atteinte de ces objectifs nécessitait de confier à cette nouvelle structure des compétences en matière de soins de ville. L'existence d'une compétence en matière de soins de ville confiée aux ARS était considérée comme une innovation majeure. Elle devait constituer une affirmation politique forte de la volonté des Pouvoirs publics de poursuivre le renforcement du rôle de l'État dans le pilotage de l'assurance maladie puisqu'il s'agissait de confier aux ARS des missions qui dans le partage État/ assurance maladie relevaient clairement de l'assurance maladie.

a) Les soins ambulatoires dans le champ de compétence des ARS

Les textes portant création des ARS intègrent les soins ambulatoires dans le schéma régional de l'organisation de l'offre de soins (SROS). La volonté d'intégrer l'offre de soins ambulatoires au sein de la politique de santé pilotée par l'État est la première raison de la création du volet ambulatoire du SROS. Ce volet ambulatoire doit

permettre à l'État, par l'intermédiaire des ARS, de déterminer la stratégie d'organisation des soins ambulatoires, de mobiliser les professionnels de santé autour des priorités de santé publique et de moderniser l'offre, notamment par le développement de coordination entre soins ambulatoires et hospitaliers et d disposer d'un état des lieux notamment au regard de la problématique des « déserts médicaux ».

Le SROS va être utilisé pour cartographier l'offre de soins et venir en appui des politiques publiques qui relèvent de l'État et la vie conventionnelle. C'est la question de la démographie médicale qui va être le détonateur de cette démarche. Les SROS vont ainsi déterminer les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé. Il s'agit des « zones sous-médicalisée » au sein desquelles les professionnels de santé peuvent bénéficier de mesures incitatives pour s'installer ou maintenir leur activité. Ces aides sont versées par les collectivités territoriales et les partenaires conventionnels. Ces zones, ainsi que le zonage relatif à la permanence des soins, seront maintenant définies par les ARS et non plus par une structure réunissant l'État et l'assurance maladie, en l'occurrence les missions régionales de santé. Il s'agit là d'une évolution structurante car ce zonage est opposable aux partenaires conventionnels. L'État affirme ainsi sa volonté de piloter la politique de lutte contre la formation des déserts médicaux. L'élaboration de ce zonage par les missions régionales de santé (MRS) avait l'objet de critiques sévères de la part de la Cour des comptes (2011) quant à sa pertinence et son homogénéité. La LFSS pour 2008 avait d'ailleurs redéfini intégralement la méthodologie à suivre pour l'élaboration de ces zonages par les missions régionales de santé. Avec la loi HPST, les ARS récupèrent les compétences auparavant exercées par les missions régionales de santé (MRS), structures auxquelles elles se substituent. Il ne s'agit toutefois pas d'un simple transfert à compétence égale. Par ailleurs, la LFSS pour 2008 disposait que la décision des MRS délimitant ces zones était soumise à l'approbation du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés. L'élaboration des zonages par les MRS relevait encore du champ conventionnel avec un pouvoir d'approbation reconnu au DG de l'Uncam. Après la loi HPST, ces dispositions sont abrogées et l'élaboration de ces zonages relève de la compétence des ARS et de leurs directeurs généraux. Le traitement des zones fragiles dans lesquelles l'offre de soins doit être consolidée illustre cette évolution. La nécessité de mettre fin à certains dysfonctionnements et de développer des méthodes d'élaboration des zonages homogènes constitue une seconde justification de la création d'une compétence

renforcée en matière de planification au profit des ARS. L'action des ARS est motivée par la nécessité de renforcer l'expertise et d'harmoniser les pratiques suivies pour élaborer ces zonages si importants dans le cadre de la lutte contre la formation de « déserts médicaux ». *In fine*, il s'agit d'une évolution gestionnaire, l'instance en charge de la gestion du risque, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie, créée par le plan Juppé, étant intégrée au sein des nouvelles agences régionales.

Toutefois, cette évolution se fait sans remettre en cause l'équilibre des relations entre les acteurs, ni bousculer les principes de la médecine libérale. Les organisations syndicales de médecins seront ainsi très attentives à ce que le SROS ambulatoire n'est pas opposable aux professionnels de santé libéraux, contrairement au SROS hospitalier et ne remettent pas en cause le principe de la liberté d'installation. Ce débat a eu lieu autour de l'examen de la loi HPST, qui a eu lieu un an après la tentative d'autoriser un conventionnement sélectif par voie conventionnelle évoqué autour du PLFSS pour 2008. Il s'agit là d'un point très sensible dans les relations entre l'État et les professionnels de santé, à tel point que la « ppl Fourcade » (Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) a été l'occasion non seulement de rappeler cette non opposabilité mais aussi et de l'inscrire dans la loi. Cette démarche atteste de la capacité des syndicats de médecins à défendre les principes de la médecine libérale (Hassenteufel 2019) et à maintenir leur mobilisation dans la durée (Hassenteufel 2015).

Outre les questions relatives à la répartition territoriale de l'offre de soins, la création des ARS va également être l'occasion d'une tentative de développement de relations contractuelles entre ces structures et les professionnels de santé. Les travaux préparatoires à la loi HSPT ont souligné, une nouvelle fois, la nécessité de renforcer l'efficacité des soins et de coordonner le parcours de soins. Il était donc tentant de développer une contractualisation entre les ARS et les offreurs de soins pour améliorer la qualité et la coordination des soins. Plusieurs tentatives avaient eu lieu, sans succès, à la fin des années 1990 et au début des années 2000 (LFSS 2000, LFSS 2004) pour développer un échelon régional axé sur les bonne pratiques (recommandation de bonne pratique, acte de bon usage de soins, contrats de santé publique). Ces tentatives visaient à prendre en compte de la création des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) en charge de la gestion du risque au niveau régional et à utiliser le niveau régional pour développer des solutions conventionnelles bloquées au niveau national.

L'action sur la qualité des soins constitue un point nodal pour améliorer l'efficience du système de santé et lutter contre les déficits financiers de l'assurance maladie. Créées au nom de la maitrise médicalisée des dépenses les actions sur les comportements des professionnels de santé ont « naturellement » relevé du champ conventionnel. Afin de permettre aux partenaires conventionnels d'agir, le législateur a ainsi créé des accords de bon usage de soins, des contrats de bonne pratique ou des contrats de santé publique. Il s'agit de contrats sur le fondement desquels le professionnel de santé contractant s'engage à améliorer sa pratique professionnelle en contrepartie d'une rémunération forfaitaire. Il serait inexact de dire qu'aucun acteur étatique n'intervenait sur cette question avant la loi HPST. Des agences spécialisées (ANEM, ANAES, HAS) ont été créées dès 1996 (Plan Juppé) pour contribuer à l'élaboration des normes et des pratiques médicales. L'action de ces agences se situait au niveau global, sans agir directement, par le biais de la contractualisation sur la pratique des professionnels de santé.

Les actions sur le comportement des professionnels de santé, menées par les partenaires conventionnels a fait l'objet de critiques extrêmement sévères de la part de la Cour des comptes (2014) qui a considéré que dans la grande majorité des cas ces outils contractuels n'ont pas atteint leurs objectifs et ont échoué « *en termes de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques* ».

L'intervention des ARS dans le domaine de la qualité des soins trouve donc un premier fondement dans la défaillance, réelle ou supposée, des partenaires conventionnels en la matière. La constatation d'une hétérogénéité des comportements par zones géographiques constitue un autre fondement de cette intervention. D'autant que là encore, la possibilité de conclure des accords régionaux que le législateur avait reconnus aux partenaires conventionnels n'a pas reçu de véritable exécution. Il est vrai que les syndicats de médecins par exemple n'ont jamais fait preuve d'un véritable intérêt pour des dispositions régionales susceptibles de remettre en cause les dispositions de la convention nationale. L'intervention des ARS s'inscrit alors dans un souci de régionalisation de l'action en faveur de la qualité des soins.

La construction réglementaire de l'intervention des ARS dans le domaine de la qualité des soins a été conçue de manière moins linéaire et moins claire que pour le SROS. Un prélude et deux mouvements peuvent être distingués. Les expérimentations de la LFSS pour 2008 voulues par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) sont le prélude de ces deux mouvements. Ces expérimentations devaient proposer de nouvelles modalités de rémunération des professionnels de santé afin

d'agir sur leur comportement et de développer la qualité des soins. Les modalités de rémunération développées dans le cadre de cette expérimentation devaient faire l'objet d'une convention entre les missions régionales de santé et les professionnels de santé volontaires. Les MRS avaient en charge ces expérimentations qui n'ont pas reçu de commencement d'exécution.

La loi HPST poursuit cette évolution. Elle prévoit l'intervention des ARS en organisant une contractualisation directe entre les agences et les offreurs de service de santé. Les ARS se voient ainsi reconnaître la possibilité de proposer des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (Caqcos). Ces contrats pourraient être conclus avec les professionnels de santé exerçant individuellement ou en groupe et avec les services médico-sociaux et les réseaux de santé et assortis d'une contrepartie financière La loi HPST prévoit deux modalités d'élaboration de ces contrats, soit un contrat type national, soit, en l'absence du premier, un contrat type régional approuvé par les partenaires conventionnels.

Dans un deuxième mouvement l'ordonnance de coordination qui a suivi la loi HPST, dont l'objet est « *de prendre les mesures visant, d'une part, à modifier les parties législatives des codes et les dispositions non codifiées afin d'assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de cette loi et, d'autre part, à abroger les dispositions, codifiées ou non, devenues sans objet* » notamment par la création des ARS a abrogé les contrats d'amélioration de la qualité des soins relevant du champ conventionnel . Cette abrogation est motivée par le fait que les Caqcos s'y substituent. Cette substitution n'a fait l'objet d'aucun véritable débat public.

b) Le maintien d'une dichotomie entre ARS/Etat et assurance maladie

In fine, l'affirmation du rôle des acteurs étatiques dans le pilotage des soins ambulatoires devait s'effectuer au détriment des compétences des partenaires conventionnels, et au profit des ARS, comme l'illustre la nouvelle procédure de détermination des zonages et la suppression des instruments conventionnels d'amélioration de la qualité des soins.

Cette construction d'une politique régalienne de l'offre de soins ambulatoires trouve son fondement dans la critique du périmètre conventionnel considéré comme trop large. Ainsi, la Cour des comptes (2012) a souligné qu'accorder « *une place aussi essentielle aux dispositions conventionnelles dans l'organisation du système de soins présente le risque de subordonner aux objectifs d'optimisation des revenus ainsi qu'à des positionnements d'appareil syndicaux* ». Afin de préserver l'intérêt général, la cour

estimait alors que « *les questions touchant notamment au droit des malades, à l'accès aux soins et à la permanence des soins* » devaient relever principalement de la compétence de l'État. Elle s'appuie un courant en faveur d'un nouveau partage des compétences en matière d'organisation de l'offre de soins ambulatoires dont les soutiens se trouvent notamment parmi les hauts fonctionnaires en charge des politiques de santé.

Cette tentative de déploiement d'un conventionnement régional entre ARS et professionnels de santé a échoué dans ce format général. Dans la pratique, cette contractualisation ne s'est pas développée dans le champ des soins de ville mais principalement entre ARS et établissements de santé.

L'échec tient, d'une part, à l'absence d'appétence des partenaires conventionnels pour les conventions régionales portant sur la qualité des soins dont le principe est antérieur à la création des ARS (La LFSS pour 2004 propose par exemple le déploiement d'accords de bon usage au niveau régional). Il tient, d'autre part, à des hésitations stratégiques de l'État dans la reconfiguration du pilotage des politiques conventionnelles. Il y a en effet un hiatus stratégique entre les choix faits en 1996 et 2004 qui consistent à « centraliser » les relations conventionnelles et à renforcer le rôle de l'État dans leur pilotage par le biais de transferts de compétences au sein de la Cnam entre partenaires sociaux et directeur général, entre caisse nationale et caisses locales puis par le biais de l'alignement stratégique prévue par la loi de 2016 et la volonté de créer un échelon conventionnel régional, sous l'égide des ARS.

Sur la qualité des soins on constate ainsi que le débat qui se tient lors de la création des ARS vient percuter la réforme de 2004. En effet, l'article 1er de la loi du 13 août 2004 relatif à l'assurance maladie a ainsi prévu que les partenaires conventionnels veillent à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ce même article dispose qu'ils (les partenaires conventionnels) concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État. Confier des compétences conventionnelles aux ARS vient remettre en question la dimension nationale posée par la loi de 2004 ainsi que la position de la Cnam comme seule interlocutrice des représentants des professionnels de santé dans ces négociations.

Les évolutions ultérieures telles que le développement de la rémunération par objectifs de santé publique (ROSP) confirmeront la prééminence des négociations conventionnelles nationales, et la volonté de l'État d'encadrer ces négociations, plutôt

que de poursuivre dans la voie de négociations à l'échelon régional par la biais des ARS. Cette tendance est confortée par les évolutions du pilotage de la politique de gestion du risque.

Les tentatives de développement d'une vie conventionnelle régionale entre les caisses d'assurance maladie et les médecins pourtant prévues par le plan Juppé, puis au niveau des ARS n'ont reçu le soutien ni de l'État qui a affirmé sa volonté de contrôler les effets financiers de la négociations conventionnelle en retirant la compétence au partenaires sociaux et en participant à la définition du mandat de négociation confié au directeur général de l'Uncam, ni par les organisations professionnelles.

Les ARS n'ont pu desserrer cette verticalisation des compétences dans ces deux matières, comme dans le domaine hospitalier, elles agissent sur délégation de l'État, en fonction des objectifs que fixe ce dernier. Cette situation a fait naitre une critique à l'encontre de l'action des ARS qui ne disposeraient pas de suffisamment d'autonomie et devrait renforcer leur action de proximité. Cette critique est d'autant plus forte que les ARS sont chargées de mettre en œuvre une politique de maitrise des dépenses définie annuellement par les LFSS et qui se caractérise au cours de la décennie2010-2020 par un resserrement de la contrainte budgétaire.

La marge de manœuvre dont disposent les ARS en matière de soins de ville se concentre donc sur le soutien financier à l'innovation organisationnelle qu'elle peut apporter par le biais d'un fond spécifique, le fonds d'intervention régionale (FIR). Créé par la LFSS pour 2012 et issu de la fusion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), le fonds d'intervention régional (FIR) a pour mission de financer, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et des structures concourant notamment à la permanence des soins et en médecine ambulatoire en établissement de santé. Ce fonds vise aussi à améliorer la qualité et la coordination des soins. De fait, des aides peuvent être accordées à des professionnels de santé, à des regroupements de professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou encore à des groupements d'établissements.

Le FIR peut également financer des projets dont l'objectif est l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé des pôles de santé et des centres de santé, à la modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et

des contrats conclus avec les établissements de santé et leurs groupements. Il finance des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière. Il finance également l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé, ainsi que la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire. Le FIR permet le développement d'une contractualisation silencieuse, dans le sens où elle est locale, peu encadrée législativement ou réglementairement. Quand ces formes d'organisation quittent le domaine du FIR pour basculer vers un modalités d'organisation de droit commun, comme c'est le cas avec les maisons de santé ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), cette contractualisation organisationnelle qui repose principalement sur des incitations financières rebascule dans le champ des relations conventionnelles centralisées entre l'assurance maladie et les partenaires conventionnels.

III. CONCLUSION DU CHAPITRE DEUX : LES LFSS ONT–ELLES SUBORDONNÉ LA RECONFIGURATION DE L'OFFRE DE SOINS (*RECALIBRATION*) À LA POLITIQUE DE MAITRISE DES DÉPENSES (*COST-CONTAINMENT*) ?

La création des lois de financement de la sécurité sociale, mais aussi la fiscalisation des recettes de l'assurance maladie, a pu être interprétée comme le symbole d'une mue beveridgienne d'un système historiquement bismarckien. En effet, les systèmes beveridgiens, comme le *National Health Service* britannique, se caractérisent par un financement assis sur l'impôt et soumis à l'approbation du Parlement dans le cadre de l'examen du budget annuel. La création de la LFSS, et de ses mécanismes de régulation, constitueraient donc dans cette hypothèse un transfert des mécanismes en vigueur dans le monde beveridgien.

Cette hypothèse ne nous semble pas s'être réalisée, l'assiette de financement et le rôle du Parlement ne correspondent que partiellement au modèle beveridgien qui comprend aussi des éléments relatifs à la gratuité de la prise en charge et à l'organisation de l'offre de soins, et notamment des soins de ville qui le distingue des régimes bismarckiens.

La LFSS est donc conçue avant tout comme un instrument visant à affirmer la prédominance de l'impératif budgétaire et la réponse apportée à la crise de la deuxième partie des années 2000 vient renforcer cette dimension.

1. La prédominance de l'objectif de maitrise des dépenses

Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle la LFSS est la réponse de l'État à l'évolution des dépenses de santé, et à l'absence de régulation des dépenses dans un système bismarckien tel qu'il s'est développé en France. L'accent mis sur l'analyse de la budgétisation des soins de ville semble d'ailleurs indiquer que les réformateurs ont plutôt cherché leur inspiration en Allemagne qu'au Royaume-Uni (Jobert 1994). C'est bien l'enveloppe fermée des honoraires médicaux, un des instruments majeurs de la médecine de caisse allemande, qui va inspirer les tentatives de budgétisation dont la LFSS est la forme aboutie après l'échec des tentatives d'encadrement par voie conventionnelle à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Avec la LFSS, les pouvoirs publics ont voulu se doter d'un instrument spécifique de maitrise de la dépense. Cet instrument venait se substituer aux plans de sauvetage de la sécurité sociale qui se sont succédé avant le plan Juppé (Palier 2002 b). Cette recherche d'une budgétisation de l'enveloppe globale des honoraires médicaux illustre à la fois l'inspiration rhénane de cette partie de la réforme et la volonté de transposer dans le

domaine des soins de ville des logiques de régulation des dépenses antérieures aux LFSS, notamment dans le domaine hospitalier.

Malgré l'échec de la budgétisation des honoraires médicaux, les LFSS n'ont pas été remises en cause en tant qu'instrument de maitrise des dépenses d'assurance, malgré une succession d'alternances politiques (1997, 2002, 2012, 2017). Le respect des taux de progression de l'Ondam est devenu un objectif politique, à la fois pour mesurer la capacité des gouvernements successifs à agir et pour crédibiliser les instruments et les indicateurs retenus pour « mesurer » cette action.

Dans la relation entre instrumentation (LFSS, Ondam) et jeu d'acteurs, le changement se fait sur un mode directif. Les mesures de maitrise de la dépense viennent encadrer fortement l'action des acteurs du système de santé. Ce resserrement du verrou budgétaire peut être perçu de façon plus ou moins forte du fait de l'existence d'échappatoire. Cela peut être vrai dans le domaine des honoraires médicaux où l'échec de la mise en œuvre d'une enveloppe globale et le recours à des dépassements d'honoraires affaiblissent le poids de la politique de contrainte budgétaire. *A contrario*, cet encadrement budgétaire est particulièrement fort dans le domaine hospitalier qui voit sa part dans les dépenses d'assurance maladie se réduire et doit faire face à des mesures strictes comme des baisses de tarifs et des gels prudentiels de crédits.

Il est difficile de mesurer les résultats. Un consensus se dégage, sur le fait que le niveau de dépenses constatées n'est pas un indicateur pertinent. *« Le niveau de dépenses est moins important que la manière dont sont utilisés les budgets »* (Esping-Andersen 1999). Les décideurs chercheront à concevoir des changements qui produisent leurs implications de façon décalée (Pierson 1994). Dans le cas de la France, l'Ondam sert d'indicateur de résultats. Les analyses portent donc d'abord sur l'échec de l'Ondam comme instrument de maitrise de la dépense du fait des dépassements systématiques dont il est l'objet jusqu'aux années 2010 et en raison de l'échec d'une mesure symbolique la budgétisation des honoraires médicaux. Pourtant dans les années 2010, l'Ondam sera respecté et les dépenses de santé mesurées à travers la consommation de soins de biens médicaux (CSBM) ont augmenté à un rythme légèrement moins rapide que le produit intérieur brut sur la période, leur part dans la PIB est passé de 8,8% en 2009 à 8,6% en 2019. Du point de vue des objectifs fixés au moment du plan Juppé, les cibles pourraient être considérées comme atteintes sur cette décennie à la fois sur la crédibilité de l'instrument budgétaire et pour avoir ramené la progression des dépenses de santé à un niveau inférieur à celui du PIB. L'idée selon laquelle les dépenses de santé ne devaient pas progresser plus rapidement que la

richesse nationale avait été avancée dès le milieu des années 1960 (Pierru 2011). On pourrait rajouter à ce satisfecit celui d'avoir atteint ce résultat sans manifestions majeures de la part des professionnels de santé, ni sanction de l'opinion publique.

2. Des réformes de l'offre de soins (*recalibration*) qui peinent à produire leurs effets

La reconfiguration correspond en partie au séquençage proposé par B.Palier (2004, 2006) distinguant quatre phases dans le développement de l'État providence. Après une première phase qui correspond à la naissance des États providence, puis une seconde phase qui correspond à leur âge d'or (de 1945 à 1970), B .Palier suggère de diviser la troisième période identifiée par la doctrine, celle de l'austérité permanente (Pierson 1998) « *en deux périodes différentes, une « première troisième phase » caractérisée par la « crise de l'État providence » et une « deuxième troisième phase » correspondant à une réforme plus créative et plus intense de restructuration (restructuring) et de refonte (recasting) (Ferrera Rhodes 2000)* » (Palier 2006).

L'action sur l'offre de soins se présente en effet sous la forme d'une reconfiguration du système de santé dans la cadre « *d'une nouvelle rationalité : la recherche de l'efficience, autrement dit chercher à soigner mieux à moindre coût* » (Hassenteufel 2014).

Nous allons essayer de montrer que la poursuite de cette politique de reconfiguration a pu être subordonnée aux impératifs de la politique d'encadrement des dépenses, notamment dans les années 2010.

Cette politique de maitrise de dépenses s'est focalisée sur le financement de l'offre de soins et son organisation. Les autorités ont cherché à développer des actions de reconfiguration du système de soins afin d'améliorer son efficience et de l'adapter aux besoins des malades. Cette reconfiguration a été initiée par le déploiement d'incitations financières en direction des prestataires de soins (médecins libéraux, établissements de santé) ou des innovations organisationnelles rendues possibles par les évolutions techniques (développement de la chirurgie ambulatoire) ou de nouvelles aspirations professionnelles (développement des maisons de santé) que les pouvoirs publics ont tenté d'accentuer (communauté professionnelles territoriales de santé). Ce choix peut expliquer par l'absence d'opposition majeure à la politique de contrainte budgétaire menée depuis vingt-cinq ans, cette politique n'ayant qu'un effet modéré sur la prise en charge des dépenses dont bénéficient les assurés (*retrenchment*). La perte d'influence

des partenaires sociaux s'est accentuée au fil du temps et seuls les syndicats médicaux conservent un pouvoir de veto sur les mesures trop contraignantes les concernant.

Ces réformes peinent à se développer. Le virage ambulatoire est inscrit dans les textes depuis 1991 et l'objectif d'un doublement des maisons de santé entre 2017 et 2022 masque le faible l'impact réel de ce mode d'organisation dans le domaine des soins ambulatoires (puisqu'il s'agit de passer de 1 000 à 2 000 structures). Cette lenteur dans la mise en œuvre des réformes de reconfiguration de l'offre de soins va renforcer le primat donné à la dimension budgétaire annuelle de la régulation. Ce primat s'est traduit par la mobilisation d'actions de rendement immédiat portant sur les prix (actes, séjours, produits de santé) au détriment d'actions structurantes sur les volumes et la pertinence des parcours.

3. Un changement de paradigme budgétaire ?

Plus de 24 mois après le début de l'épidémie de COVID qui s'est traduit par un accroissement des dépenses et un desserrement temporaire (?) du verrou budgétaire ainsi que par une interrogation sur le dimensionnement de l'offre de soins hospitalière, la question de la légitimité des LFSS, et plus particulièrement de l'Ondam comme instrument de régulation des dépenses, a fait l'objet de questionnements au sein des pouvoirs publics (Hcaam 2021) et de remise en question par les acteurs, notamment hospitaliers (Jomier, Deroche 2022), du système.

Ce débat n'est pas totalement nouveau et traverse les vingt-cinq années qui séparent la création des LFSS de la crise du COVID, il porte sur l'existence, ou non, d'un lien entre la programmation associée aux objectifs de santé et de transformation de l'offre de soins et celle des ressources financières. Dans cette optique, il est considéré que le taux de l'évolution de l'Ondam est établi en fonction de sa soutenabilité pour les finances publiques et traduit la contrainte macroéconomique que les pouvoirs publics exercent sur le système de santé. A contrario, la construction de l'Ondam ne tiendrait compte ni des enjeux de rémunération des acteurs, ni des déterminants de la dépense de soins qui ne sont pas explicitement pris en compte. Le rapport du Sénat sur l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Deroche, Savary 2019) indique : « *Nous touchons aujourd'hui aux limites d'un pilotage budgétaire à courte vue, certes efficace, mais qui ne paraît plus en mesure d'accompagner la transformation tout aussi nécessaire de notre système de santé* ». Les rapporteurs notent *« les attentes fortes des acteurs pour privilégier des modes de régulation axés*

sur la qualité et la pertinence des soins, qui s'inscrivent forcément dans la durée, plutôt que sur la seule logique du « rabot » via l'action sur les tarifs ».

Les mouvements sociaux constatés à l'hôpital avant le début de l'épidémie de COVID (grève des urgences par exemple) sont une illustration de cette critique de l'Ondam et de l'impact des politiques menées sur l'offre de soins hospitalières (Pierru 2020). La forte contrainte budgétaire pesant sur l'hôpital a été contestée par les personnels et la réduction des capacités hospitalières a été interrogés au regard de la gestion de l'épidémie de COVID ; bousculant la politique de maitrise des dépenses menée à l'hôpital et générant un desserrement de la contrainte budgétaire à travers les mesures du Ségur de la santé.

Les mesures rassemblées sous l'intitulé de « Ségur de la santé » sont présentées comme un virage dans la politique menée en matière de financement des établissements de santé. Ces mesures s's'inscrivent dans la suite des débats provoqués par la gestion de l'épidémie de COVID-19 (nombre de lits) et sur le dimensionnement et l'attractivité de notre système hospitalier. Elles soulèvent une interrogation sur les choix de réorganisation de l'offre de soins qui pourraient être faits dans les mois et les années à venir : rattrapage budgétaire à l'instar des décisions du Gouvernement Blair en direction du NHS au début des années 2000 ou nouvelle répartition des rôles entre ville et hôpital, entre les médecins et les autres professions de santé ?

CHAPITRE TROIS : UTILISER LA CONTRAINTE BUDGÉTAIRE POUR FABRIQUER UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ ?

Le plan Juppé a défini une trajectoire de réformes (Bezes, Palier 2018) qui se caractérise par la prédominance d'une politique de contrainte budgétaire. Ce plan a cristallisé une séquence qui a débuté à la toute fin des années 1980 (après le plan Séguin de 1986) et a été prolongé par les lois de 2004 (assurance maladie et politique de santé publique), 2009 (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), 2016 (Modernisation de notre système de santé), 2019 (Organisation et transformation de notre système de santé).

Le premier trait caractéristique de cette trajectoire est la prédominance d'une politique de contingentement des dépenses (*cost-containment*) fondée la maitrise de la rémunération de l'offre de soins plutôt que sur la réduction de la couverture offerte aux assurés. Jusqu'à la fin des années 1980 « *la politique de maitrise de la demande avait été privilégiée. L'augmentation du reste à charge (ticket modérateur, forfait) était la réponse traditionnelle aux situations de déficit. À la suite du plan Seguin, la maitrise de l'offre, notamment par le biais d'enveloppe globales sur le modèle des réformes allemandes, a pris le relais* » (Tabuteau 2009 b). Dans le domaine de l'assurance maladie, la mise en sommeil d'une politique de retranchement (*retrenchment)* fondée sur une réduction de la couverture offerte aux assurés (politique de la demande) et le déploiement d'une politique fondée sur la maitrise des dépenses des offreurs de soins (politique de l'offre) va orienter fortement cette réflexion sur la recherche d'une meilleure structuration du système de santé. La réflexion qui précède cette reconfiguration repose sur plusieurs fondements : feuilleté institutionnel complexe, nécessité d'optimiser le fonctionnement du système de santé pour assurer la maitrise des dépenses, redistribution du pouvoir entre l'État et les partenaires sociaux, rationalisation de l'action publique, volonté de répondre à une attente de l'opinion publique. Comme le soulignent Marsh et Olsen (1989) à propos des réformes organisationnelles, cette réflexion est motivée par deux mobiles principaux : la volonté de maitriser les dépenses et des enjeux de contrôle (managériaux, politiques).

Le deuxième trait caractéristique de cette trajectoire est le renforcement constant du rôle de l'État dans le pilotage de la politique d'assurance maladie. Ces évolutions s'accompagnent d'un mouvement de reconceptualisation politique des interactions entre l'État et les autres acteurs impliqués dans la régulation du système de santé (Cf. Chapitre 1 et 2). Cette recomposition a été considérée comme nécessaire pour répondre

à la maitrise des dépenses et à l'évolution des besoins sanitaires. P.Hassenteufel (2014) souligne qu'« *en France, les difficultés à faire face au financement de l'évolution des dépenses de santé ont conduit progressivement, à partir des années 1980, au développement d'une réflexion qui ne porte plus seulement sur les sources de financement et les instruments de maitrise des dépenses mais aussi, plus largement sur l'organisation institutionnelle de l'assurance maladie.* » Par son ampleur, cette reconceptualisation a bouleversé les équilibres antérieurs en matière de pilotage de l'assurance maladie et du système de santé pour affirmer le rôle de l'État. Cette recomposition politique est donc visible à travers de nombreuses évolutions institutionnelles qui ont profondément modifié les modalités de pilotage du système de santé. Certains aspects de ces évolutions ont été particulièrement mis en exergue. C'est le cas des transferts de compétences des partenaires sociaux vers l'État, dont le nouveau rôle du directeur général de l'Uncam en matière de négociation conventionnelle constitue le point nodal. Elle domine les reconceptualisations économique ou gestionnaire qui ont pu être déployées notamment le recours à la marchandisation, via la privatisation, ou la mise en concurrence des offreurs de soins.

Un troisième trait caractéristique est l'intégration des politiques d'assurance maladie et de santé dans une politique publique nouvelle : la politique globale de santé, pour reprendre l'enchainement de termes utilisés par D.Tabuteau (2016 c). Ce processus d'intégration progresse tout au long de la période étudiée, sa formalisation politique figure dans le plan Juppé. Le choix d'une régulation par l'offre de soins dépasse la seule question de la maitrise des dépenses, elle constitue un choix politique porteur de mécanismes de régulation spécifiques et rend nécessaire la fabrication d'une politique de la santé.

La nécessité de prendre en compte la profondeur historique pour comprendre les enjeux de cette démarche de meilleure articulation a fait l'objet de nombreux développements. Ces questions de pilotage, et de périmètre, sont subordonnées à un héritage historique et à des modalités de construction de l'assurance maladie et de la politique de santé. Ainsi, et à l'exception de mesures de lutte contre les épidémies ou de rares politiques spécialisées (tuberculose, protection maternelle et infantile), l'organisation du système de santé était assurée par les médecins. Puis « *la seconde partie du XXème siècle a donné lieu à une véritable conquête du système de santé par l'assurance maladie. Le développement et la généralisation de l'assurance maladie a permis le déploiement d'une offre de soins qui n'avait pas de précédent. Cette dichotomie se retrouve dans l'édification de deux corpus législatif distinct, avec d'un*

côté un code de la santé publique qui définit un corpus de règles relatives au fonctionnement du système de santé et de l'autre, un code de la sécurité sociale dont la partie consacrée à l'assurance maladie organise la prise en charge des dépenses de santé par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Une relation inégale s'est établie entre politique de santé et politique d'assurance maladie, sous la forme d'une relégation de la politique de santé publique au second plan » (Tabuteau (2016 c).

La nécessité de d'une meilleure articulation est motivée par des motifs d'efficacité. Efficacité quant aux objectifs poursuivis puisqu'elle répond à un impératif politique majeur qui est la mise en œuvre du principe constitutionnel de protection de la santé qui figure au 11ème alinéa du préambule de la constitution du 27 octobre 1946 qui dispose que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.* » Dans sa jurisprudence, le Conseil constitutionnel a lié ce principe de protection de la santé avec la protection sociale contre la maladie.

Efficacité quant au pilotage de cette politique. Il est en établi que les conditions entourant la création de la sécurité sociale en 1945 (Hassenteufel 1997, Caniard 2004) ont durablement ancré la dichotomie entre les missions de l'État et celle de l'assurance maladie. Cette répartition des rôles se retrouve dans l'organisation des services chargés d'assurer la tutelle de la sécurité sociale et ceux auxquels incombent l'élaboration de la politique de santé. Avec l'émergence d'un service public hospitalier à la fin des années 1950, cette construction s'est traduite par un clivage entre le secteur hospitalier, supervisé par l'État, et la médecine de ville régie par des conventions conclues avec l'assurance maladie. Il a fallu attendre les années 1990 pour que l'État régule l'ensemble du secteur de l'hospitalisation. La nécessité de renforcer l'encadrement des dépenses d'offre de soins justifie cette réflexion sur le renforcement du rôle du l'État.

Le plan Juppé est adopté, puis mis en œuvre, dans une période de crises sanitaires et de reconfiguration de la politique de santé publique. Au côté de cette politique curative existe des politiques porteuses d'ambition alternative (Bergeron 2010) les politiques de santé publique. Le renforcement du rôle de l'État qui découle du plan Juppé et de ce renouveau de la santé publique va alimenter cette réflexion sur le pilotage du système de santé et la fabrication de la politique de santé.

Avec le plan Juppé: « *le pouvoir politique a tenté de structurer et de rationnaliser l'élaboration de la politique de santé* » (Tabuteau 2010). Comme pour le processus qui a conduit à la création des LFSS, la réflexion sur la formalisation d'une politique de santé a démarré antérieurement aux années 1990. Se mêlent à la fois des initiatives politiques de présentation d'une politique de santé structurée sous une forme libre et non procédurée, qu'il s'agisse de la communication de C.Evin au conseil des ministres du 12 avril 1989, ou de la présentation de B.Kouchner devant la conférence nationale de santé du 3 Avril 2001 ou de travaux menés dans des cercles de réflexion ou de planification tels le commissariat général au plan (Soubie 1993, Minc 1994) ou la commission des comptes de la sécurité sociale (Chadelat 2003, Coulomb 2003). Au sein de cette séquence, le plan Juppé se distingue par une institutionnalisation et une formalisation de la démarche. Il met en place une première étape qui va adosser la politique de santé aux LFSS et esquisse une procédure de fabrication de la politique de santé. Puis à trois reprises (2002, 2004, 2016), le législateur s'est prononcé sur les étapes d'une procédure spécifique à la fabrication de cette politique publique sectorielle qui consiste en une réconciliation entre assurance maladie et politique de santé (Ruellan 2003), une mise en cohérence (Tabuteau 2006) et peut s'apparenter à une politique d'organisation (Bezes, Le Lidec 2016) et participer à un processus d'intégration (Pierru, Rolland 2016).

La fabrication d'une politique globale de santé répond à une recomposition multi-niveaux. Il s'agit tout d'abord de dépasser un double pilotage hérité de l'histoire (partenaires sociaux/assurance maladie soins de ville ; État/hôpital/santé publique) afin de mieux articuler assurance maladie et politique de santé essayer de se dégager de la tutelle inversée (Pierru 2022) imposée par les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, d'effacer le pilotage en silo, issu de l'histoire, entre État et assurance maladie, entre ville et hôpital. Dans le prolongement d'analyses menées par des acteurs programmatiques (Ruellan 2003, Tabuteau 2001 a, 2001 b, 2003, 2006, 2013 a, 2016 c), la lutte contre les déserts médicaux, la recomposition de l'offre hospitalière, la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins nécessitent une coordination des multiples acteurs du système de santé. Cette meilleure articulation doit favoriser la reconfiguration du système de santé et lui permettre de répondre aux attentes de la population.

Les LFSS ont tout d'abord une influence directe sur ce processus, elles favorisent la création d'un « budget » de la santé, et pas uniquement d'une budgétisation entendue comme une mise sous contrainte financière sans autre objectif que la maitrise des

dépenses. Ce processus est renforcé par une disposition législative de nature procédurale qui prévoit que le Parlement se prononce chaque année sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale présentées dans un rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année. Nous formulons l'hypothèse que cette disposition, aujourd'hui supprimée, a été le déclencheur d'un mouvement d'intégration des politiques d'assurance maladie et de santé vers une politique globale de santé.

Nous ferons également l'hypothèse que les LFSS ont favorisé indirectement cette construction d'une politique de santé car le seul référentiel budgétaire ne suffisait pas à entrainer l'adhésion des acteurs et ne répondait pas aux défis à relever. La réussite de la politique de maitrise de dépenses devait être accompagnée d'une politique de reconfiguration du système de santé dont le fondement ne pouvait pas être uniquement budgétaire mais devait exprimer une évolution susceptible de favoriser une meilleure prise en charge des assurés en réduisant les défaillances constatées et en répondant à des défis nouveaux comme ceux constitués par les innovations médicales, pharmaceutiques et numérique. Cette reconfiguration doit être distinguée du processus de reconceptualisation politique qui a conduit à une transformation du rôle de l'État et des partenaires sociaux dans le pilotage de l'assurance maladie.

I. FABRIQUER LA POLITIQUE DE SANTÉ À PARTIR D'UN INSTRUMENT BUDGÉTAIRE

Une politique publique correspond tout d'abord fondamentalement à une orientation (Hassenteufel 2021), elle s'inscrit dans un cadre général d'action, elle est constituée d'un ensemble de mesures concrètes (Muller 2003). Elle renvoie aussi à des choix d'instruments d'action (Lascoumes, Le Gales 2004). Selon B.Palier (2020) assurance maladie et système de santé entretiennent des relations étroites puisqu'il s'agit d'un côté de couvrir les dépenses provoquées par la maladie et de l'autre d'organiser la relation entre les professionnels de santé et les patients. Cette définition met l'accent sur une dimension du système de santé qui est celle de l'offre de soins et qui en termes de dépenses constitue une part très majoritaire des dépenses publiques. La politique de santé est assimilée à la prise en charge de la maladie. Ce lien va justifier les mesures du plan Juppé visant à articuler réorientations de la politique de santé et LFSS.

La création de LFSS trouve sa place dans un renversement historique qui voit s'affirmer la prédominance des politiques de contraintes budgétaires sur les politiques d'extension de la couverture offerte aux assurés. Les analyses relatives à l'instauration de la LFSS se sont ainsi principalement consacrées à l'examen des mécanismes de régulation budgétaire adossés à cet instrument (Ginon, Planel 2008, Pierru 2020) et à leur efficacité, notamment dans les tentatives de mise sous enveloppe globale des honoraires médicaux.

Dans les travaux académiques, la création des LFSS est également analysée comme un indice du changement dans le gouvernement des politiques sociales (Palier 2003), un instrument de structuration d'un champ original celui des finances sociales (Pierru 2011, 2021). Cette structuration permet d'affirmer l'autonomie des comptes sociaux et d'identifier clairement les sources de déficit. Elle trouve toute sa place dans l'analyse des LFSS comme instrument de la politique de contrainte budgétaire. La question des « charges indues » portée par les partenaires sociaux puis par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) en charge de la préparation et du suivi des LFSS et certains parlementaires (Vasselle, Cazeau 2006), à compter de la création des LFSS illustre cette recherche d'autonomie qui vise à protéger la sécurité sociale de dépenses qui ne lui incomberaient pas (compensation des exonérations sociales, prise en charge des dépenses de CMU au forfait plutôt qu'aux frais réels). Cette affirmation d'une autonomie des finances sociales est également un moyen de maintenir les spécificités des LFSS qui reposent sur des mécanismes de régulation distincts de ceux des lois de finances. Ce débat sur les finances sociales est également sous-tendu par la question

d'une éventuelle fusion des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale. La révision de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale en 2005, le Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale (Charpy, Duberthet 2018) ou encore l'adoption récente d'une nouvelle loi organique relative aux LFSS (loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale) alimentent ce débat et rapproche les logiques procédurales de la LFSS de celles des lois de finances.

Partant du constat selon lequel la création de la LFSS est le point d'orgue de la construction des finances de la sécurité sociale en problème public, et que cette création est allé de pair avec la création d'une « *communautés de politique publique qui transcende les frontières des univers sociaux »[…] « tous ces acteurs finissement pas partager les mêmes catégories, un même langage, une même vision –financière- du problème que pose(rait) la « Sécu » et, finalement, la même conception de la nature des solutions techniques et expertes, à y apporter* » (Pierru 2021), nous souhaitons examiner l'hypothèse selon laquelle la LFSS a favorisé un mouvement d'agrégation des dépenses, qui débouche sur la création de facto d'un budget de l'assurance maladie qui n'existait pas avant 1996. Malgré les limites techniques de cette comparaison, il nous semble possible de parler de budget de l'assurance maladie en raison des choix qui ont été faits en 1996 et notamment la création, concomitante à celles des mécanismes de régulation des dépenses spécifiques dans cette seule branche, d'enveloppes sectorielles et d'une enveloppe globale l'Ondam. Ces choix s'appuient sur une trajectoire entamée avec la réforme Jeanneney et la création d'une branche assurance maladie autonome. La construction du budget de l'assurance maladie s'appuie sur des sous-objectifs qui dès l'origine sont bâtis autour des deux principaux segments de l'offre de soins : dépenses de soins de ville et dépenses hospitalières. La régulation de ces dépenses est l'essence de la construction de l'Ondam.

Cette construction budgétaire, à travers les secteurs qu'elle finance, les orientations qu'elle impulse et les valeurs qu'elle porte va participer au mouvement d'intégration des politiques d'assurance maladie et de santé qui est une des caractéristiques de la recomposition politique initiée par le plan Juppé et poursuivie depuis. Le budget de l'assurance maladie va progressivement se transformer en budget de la santé par agrégation. Plusieurs éléments de la politique de santé vont être transférés du budget de l'État vers les LFSS. Les finances sociales deviennent un instrument incontournable du pilotage du système de santé car elles attribuent des moyens mais également par qu'elles donnent des orientations.

Dans cette optique la LFSS contribue à la délimitation du périmètre de la politique de santé et à sa reconfiguration.

A. UNE INTÉGRATION GESTIONNAIRE : LA LFSS COMME BUDGET DE LA SANTÉ

Ce processus de transformation est le fruit d'une évolution débutée à l'occasion de la réforme de la sécurité sociale de 1967. La réforme dite Jeanneney (ordonnance n°67-706 du 21 aout 1967) a modifié la configuration du régime général de la sécurité sociale en confiant la gestion administrative et financière des risques (maladie, vieillesse, famille, AT/MP) à des branches distinctes dotées d'une gouvernance spécifique, d'une législation propre, d'une organisation administrative particulière (caisse nationale et caisses locales) et de financement distinct. Cette organisation de la sécurité sociale en branche est demeurée pérenne depuis. La réforme était déjà motivée par la problématique de la maitrise des dépenses. Séparer les risques permettait de différencier leurs situations et de souligner la situation déficitaire dans laquelle se trouvait la seule branche maladie. Ce choix d'organisation avait permis d'accroitre les responsabilités confiées aux partenaires sociaux, gestionnaires de la sécurité sociale, notamment pour maitriser les dépenses de santé (Valat 2001). Ce mouvement de différenciation des risques et leur constitution en branche ont pu avoir pour effet, sur un temps long, de favoriser une forme d'éclatement des blocs constituant la sécurité sociale. Géré selon une législation propre, chaque bloc devient un élément constitutif de la sécurité sociale dont il porte les principes fondateurs comme la solidarité et la redistribution, et figure dans le périmètre des LFSS. Concomitamment chaque risque connait une évolution, un glissement, une spécialisation qui le transforme en élément, souvent majeur, d'une politique publique sectorielle : vieillesse, santé, famille. la sécurité sociale se divise entre les secteurs qui relèvent encore des assurances sociales et ceux qui ne relèvent plus d'une logique contributive. « *La protection maladie est de plus en plus perçue comme une fonction universelle qui devrait être garantie pour tous les citoyens* » (Palier 2002 b), Cette segmentation de la sécurité sociale a permis d'isoler l'assurance maladie dans une écosystème institutionnel propre, et favorise le passage d'une interrogation sur l'articulation de cette politique avec la politique de l'offre de soins, et plus largement la politique de santé, à une politique d'intégration de l'assurance maladie et de la santé publique dans une nouvelle politique publique : la politique de santé.

La LFSS accentue cette segmentation des risques au sein de la sécurité sociale et contribue à cette évolution qui va déboucher sur l'élaboration d'une politique de santé

globale. En effet, la notion de politique de santé et les règles de son élaboration apparaissent dans le cadre du plan Juppé (Tabuteau 2006).

La création des LFSS, par mimétisme procédural avec les lois de finances avait pour objectif de doter l'État d'un instrument de pilotage des dépenses de sécurité sociale. Nous avons vu que dans ce dispositif global une importance particulière avait été apportée à la régulation des dépenses d'assurance maladie par le biais de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie. En outre, ce mécanisme de régulation n'est pas conçu autour des prestations servies aux assurés mais pour réguler l'offre de soins (soins de ville, dépenses hospitalières) et maintenant l'offre médico-sociale (Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées). Ce choix va avoir un effet sur les usages qui vont être fait des LFSS, pour ce qui concerne la partie relative à l'assurance maladie. Outre une fonction première de régulation des dépenses, la LFSS, et pour le dire plus schématiquement, l'Ondam, est aujourd'hui devenu le budget de la santé et se trouve considéré comme tel par les acteurs.

1. L'invention d'un instrument de mesure du budget de la santé

Cette transformation de l'Ondam en budget de la santé permet d'analyser la façon dont un instrument de type budgétaire, la LFSS, a eu un effet d'intégration par le haut sur des politiques qui étaient distinctes voire fragmentées, par l'utilisation d'un véhicule commun pour les mesures budgétaires, sectorielles et le partage d'indicateurs de suivi et de performance communs. La modalité d'intégration dont nous voulons éprouver ici l'hypothèse est une intégration de type gestionnaire. Il s'agit de voir comment la LFSS participerait ainsi à un mouvement d'intégration verticale (nationale), gestionnaire, fondée sur des instruments de pilotage à distance (enveloppe budgétaire, indicateurs, contractualisation). Dans cette définition d'une nouvelle organisation, la LFSS agit en complément d'autres modalités d'intégration fondées sur des trajectoires organisationnelles comme l'intégration des échelons régionaux de l'État et de l'assurance maladie au sein des agences régionales de santé. Elle participe au gouvernement de la politique santé. Cette évolution illustre la façon dont les instruments de financement sont porteurs d'une grammaire spécifique de l'action publique (maitrise des dépenses) mais aussi porteurs de dispositifs de sens (Bezes, Siné 2011).

En ce sens, la LFSS participe au mouvement d'intégration d'un système de santé très fragmenté et dont la recomposition est une valeur heuristique de la trajectoire de réforme qui s'étend du plan Juppé à nos jours.

a) Une approche cognitive du budget de la santé

Le raisonnement en budget met en évidence l'importance des enjeux de construction, de catégorisation et de connaissance des différents secteurs du système de santé.

La construction de l'Ondam comme budget de la santé de la santé a été rendu possible par des évolutions régulières et cumulatives. Tout comme la crise de 2008 n'a pas remis en cause les politiques d'austérité, les transformations structurelles induites par la création de l'Ondam ont vu leurs effets en faveur d'une fabrication de la politique de santé se poursuivre.

Avant de développer cette analyse, nous souhaitons d'abord préciser son périmètre. Notre référence à un budget de la santé est une référence cognitive et instrumentale, elle n'a pas vocation à s'inscrire dans une démonstration juridique ou dans une analyse relevant du champ des finances publiques, domaines dans lesquelles elle serait réfutée puisqu'ainsi que nous l'avons évoqué précédemment, les LFSS n'ont pas les caractéristiques techniques d'une loi budgétaire qu'il s'agisse de l'autorisation de percevoir les recettes ou du caractère limitatif des crédits affectés à l'action publique.

En effet, la LFSS ne constitue pas un acte annuel de perception des recettes, le recouvrement des cotisations sociales n'étant pas soumis à ce principe, elles ne constituent pas plus un acte d'autorisation de la dépense sociale puisqu'une prestation est due compte tenu du droit applicable et de l'inspiration bismarckienne du système. Elle n'intègre pas les principes d'universalité et d'unité budgétaire puisque les dépenses et les recettes ne peuvent pas être directement rapprochées. Elle ne constitue pas un budget au sens strict car le fait ne de pas respecter les objectifs de dépenses votés ne conduit pas à une interruption du versement des prestations, ni ne contraint à adopter une loi de financement de la sécurité sociale rectificative.

Loi de finances	Loi de financement
Hypothèses et prévisions macroéconomiques Procédure générale d'examen parlementaire - idem LFSS	Hypothèses et prévisions macroéconomiques Procédure générale d'examen parlementaire - idem LF

Comptabilité de caisse/ encaissement décaissement avec aménagements (annexes)	Comptabilité en droits constatés (PCUOSS)
Approche annuelle de la dette et des mouvements annuels qu'elle induit et approche consolidée en annexe	Objectif annuel d'amortissement de la dette sociale, plafonds d'emprunt et approche consolidée en annexe
Autorisation de prélèvement (consentement à l'impôt)	Néant
Autorisation initiative de dépense (budget)	Néant, déclinaison budgétaire et enveloppes limitatives pour certaines dépenses (Ondam, gestion courante, action sociale)
Article d'équilibre dans la partie recettes votés avant la partie dépense	Tableaux d'équilibre, votes successifs mais aménagements possibles
Projets annuels de performance/ rapports annuels de performance	PQE, annexes et COG/ différenciation politique publique – efficience interne
Loi de finances initiale, lois(s) de finances rectificative(s) et loi de règlement	LFSS de l'année et possibilité de LFRSS
Annualité stricte et pluriannualité via les lois de programmation des finances publiques (LPFP)	Pluriannualité dans la LFSS de l'année
Principe général de non affectation (hormis exception taxes affectées et prélèvements sur recettes)	Principe général d'affectation
Unité et universalité	Pas de principe mais unité et universalité renforcées (1996, 2005, 2010)
Monopole matériel, offensif et exclusif	Monopole défensif (limitation du champ matériel aux recettes exclusives et à la compensation
Comparaison du cadre applicable aux lois de finances et aux lois de financement de la sécurité sociale	

Source Haut Conseil pour le financement de la protection sociale 2019

Les travaux sur la portée des LFSS ont conduit à les qualifier d'objets financiers juridiques non identifiées (Pellet 2006) à la portée normative incertaine ou différée (Matt 2001). Par-delà ce débat technique, nous considérerons que ces incertitudes sur la nature juridique des LFSS ne sont pas un obstacle à considérer que l'Ondam est devenu le budget de la santé et que les LFSS constituent ainsi une modalité d'intégration gestionnaire des politiques d'assurance maladie et de santé.

Cette invention d'un budget de la santé comporte trois éléments : un outil de mesure et de savoir (le montant du budget de la santé et par extension sa norme de progression), un outil de coupes budgétaires (affirmation des orientations politiques, répartition des crédits et un outil d'intégration de la politique de la santé (rassembler les dépenses). La prédominance des questions de maitrise de la dépense aura pour effet d'exacerber certains conflits (budgétisation des honoraires médicaux) et de remettre en cause la pertinence de l'Ondam, et sa méthodologie de construction, tant dans sa capacité à prendre en compte les besoins de santé que dans la pertinence de la répartition des crédits.

b) Un outil de mesure et de savoir

La naissance d'une interrogation sur l'existence d'un budget de la sécurité sociale n'émerge pas comme un questionnement évident et légitime. Dès le milieu des années 1970, les gouvernements successifs ont dû mettre en œuvre des plans de sauvetage réguliers sans que la question du budget ne soit posée. Malgré les limites techniques de cette comparaison, il nous semble possible de parler de budget de la sécurité sociale à compter de la création des LFSS.

A défaut d'en avoir toutes les caractéristiques techniques, les LFSS ont les attributs politiques d'un budget (Siné 2006). Elles sont tout d'abord devenu un rendez-vous annuel incontournable pour l'ensemble des acteurs du système de santé c'est à la fois un rite politique (préparation du PLFSS avec ces rencontres entre les différents acteurs concernés et les arbitrages interministériels, examen du texte au Parlement et auditions des acteurs concernés, mise en œuvre des mesures votées : publication des tarifs hospitaliers, décrets d'application) et une routine bureaucratique (directions d'administration centrale en charge de la préparation et de la mise ne œuvre du texte).

Le contenu des LFSS contribue également à la construction de ce budget de la santé. L'identification d'un objectif spécifique de dépenses d'assurance maladie, l'Ondam en est un premier indice. La création d'une enveloppe globale, quels que soient les

questionnements autour de son périmètre ou du respect de son plafond (cf. chapitre 2) contribue à cette idée d'un budget de l'assurance maladie et par extension de la santé.

La transformation des dépenses d'assurance maladie favorise également la cette construction d'un budget de la santé. Conçues initialement comme des prestations visant à compenser des pertes de revenus et fondées sur le versement d'un revenu de remplacement (les indemnités journalières), les dépenses d'assurance maladie sont aujourd'hui massivement constituées de prestations en nature c'est-à-dire de remboursement de dépenses de santé (consultations, hospitalisation, dispensation de produits de santé). Les dépenses d'assurance maladie sont donc devenues des dépenses de santé au sens global.

c) Un outil de coupes budgétaires

L'Ondam est un budget de la santé car il organise les allocations budgétaires entre les différents secteurs de l'offre de soins. Les masses financières régulées à travers l'Ondam concentrent une part prépondérante des dépenses consacrées à la politique de santé avec le financement des dépenses de soins en ville et en établissements.

La construction de l'Ondam illustre la recherche de compromis entre les contraintes budgétaires (difficultés de financement, faiblesse des marges de manœuvre et incrémentalisme budgétaire) et les contraintes politiques (traiter les problèmes à l'agenda politique, réaffirmer l'identité partisane, incarner les valeurs, entretenir sa légitimité, montrer l'efficacité de l'action politiques) (Siné 2006). Cette allocation budgétaire constitue une affirmation des priorités de l'action publique en matière d'offre de soins. L'exemple des dépenses hospitalières illustre cette situation. L'allocation de ressources est soumise à une forte activité de régulation budgétaire (gel ou baisse des tarifs) qui devait être sous-tendue par un discours sur la reconfiguration de l'offre de soins hospitalière (virage ambulatoire, fin de l'hospitalo-centrisme). Ce discours fait aujourd'hui l'objet de critiques, les causes profondes (Juven, Pierru, Vincent 2019) justifiant cette réorganisation proposeraient une vision organisationnelle-gestionnaire dénoncée par les professionnels de santé qui ne voient dans cette reconfiguration qu'une vision budgétaire, une « *politique des caisses vides* » (Gueix 2003). Le développement d'un raisonnement budgétaire est un « *révélateur des conflits de pouvoir qui sous-tendent la fabrication et l'usage d'un instrument cognitif de mesure destiné à décrire une réalité multiforme* » (Bezes 2004).

d) Un outil de fabrication d'une politique globale de santé

Par sa construction, l'Ondam ne retrace ni l'ensemble de l'effort public national de couverture des dépenses de soins son champ recouvrant les seules dépenses entrant dans le périmètre des LFSS, ni l'ensemble des dépenses de santé. Toutefois, un mouvement silencieux et régulier s'est produit depuis la création des LFSS, il porte sur le transfert de dépenses jusqu'alors inscrites sur le budget de l'État vers les LFSS.

Ce transfert est l'indice d'une intégration progressive de la politique d'assurance maladie et de santé. La création des LFSS est concomitante d'un mouvement recomposition de la politique de santé publique à la suite plusieurs crises importantes (Sida, sang contaminé, vache folle). Cette intégration est à la fois un signe de la volonté du Gouvernement de piloter de façon centralisée la politique de santé et de mettre en fin à la dichotomie budgétaire entre assurance maladie et santé. Des dépenses qui relèvent de la politique de prévention, de la sécurité sanitaire ou du financement de structures en charge de secteur relevant du sanitaire plus que l'offre de soins ont ainsi été progressivement inscrites dans la périmètre de l'Ondam. Malgré leur poids financier limité, ces transferts ont une portée symbolique forte dans la fabrication de l'Ondam comme budget de la santé. Trois cas à forte portée symbolique peuvent être identifiés.

Le premier est relatif à la prise en charge de dépenses de prévention par le biais de l'Ondam, et donc à leur prise en charge par l'assurance maladie, alors que ces dépenses relevaient traditionnellement du budget de l'État. Il s'agit d'un point nodal de cette évolution de la LFSS, et de l'Ondam vers un budget de la santé. Cette évolution a débuté avec la création Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires (FNPEIS). Créé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) afin de financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propre à améliorer l'état de santé général de la population. La création de ce fonds traduisait le souci d'identifier l'effort de l'assurance maladie dans ce domaine de la prévention et venait lui reconnaître juridiquement, au-delà de sa fonction traditionnelle de payeur, le rôle d'acteur de santé (Cour des comptes 2011). Opérationnellement ce fonds ne permet pas de comptabiliser l'ensemble des dépenses de prévention prises en charge par l'assurance maladie puisqu'une partie d'entre elles est prise en charge directement par le risque (prise en charge des vaccins par exemple). Il s'inscrit toutefois dans une démarche d'intégration gestionnaire plus large puisqu'il s'agit de montrer les liens entre assurance maladie et santé et de quantifier les interventions. Cette évolution démarrée à la fin des années 1980 a été complétée par d'autres évolutions comme la

création du fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives qui permet de financer des actions de lutte contre le tabac ou l'alcool à partir des années 2010. Ces fonds sont désormais conçus comme des moyens d'intervention destinés à contribuer financièrement à des politiques de prévention. En matière de prévention, une nouvelle étape avait également été franchie en 2002 (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) avec l'adoption d'une mesure législative permettant de financer des actes de prévention prioritaires sur le risque, c'est-à-dire les dépenses d'assurance maladie. Cette mesure permet de dépasser une prise en charge assurée par le biais de crédits limitatifs d'un fonds de prévention en les transférant vers les dépenses générales de l'assurance maladie comme l'ensemble des consultations et prescriptions remboursées par la sécurité sociale. « *La symétrie établie, pour la première fois, entre le financement de la prévention et celui des soins pourrait induire un rééquilibrage progressif de l'organisation du système de santé* » (Tabuteau 2001).

Un deuxième indice vient renforcer cette hypothèse de la construction d'un budget de la santé, c'est le transfert progressif des dépenses de fonctionnement de diverses agences relevant de la sphère du ministère chargé de la santé du budget de l'État vers la LFSS. Ce transfert est présenté comme une mesure de simplification, ici de clarification des circuits de financement répondant notamment à une demande de la Cour des comptes. Ces transferts ont débuté au milieu des années 2010 et ont concerné des agences au profil varié. Ont ainsi connu une modification de leur circuit de financement : l'agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH), le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction dans la LFSS 2015, l'agence de la biomédecine (ABM) et l'école des hautes études en santé publique (EHESP) dans la LFSS 2018, enfin de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et de l'agence nationale de santé publique (SpF) dans la LFSS 2021. Ces transferts ne sauraient être uniquement motivés par une clarification des compétences entre l'État et la sécurité sociale, sauf à conduire à la disparition de la mission « Santé » du budget de l'État. Les missions assignées à l'ANSM ne relèvent pas, de prime abord, d'une logique contributive que suppose, pourtant, leur rattachement au budget de la sécurité sociale. Il s'agit là d'un nouvel exemple du rôle intégrateur joué par la LFSS qui favorise un financement par l'assurance maladie de structures qui contribuent au renforcement du rôle de l'État dans le secteur de la santé.

Le transfert de missions relevant d'un caractère régalien est le troisième indice qui illustre ce processus de construction d'un budget de la santé. Le transfert du

financement de l'agence nationale de santé publique dont la double mission est d'assurer le suivi épidémiologique de la population et de préparer la réponse à des crises sanitaires illustre parfaitement cette intégration. Des dépenses qui relèvent de la sécurité sanitaire et donc de la compétence régalienne de l'État sont désormais financées par le biais de la LFSS. Ce transfert est le fruit d'une évolution débutée au début des années 2000, lorsque les LFSS pour 2002 et 2004 avait prévu de financer le fonds Biotox (dont la mission est de préparer la réponse à des attentats à la suite des attaques à l'anthrax survenues aux États-Unis) par l'assurance maladie. Le Conseil constitutionnel avait dans sa décision relative à la LFSS pour 2004 considéré que la contribution de l'assurance maladie a ce type de dépense ne pouvait être qu'exceptionnel (au sens de non pérenne). Puis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 avait créé un fonds de prévention des risques sanitaires ayant pour mission de « *financer la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave* ».

In fine, la part des dépenses de santé dans le budget de l'État est désormais résiduelle. Le programme 204 de la loi de finances ne comporte plus que deux grandes dépenses que sont l'aide médicale d'État et l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux ou iatrogéniques, en fait le financement des indemnités versées par L'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM) ou de fonds d'indemnisation dédiés comme celui crée pour indemniser les victimes des médicaments à base de valproate de sodium. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie, et ses sous-objectifs, peuvent être considérés comme le budget de la santé et comme un élément du processus d'intégration de l'assurance maladie et de la politique de santé dans une politique de santé globale pilotée par l'État.

Ces transferts ont des conséquences mineures en termes budgétaires puisqu'ils ne modifient ni les grandes masses du budget de l'État, ni celles de l'assurance maladie. Cette allocation marginale de crédits correspond à une réorientation de l'action publique (Parsons 1969).Leur portée a une signification majeure en terme d'analyse des politiques publiques puisqu'il illustre le processus de construction d'une politique de santé globale, intégrative, y compris par la remise en cause de principes de financement qui étaient fondés sur une séparation entre ce qui relevait du risque (les dépenses de soins financés par les prestations en nature) et de l'État (la santé publique et le

financement des structures en charge de la régulation sanitaire). Cette évolution affirme également la centralité de la LFSS dans les processus de répartition et de régulation des crédits destinés à la politique de santé. Ces transferts ont des conséquences sur la structuration de l'Ondam dont le 6ème sous-objectif regroupe les crédits consacrés au financement de ces structures. Cette évolution s'inscrit également dans une démarche de renforcement du rôle de l'administration, la direction de la sécurité sociale, direction financière du ministère, joue « *un rôle de synthèse des actions publique en santé* » et, lors de la préparation du PLFSS, rassemble « *de manière hiérarchisée les demandes des acteurs administratifs du secteur* » (Benamouzig, Pierru 2016). L'instrument budgétaire rend possible l'exercice d'un pouvoir, dès lors qu'un acteur, la DSS, peut se prévaloir d'un savoir et d'une doctrine pour justifier son action.

2. La mise en scène des dépenses ou l'intelligibilité du budget de la santé

Un budget ne peut pas être limité à la simple addition des actions qu'il met en œuvre, il s'agit d'un acte politique majeur pour un Gouvernement. À travers cette dimension budgétaire, l'Ondam qui rassemble le financement d'une part très substantielle de la politique de la santé contribue à la structuration de cette dernière, répartit les moyens entre les acteurs, définit des priorités. En ce sens, la LFSS, et l'Ondam, sont l'expression d'une politique qui englobe l'ensemble des actions entreprises en matière d'assurance maladie, et par extension en matière de santé. La répartition des crédits s'effectue par le biais des sous-objectifs de l'Ondam et des mécanismes de répartition secondaires tels que dans le domaine hospitalier l'enveloppe consacrée aux missions d'intérêt général.

Comme le budget de l'État, les LFSS s'inscrivent dans l'incrémentalisme budgétaire défini par Wildavsky (1966, 1975, 1979) pour la taille des modifications, la régularité des changements dans les allocations, le poids de l'année précédente. Le taux de progression des dépenses de l'Ondam est en effet calculé à partir de l'année précédente et ne connait pas de rupture majeure. L'expression des priorités ne se limite pas à la seule répartition des crédits/masses budgétaires et ne se fait pas par le biais de variations budgétaires significatives telles que celles étudiées par A.Siné (2006) au niveau du budget de l'État mais par des dispositions législatives suffisamment emblématiques pour revêtir une signification politique (Siné, Bezes 2011). Un budget doit être l'occasion de mettre en œuvre la politique du Gouvernement en la déclinant sectoriellement.

a) La fabrique de la reconfiguration du système de santé

Pour le budget de l'État, cette déclinaison se fait dans la deuxième partie de la loi de finances, dont l'examen permet au Parlement de se prononcer sur chaque programme budgétaire et aux ministres de défendre leur action. Toujours par comparaison avec l'examen de la loi de finances, nous dirons que les autorités sanitaires cherchent, dans la quatrième partie du PLFSS, consacrée aux dépenses et plus particulièrement dans la section consacrée aux dépenses d'assurance maladie à mettre en perspective les actions et les valeurs attachées aux dépenses, à les ordonner autour d'objectifs politiques comme le font les membres du Gouvernement qui viennent présenter leur budget lors de l'examen de la deuxième partie des lois de finances. En adaptant l'expression de P.Lalumière à propos des lois de finances (1986), nous dirons que la LFSS, dans sa partie consacrée aux dépenses présente « *le plan d'action du Gouvernement* » en matière d'assurance maladie et de santé. La LFSS participe à la fabrique politique (Zittoun 2013) de la politique publique de santé. Cette hypothèse peut être défendue tant au regard du volume croissant d'articles figurant dans cette quatrième partie qu'au regard du contenu de ces dispositions législatives.

Outre le taux progression de l'Ondam et de ses sous-objectifs, cette mise en scène repose sur un registre d'actions porté par des mesures législatives inscrites en LFSS qui contribuent à dessiner les priorités du Gouvernement en matière de politique de santé. On peut ainsi constater que pour les besoins de ce plan d'action, le contenu des LFSS n'a fait que croitre depuis leur création (32 articles dans la LFSS pour 1997 ; 111 dans la LFSS pour 2021) et que cette croissance est d'abord imputable aux mesures figurant dans la partie relative aux dépenses d'assurance maladie notamment en raison de dispositions législatives fréquentes relatives à l'optimisation des dépenses de santé (développement de la contractualisation dite de bon usage ou de paiement à la performance) à de nouvelles modalités de financement des établissements de santé (T2A) mais aussi d'organisation des soins (maisons de santé, parcours de soins). Cette quatrième partie mêle donc des mesures de maitrise des dépenses, des mesures de reconfiguration de l'offre de soins au service de la maitrise des dépenses et des mesures de prévention.

	Nombre total d'articles	Articles assurance maladie/Santé
LFSS 1997	32 articles	5 articles
LFSS 2005	95 articles	40 articles

LFSS 2010	125 articles	43 articles
LFSS 2011	125 articles	45 articles
LFSS 2012	129 articles	41 articles
LFSS 2013	101 articles	50 articles
LFSS 2014	86 articles	46 articles
LFSS 2015	94 articles	46 articles
LFSS 2016	95 articles	30 articles
LFSS 2017	109 articles	42 articles
LFSS 2018	78 articles	27 articles
LFSS 2019	88 articles	15 articles
LFSS 2020	94 articles	19 articles
LFSS 2021	111 articles	32 articles

Non seulement le nombre d'articles croit de manière importante mais par ailleurs la structuration du projet de loi lui-même a été adaptée pour renforcer cet exercice de mise en intelligibilité du budget de la santé. Un premier effort de pédagogie et de communication intervient à l'occasion de la LFSS pour 2015, à un moment de renforcement de l'effort de maitrise des dépenses avec la mise en œuvre du plan pluriannuel d'économies pour la période 2015-2017. Mais, c'est avec le PLFSS pour 2019 que le choix de présentation bascule. À compter de cette date, la structuration par risques (maladie, vieillesse, ATMP, Famille) qui était en vigueur depuis l'origine a été abandonnée au profit d'une structuration par actions. La dimension politique de ce choix est forte, il s'agit de mettre en valeur les actions engagées à travers le PLFSS, de donner du sens au cadrage budgétaire que propose l'Ondam. Cette présentation met en exergue les actions de reconfiguration de l'offre de soins voulues par les Gouvernements successifs.

2010	Dispositions relatives à la branche maladie (43 articles)

2011	Dispositions relatives à la branche maladie (45 articles)
2012	Dispositions relatives à la branche maladie (41 articles)
2013	Dispositions relatives à la branche maladie (50 articles)
2014	Dispositions relatives à la branche maladie (46 articles)
2015	Dispositions relatives à la branche maladie (46 articles) Amélioration de l'accès aux soins (6 articles) Promotion de la prévention (4 articles) Renforcement de la qualité et de la gratuité du système de soins (7 articles) Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes (9 articles) Paiement des produits de santé à leur juste prix (5 articles) Amélioration de l'efficience de la dépense des établissements de santé (3 articles) Autres mesures (12 articles)
2016	Dispositions relatives à la branche maladie (30 articles) Amélioration de l'accès aux droits (6 articles) Promotion de la prévention et parcours de prise en charge (10 articles) Poursuite de la réforme du financement des établissements (8 articles) Autres mesures et objectifs financiers (4 articles)

2017	Dispositions relatives à la branche maladie (42 articles) Consolider les droits sociaux, promouvoir la santé publique (11 articles) Promouvoir les parcours de santé (22 articles) Garantir la pertinence des prises en charge (9 articles)
2018	Dispositions relatives à la branche maladie (27 articles) Dispositions relatives à la prévention (2 articles) Promouvoir l'innovation en santé (6 articles) Accroitre la pertinence de la qualité des soins (5 articles) Moderniser le financement du système de santé (12 articles) Dispositions relatives aux dépenses de la branche maladie (2 articles)
2019	Transformer le système de soins (15 articles) Améliorer la couverture des besoins de santé Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits (4 articles) Renforcer la prévention (5 articles) Améliorer les prises en charge (2 articles) Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé (4 articles) Dotations et objectifs de dépenses des branches et organismes concourant au financement des régimes obligatoires (4 articles)
2020	Poursuivre la transformation du système de soins Réformer le financement de notre système de santé (15 articles)

	Améliorer l'accès aux soins (14 articles) Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficience des soins (9 articles) Dotations et objectifs de dépenses des branches et organismes concourant au financement des régimes obligatoires (3 articles)
2021	Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé (25 articles) Tirer les conséquences de la crise sanitaire (2 articles) Assouplir et simplifier (7 articles) Dotations et objectifs de dépenses des branches et organismes concourant au financement des régimes obligatoires (7 articles)
2022	Dispositions relatives aux dépenses Poursuivre la transformation du système de santé Renforcer la politique de soutien à l'autonomie Rénover la régulation des dépenses de produits de santé Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé Dotations et dépenses des branches et des organismes concourant aux régimes obligatoires de base

Le choix méthodologique retenu est de comptabiliser les articles examinés par le Sénat. Cette méthode conduit à maximiser le nombre de dispositions législatives puisqu'elle prend en compte les articles additionnels adoptés par l'Assemblée nationale et/ou le Sénat sans tenir compte du vote définitif du texte, ni de la décision du Conseil constitutionnel. Il en résulte un nombre de dispositions supérieur à celui qui figure dans la loi au moment de la promulgation. Ce choix ne remet pas en cause la structuration du texte en section et chapitre qui sur la période n'a pas fait l'objet de modification lors de l'examen du texte. Un second choix méthodologique a été imposé par la création du chapitre intitulé « Dotations et objectifs de dépenses des branches et organismes concourant au financement des régimes obligatoires » dont le contenu mêle des dispositions relatives à l'assurance maladie et à d'autres branches de la sécurité sociale. Pour 2021 par exemple, il a fallu à l'auteur déterminé quels sont les articles qui relèvent du champ de l'assurance parmi des dispositions sur la fraude qui concernaient plusieurs branches.

« Les lois de financement de la sécurité sociale dessinent année après année une trajectoire qui n'est pas exclusivement financière » (Tabuteau 2016 d). Elles comportent de nombreuses mesures visant à améliorer l'efficience du système de santé.

Ainsi dans les années 2010, les LFSS sont porteuses du développement de la notion de parcours de santé et d'accompagnement et de prise en charge coordonnée des patients (LFSS 2013, 2014, 2016, 2017). Elles comportent également des mesures visant à améliorer l'offre de soins dans les « déserts médicaux » (LFSS 2013, 2014, 2015, 2020).

La difficulté est alors de s'assurer que ces mesures disposent des financements et des soutiens nécessaires, qu'une véritable capacité d'action les accompagne. « *Les ressources dispensées revêtent une forme de contrat parce qu'elles sont allouées à des individus ou à des organisations en échange d'un comportement produisant une activité ou un bien particulier. Les versements ne sont pas gratuits mais supposent des conditionnalités et des comportements en retour* » (Bezes, Siné 2011).

b) L'intégration de la santé publique dans le champ de l'Ondam

Cette intégration des mesures de santé publique s'étale sur moyenne période (2004 à aujourd'hui). Une première séquence peut être identifiée après l'adoption de la loi de 2004 relative à la politique de santé publique. Les LFSS suivantes s'inscrivent en effet dans la continuité, et la mise en œuvre, d'une politique de prévention réaffirmée par les autorités sanitaires et le législateur. Ainsi la LFSS pour 2005 créée une consultation de prévention pour les mineurs. L'année suivante, dans la LFSS pour 2006, sont améliorés les conditions d'accès aux examen bucco-dentaires de prévention, le financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD), des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, de cure ambulatoire en alcoologie, tandis que l'obligation vaccinale contre la grippe est posée dans les établissements hébergeant des personnes âgées. La LFSS pour 2007 quant à elle, a donné une base légale aux programmes d'accompagnement par les caisses d'assurance maladie des patients atteints de maladie chronique (*disease management*) et institué un fonds de prévention des risques sanitaires.

Si les LFSS suivantes, notamment celles de 2008, 2009 et 2010, ne comportent pas de mesures en faveur de la prévention, la LFSS pour 2012 contient une mesure sur la généralisation des dépistages des troubles de l'audition, la LFSS pour 2013 prévoit la gratuité de la contraception pour les mineures, la LFSS pour 2014 un renforcement de l'aide à la prise en charge du sevrage tabagique et de nouvelles dispositions sur la prise en charge de la contraception, la LFSS pour 2015 franchit un cas en inscrit dans la section relative aux dépenses d'assurance maladie un chapitre intitulé « promotion de la prévention » institutionnalisant ainsi la possibilité de faire évoluer les politiques de prévention par le biais des LFSS, et en associant mesures et financement.

LFSS 2015	Création des centres d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit des infections sexuellement transmissibles (CIDDG) Remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement sur le dispositif d'accès à la contraception de manière anonyme et gratuite pour les mineures d'au moins quinze ans Prise en charge des vaccins réalisés dans les centres publics de vaccination Financement des associations d'usagers et des organismes concourant à la promotion de leurs droits
LFSS 2016	Gratuité et confidentialité du parcours de contraception pour les mineures Extension de la gratuité du dépistage du cancer du sein aux examens complémentaires pour les femmes présentant un risque élevé Expérimentation de programmes de prévention de l'obésité chez les jeunes enfants (« Retrouve ton cap »)
LFSS 2017	Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus Accès à la contraception et à la contraception d'urgence des mineures d'au moins 15 ans Création d'un fonds national pour la démocratie en santé (FNDS Expérimentation relative à la prise en charge de jeunes présentant une souffrance psychique (« Ecout'Emoi »)
LFSS 2018	Extension de l'obligation vaccinale à onze vaccins Majoration du prix du paquet de cigarettes PEC à 100% par l'AMO d'une consultation unique de prévention des cancers du sein et du col de l'utérus pour toutes les assurées à l'âge de 25 ans

	Création du dispositif de l'article 51
LFSS 2019	Généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens lors de la campagne vaccinale 2019-2020 Mise en place d'un parcours de soins pour les enfants de 0 à 6 ans afin d'intervenir le plus rapidement possible en cas de suspicion d'un trouble en lien avec l'autisme Redéploiement des examens médicaux obligatoires pour les enfants et les adolescents Élargissement du champ d'intervention du fonds de lutte contre le tabac aux addictions liées aux substances psychoactives
LFSS 2020	Création du parcours post-cancer : ARS pourront financer des organismes sélectionnés afin d'organiser un parcours dédié (bilan d'activité physique, psychologique, nutritionnel et consultations de suivi) – note d'instruction aux ARS parue en février 2021 Obligation pour les industriels de constituer un stock de sécurité de 2 à 4 mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur Accès des traitements à base de cannabis thérapeutique à titre expérimental pour deux ans (début mars 2021) L'entretien prénatal précoce est désormais obligatoire
LFSS 2021	Expérimentation de trois ans va permettre aux sages-femmes de réaliser des IVG instrumentales (ou IVG chirurgicales) au sein des établissements de santé Mise en place d'une expérimentation d'un an de la consultation sexuelle longue à destination de tous les adolescents (garçons comme filles) Expérimentation, pendant trois ans, d'un parcours d'accompagnement pour les personnes atteintes de diabète de type 2, financé par le FIR

Sur le volet qualité de soins, leur présence est une constante depuis la création des LFSS. Elle repose sur plusieurs registres d'action. La création de fonds spécifique comme le fonds d'action pour la qualité des soins de ville (FAQSV) ou le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui seront fusionnés dans le fonds d'intervention régional (FIR) par la LFSS pour 2012. Cette présentation relève en partie d'une action de mise en valeur de la politique du Gouvernement plus que de l'impact réels des mesures. C'est le cas par exemple du chapitre « promouvoir les parcours de santé » dans la LFSS pour 2017 qui rassemble sous ce chapeau des dispositions hétérogènes comme celle relatives au congé maternité des médecins, aux conventionnements des dentistes et des pharmaciens, à la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur médico-social ou de portée limitée comme la rémunération des médecins thermaux.

S'il faut donc moduler la portée de cette mise en intelligibilité, il faut néanmoins constater que les dispositions facultatives des lois de financement contribue à la montée en puissance de réformes concernant la santé impulsées par d'autres textes législatifs (Dufour 2011) et sont porteuses de réformes profondes (sur le financement des établissements de santé avec la LFSS pour 2004) ou dont la portée initiale est sous-estimée (définition du cadre juridique des maisons de santé avec la LFSS pour 2008).

In fine, depuis le milieu des années 2010 plusieurs mouvements peuvent être constatés. La présence régulière, systémique de mesures qui auraient relevé auparavant du champ de la santé publique, une volonté d'agir par le biais de la LFSS sur l'organisation du système de santé, par impulsion nouvelle ou par complément de mesure prises dans d'autres vecteurs législatifs. Mais surtout ces évolutions mettent exergue le rôle de la LFSS comme agent intégrateur des politiques de santé et d'assurance maladie. Cette intégration gestionnaire est renforcée par les dispositions annexées à chaque LFSS, notamment le développement d'indicateurs de performance destinés à mesurer l'atteinte des objectifs mais dont la construction contribue également à définir les contours de la politique de santé.

B. UN GOUVERNEMENT PAR LA PERFORMANCE : LES INDICATEURS ANNEXÉS À LA LFSS, POUR SUIVRE ET DÉFINIR LA POLITIQUE DE SANTÉ ?

Dès l'origine, les PLFSS sont accompagnés de documents annexés dont la liste est définie de façon exhaustive par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Parmi les annexes ainsi prévues depuis la réforme de la loi organique

en 2005, deux concernent uniquement l'assurance maladie. La première présente le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et sa décomposition en sous-objectifs. Cette annexe dite annexe 7, analyse l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif. La seconde annexe spécifique est celle parmi les programmes de qualité et d'efficience (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale consacrée à l'assurance maladie.

La création des PQE répond à un souci d'améliorer l'information du Parlement par le biais d'un recours à des indicateurs qui sont supposés permettre de surveiller la mise en œuvre effective des mesures adoptées dans le cadre des LFSS (*accountability*).

Ces indicateurs sont constitutifs d'un gouvernement par la performance (GPP) dont ils expriment les quatre dimensions caractéristiques : « *une forme inédite d'objectivité par les nombres ; une nouvelle étape de rationalisation et l'adéquation entre moyens administratifs et fins politiques ; un renouveau des modalités de contrôle ; des formes inédites d'incitation et de gouvernement des conduites. […] Les informations fabriquées sont conçues pour être utilisées de multiples manières : vérifier la mise en œuvre des objectifs stratégiques fixés et assurer le suivi des performances en cours ; fabriquer des buts/objectifs politiques en fonction des information sur les processus passés et leur déroulement ; allouer et réallouer des ressources (financières, humaines) suivant les résultats obtenus ; proposer de nouveaux choix de politiques publiques ; évaluer les fonctionnement administratifs et chercher à les améliorer ; améliorer la qualité des décisions* »(Bezes 2020).

Dans le champ de l'assurance maladie, ces indicateurs ont pour particularité d'être dominés par des problématiques de maitrise des dépenses alors même que leur approche permet de disposer d'une vision exhaustive de la politique de santé.

1. Des indicateurs inspirés des principes du gouvernement par la performance pour suivre l'atteinte des objectifs

Porté par un souci d'améliorer l'information du Parlement et le contrôle de l'action publique sur le modèle des lois de finances (Arkwright 2007), le Gouvernement a proposé de joindre aux LFSS :« *une démarche « objectifs - résultats », dans le prolongement de celle engagée en 1996 par les conventions d'objectifs et de gestion liant l'État et les caisses nationales de sécurité sociale et en s'inspirant de la démarche introduite par la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances. Une*

annexe très substantielle de la loi présentera ainsi les programmes de qualité et d'efficience de la politique de sécurité sociale pour chacune de ses branches pour les exercices à venir, qui comporteront un diagnostic de situation - en particulier, s'agissant de l'assurance maladie, une analyse de l'état sanitaire et des besoins de santé publique -, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs, les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs et les résultats atteints » selon les termes utilisés par l'exposé des motifs du projet de loi organique relative aux LFSS(2005).

a) Des indicateurs pour remplacer le rapport annexé aux LFSS

L'influence des principes du *new public management* et du gouvernement par la performance sous-tendent cette action.

Ils participent à la critique du dispositif précédent, le rapport annexé, en lui substituant de nouvelle manière de concevoir et de suivre l'exécution des actions engagées par le biais des LFSS. Ces indicateurs peuvent être définis comme « *la mise en place d'appareils de recueil et d'analyse de données permettant de connaître le déroulement de l'activité en se reportant aux chiffres fournis par une batterie d'indicateurs* » (Ogien 1995).

Ces programmes de qualité et d'efficience (PQE) relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale obéissent à une méthodologie de construction commune à l'ensemble des branches. Ils doivent comporter : un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours.

Ces programmes de qualité et d'efficience devenus Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) à compter de la LFSS pour 2021 doivent permettre de mesurer la performance des politiques d'assurance maladie et de santé et leur impact sur les conditions de vie des Français. Par analogie au cadre fixé par le guide méthodologique pour l'application de la LOLF, commun au Gouvernement et au Parlement, une présentation stratégique rappelle les objectifs assignés aux politiques d'assurance maladie et de santé, résume les principaux résultats obtenus, et précise les actions mises en œuvre par le Gouvernement et les acteurs du système afin de poursuivre ou d'infléchir ces résultats. Des indicateurs d'efficacité, qui rapportent les résultats aux objectifs fixés et permettent d'appréhender l'évolution des politiques structurantes de chaque domaine, au regard du contexte économique, sanitaire, social

et financier tandis que les indicateurs d'efficience rapportent les résultats aux moyens mis en œuvre. La définition d'indicateurs pour chacun des objectifs (voire des sous-objectifs) s'inspire du travail accompli pour les programmes joints aux lois de finances, en application de la LOLF. Chaque année en effet sont désormais annexés au projet de loi de finances initiale des « projets annuels de performance » (PAP), qui donnent lieu ensuite à un bilan sous la forme des « rapports annuels de performance » (RAP) annexés au projet de loi de règlement. Les PQE annexés aux PLFSS transposent ainsi cette démarche, en condensant les deux temps de la prévision et du bilan en un seul (Caussat, Roussel 2008).

La définition d'instruments quantitatifs (objectifs, cibles indicateurs) dans le cadre du gouvernement par la performance constitue également une contribution à la définition des frontières de la politique de santé. Ce travail de définition doit être distingué de la définition du contenu des lois de financement de la sécurité sociale faite par le biais de la loi organique relative aux LFSS, et complétée par la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Le travail de définition de ces indicateurs s'affranchit, en apparence du moins et pour partie de la question de leur lien direct avec le contenu des LFSS.

b) Des indicateurs pour fabriquer des objectifs

L'analyse par objectifs souligne une primauté des questions liées à la maitrise des dépenses, soit dans une approche budgétaire (objectif : améliorer progressivement la situation financière de l'assurance maladie), soit par une approche qualité (objectif 3 : améliorer la qualité de la prise par le système de soins et objectif 4 : renforcer l'efficience du système de soins et développer la maitrise médicalisée des dépenses).

L'analyse des indicateurs et sous-indicateurs fait apparaître des préoccupations qui se recoupent avec les priorités retenues pour la régulation des dépenses. Ainsi au sein du sous-objectif 4 (renforcer l'efficience du système de soins et développer la maitrise médicalisée des dépenses), parmi les 4 indicateurs et 14 sous-indicateurs qui composent cet ensemble, un seul concerne la médecine de ville (atteinte des objectifs de maitrise médicalisée de dépense d'assurance maladie), les autres concernent les médicaments de ville et l'hôpital. Derrière une apparence technique, les indicateurs reprennent les lignes de conflits politiques constatées depuis la création des LFSS. Les indicateurs ne portent que secondairement sur la régulation de l'activité des médecins libéraux, et de façon plus large des professionnels de santé libéraux. Comme nous avons essayé de le montrer précédemment, les efforts de régulation de la dépense portent essentiellement sur les médicaments et les établissements de santé et cet effort

de régulation constitue la quasi-totalité des sous-indicateurs de l'objectif n°4, puisque 13 d'entre eux sur 14 y ont consacrés. L'objectif 4 balaye différents postes de dépenses telles la dépense de médicaments en ville ou la pertinence des soins hospitaliers et proposent des inducteurs qui permettent à la fois d'avoir une vision sur la dynamique de la dépense (médicaments, IJ, Liste en sus, atteinte des objectifs de maitrise médicalisée) et sur des actions entreprises pour réguler cette dépense (taux de pénétration des génériques, chirurgie ambulatoire, recours contre tiers et lutte contre la fraude).

Les indicateurs font ressortir de façon conséquente la volonté des pouvoirs publics de réguler la dépense de médicaments et de changer les comportements de prescription puisque sont suivis à la fois la dynamique des dépenses, la pénétration des génériques ou des biosimilaires mais également des prescriptions hospitalières exécutées en ville et la dynamique des produits de santé financés en sus des groupes homogènes de séjour. Ces indicateurs permettent de couvrir l'ensemble de l'évolution de la dépense de médicaments. Hors produits de santé, les indicateurs hospitaliers reposent sur une logique plus axée sur la pertinence des soins et sur la reconfiguration de l'activité hospitalière, avec des indicateurs centrés sur la contractualisation de la pertinence des soins, le développement de la chirurgie ambulatoire.

Ces indicateurs laissent transparaître une prépondérance des préoccupations de maitrise de la dépense et un risque de limiter la santé à une définition comptable (Brissaud 2021), sous une apparence soft. Dans la liste des indicateurs d'objectifs/résultats qui comporte 5 items, si les deux premiers (assurer un égal accès aux soins et développer la prévention permettent de mesurer les questions relatives au reste à charge, la couverture du territoire en médecins pu encore l'amélioration de la couverture vaccinale. Les objectifs 4 « renforcer l'efficience du système de soins et développer la maitrise médicalisée des dépenses » et 5 « améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie » sont donc clairement orientés sur la régulation des dépenses.

L'objectif 3 (améliorer la qualité de prise en charge par le système de soins) permet une transition douce entre problématique sanitaire, comme la construction d'un parcours de santé illustrée par des sous-objectifs bâtis pour valoriser les efforts fournis en matière de coordination des prises en charge (lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation, bénéficiaires de PRADO, service de retour à domicile conçu par l'assurance maladie et recherche d'une meilleure efficacité de la dépense illustrée par un indicateur relatif à l'atteinte par les médecins traitants des objectifs de santé

publique. Cet objectif propose une forme hydrique entre reconfiguration de l'offre de soins (coordination et parcours) et maitrise de la dépense.

Objectifs et indicateurs « mettent en forme » la réalité mais la transforment aussi en imposant des conceptions et des interprétations de la performance des politiques ou des organisations et surtout en conduisant les agents pris dans les indicateurs.

2. Des indicateurs de performance qui définissent un périmètre de la politique de santé

Les analyses relatives à la révolution bureaucratique (Le Galès 2008) ou à l'intégration bureaucratique (Benamouzig, Robelet 2014) mettent l'accent sur le déploiement de ces indicateurs de performance comme processus d'intégration fondés sur de nouveaux repères, l'apprentissage de nouvelles règles du jeu et le développement d'une capacité de contrôle nouvelle confiée à de nouveaux acteurs et permettant un pilotage à distance par l'État central. Ces éléments sont aussi l'illustration de l'encastrement politique du gouvernement par la performance (GPP). Les techniques du GPP (objectifs, cibles, indicateurs, contractualisation) font l'objet d'usages nombreux et répétés de la part des acteurs politiques et du Parlement, « *ils contraignent symboliquement ou effectivement, les ministres et les hauts fonctionnaires à se lier les mains, à défendre la cohérence de leurs activités et à s'aligner sur les priorités de l'exécutif central* » (Bezes 2020).

a) La politique de santé traduite en indicateurs

Nous voudrions montrer comment le développement de ces indicateurs, en complément des analyses du gouvernement par la performance comme nouveau phénomène bureaucratique et qui ne doivent pas être confondus avec les indicateurs de qualité qui peuvent se développer dans le secteur de l'offre de soins, notamment dans le secteur hospitalier, constituent des vecteurs d'intégration institutionnelle puisqu'ils contribuent à rassembler au sein de la LFSS des espaces sectoriels ou professionnels auparavant plus autonomes et notamment permettent de faire apparaître des objectifs qui relèvent du champ de la santé publique.

Outre la fonction de contrôle qui leur est classiquement attribué dans les analyses sur le renouveau du contrôle des bureaucraties (Bezes 2005), ces indicateurs dessinent en effet, du fait des cibles retenues, le périmètre de la politique de santé tel qu'il

entendu lors de l'examen des LFSS et contribuent à la définition de la politique de santé globale.

Ces indicateurs ont à la fois pour objectif de contribuer à la construction de la politique publique (donner une vision d'ensemble de la politique de santé) et à ces modalités de mise en œuvre (moyens alloués). De façon générale, ces PQE retiennent un champ d'observation qui va au-delà du périmètre des LFSS au profit d'une prise en compte de l'ensemble des opérateurs de la protection sociale obligatoire, régimes de base et complémentaires. Ce choix a été fait pour dépasser le champ des régimes obligatoires retracés par les lois de financement et de donner de suivre la part des organismes complémentaires dans le domaine de la santé ou des retraites afin « *d'exprimer une politique globale dont la LFSS n'est qu'un des instruments, afin que le PLFSS puisse constituer le lieu d'un débat transversal et global sur les politiques sociales*. » (Cour des comptes 2008). Les rares travaux d'analyse sur les PQE (Dufour 2012) soulignent ce dépassement du champ strict du contenu des LFSS au profit d'une vision d'ensemble de l'environnement sectoriel (famille, vieillesse, assurance maladie/santé) tant pour les données de cadrage que pour les objectifs résultats qui constituent ces PQE.

Ce dépassement est constatable dans le domaine de l'assurance maladie. La structure des objectifs et indicateurs retenue pour le PQE maladie ainsi dépasse le périmètre des LFSS et de l'assurance maladie pour suivre des éléments qui révèlent des priorités stratégiques de la politique de santé. Les différents PQE ont identifié des objectifs, que l'on peut qualifier de « stratégiques », mais qui correspondent en réalité plus à des grands domaines d'action qu'à des choix politiques formalisés. La Cour des comptes observe ainsi que *« dans les données de cadrage, se trouve à la fois des données qui relèvent d'une démarche sanitaire pure comme des données de mortalité ou d'espérance de vie avec des cadrages qui ont un lien direct avec l'organisation de l'offre de soins (densité départementale des médecins, capacité d'accueil des établissements de santé) et d'autre qui relève de la politique d'assurance maladie (dépenses d'assurance maladie des assurées en affections de longue durée ou contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus*. » (Cour des comptes 2008).

Dans la LFSS 2021, les 5 objectifs retenus (assurer un égal accès aux soins ; développer la prévention ; améliorer la qualité de la prise en charge par la système de soins ; renforcer l'efficience de du système de soins et développer la maitrise médicalisée des dépenses ; améliorer progressivement la situation financière de la

branche maladie) subdivisés en 15 indicateurs et 48 sous-indicateurs (cf. annexe) sont également découpés selon des problématiques purement sanitaire, d'organisation de l'offre de soins, les problématiques relatives à l'assurance maladie (au sens d'une politique de solvabilisation de l'accès aux soins constituant un thématique parmi les deux autres.

Ce découpage illustre le fait que les politiques sanitaires et sociales ne sont pas propices à l'élaboration d'indicateurs de résultats finaux (évolution de l'état de santé de la population) qui sont les seuls qui peuvent être mis en avant pour apprécier l'efficacité des politiques développées par le biais de la politique de santé mais dont le lien avec le PLFSS est indirect. Ont donc été privilégiés des indicateurs de résultats intermédiaires qui permettent de suivre l'avancement d'objectifs de second rang considérés plus aisés à suivre (envoi d'une lettre de liaison, promotion des médicaments génériques) ou des indicateurs de mise en œuvre d'une politique publique (démographie médicale, développement de la chirurgie ambulatoire) (Elbaum 2011).

L'objectif « assurer un égal accès aux soins » est ainsi un objectif majeur de santé qui tient compte des problématiques territoriales (inégalités de répartition territoriale des médecins généralistes et spécialistes, accès à la médecine d'urgence) mais également des questions de solvabilisaton de la dépense (s'apprécier à l'aune d'un double critère : la solvabilisation financière de l'assuré (qui du fait de la généralisation de l'assurance maladie obligatoire doit être mesuré en tenant compte d'éventuels dépassements d'honoraires) et l'accessibilité au système de santé pour les plus démunis (couverture complémentaire, renoncement aux soins) l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et réunis des problématiques d'assurantielle et sanitaire pour apporter une analyse globale. Dans la LFSS 2022, cet objectif est restructuré pour tenir compte prioritairement de la répartition territoriale de l'offre de soins tandis qu'un nouveau sous-objectif fait son apparition « assurer une juste rémunération aux professionnels de santé ».

L'objectif « développer la prévention » est clairement un objectif de santé publique. Dans les faits les indicateurs retenus s'inscrivent dans le prolongement de la démarche des indicateurs fixés par la loi relative à la santé publique de 2004 et mettent en lumière 3 sujets prioritaires : La lutte conte les principaux facteurs de risques (tabac, alcool, obésité), le dépistage du cancer (sein, col de l'utérus, colorectal) qui fait l'objet d'une politique publique structurée autour de plans thématiques et la lutte contre le VIH. Enfin, le PQE prévoit un objectif de suivi de la couverture vaccinale (enfants et grippe chez les personnes de plus de 65 ans). Avec la LFSS 2022, est inséré un sous-

objectif « limiter le reste à charge des ménages ». L'articulation se fait par le biais du niveau de prise en charge des dépenses et le développement de la politique du 100% santé.

Les objectifs « améliorer la qualité de la prise en charge » et « renforcer l'efficience du système de soins et développer la maitrise médicalisée des dépenses » peuvent s'inscrire dans une démarche hybride qui mêle des objectifs d'évolution du système de santé (parcours de santé, qualité de la prise en charge et déploiement d'objectifs d'économies notamment dans le secteur du médicament). Enfin, cette liste est complétée par un objectif « améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie ».

Ces indicateurs dessinent le périmètre d'une politique de santé qui ne se limite pas à l'organisation et à la solvabilisation de l'offre de soins. Le périmètre retenu est donc plus large que le champ strict de l'assurance maladie (et des LFSS) et associe des sujets relevant du champ de la santé publique (prévention) et de l'offre de soins. L'approche globale de ces indicateurs fait ressortir des difficultés évidentes corroborées par certaines études plus approfondies (Brunetière 2006, 2010.), lorsque les objectifs hésitent entre la sélection de priorités visant les grands problèmes sanitaires ou le suivi de procédures spécifiques. Cette diversité reflète l'incertitude entre la nature et le contenu des objectifs en matière de santé : grandes priorités collectives ou dispositifs spécifiques (Elbaum 2009).

b) Des indicateurs impropres à rendre compte ?

L'analyse des indicateurs fait ressortir leur rôle dans la définition du périmètre de la politique de santé, leur contribution à la fusion des politiques d'assurance maladie et de santé dans une seule politique globale. Elle renforce également l'idée d'une LFSS budget de la santé. Chronologiquement, il existe un lien entre ces PQE et le rapport annexé qui devait permettre d'approuver les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale lors de l'examen des PLFSS. En effet, ces PQE se substituent à ce rapport annexé. Symboliquement, les PQE se substituent à un rapport annexé qui était un document d'intention, leur émergence se traduit donc par le passage d'une présentation des orientations de la politique de santé au suivi d'indicateurs chiffrés relatifs à l'assurance maladie ou à la politique de santé. Du point de vue des éléments transmis, la nature du contenu est profondément modifiée. Le rapport annexé était un document présentant les priorités de la politique de santé, son contenu était soumis aux orientations politiques retenues par les gouvernements et donc susceptibles de modifications importantes en cas d'évènements graves (crise sanitaire par exemple) ou

de changement de majorité politique. Un programme de qualité et d'efficience n'est pas soumis aux mêmes évolutions politiques, il s'agit de présenter aux parlementaires des indicateurs chiffrés qui permettent de suivre les sujets considérés comme stratégiques pour suivre les évolutions de la politique de santé. La durée et la répétition de ces indicateurs devient même une condition de leur capacité à mesurer les évolutions et les effets de la politique de santé.

Les PQE appartiennent à un univers d'instruments quantifiés. Le gouvernement par la performance est fondé sur l'idée que le recours à des indicateurs chiffrés est un moyen d'améliorer l'efficacité administrative. La Cour des comptes (2008) parvient à la même analyse. Selon elle, les objectifs et les indicateurs présentés dans les PQE ont surtout visé à apprécier l'efficacité, entendue de manière très globale comme l'atteinte des objectifs finaux d'une politique, au risque d'ailleurs de s'écarter de la lettre de la loi et des termes de « qualité et d'efficience »

La mise en place des PQE s'inscrit dans cette recherche de résultats à afficher qui caractérise les réformes inspirées du NPM mais ils constituent également des outils supposés permettre de mieux suivre l'action en matière sanitaire. Ces indicateurs sont supposés modifier le comportement des acteurs afin de maximiser leur chance d'atteindre les objectifs alloués ou ne pas laisser émerger une dégradation de la situation. Les PQE ne semblent pas jouer ce rôle. D'une part, ils n'agissent pas, ou très faiblement au niveau local contrairement par exemple à des indicateurs de suivi de l'activité d'un établissement de santé, en ce sens ils n'affectent pas le travail réel des acteurs locaux. Au niveau des administrations centrales, ou des opérateurs nationaux, l'absence de responsables de programme, sur le modèle de la loi de finances, conduisent les acteurs à adopter formellement des dispositifs de GPP sans pour autant que ces indicateurs exercent une pression forte sur leur activité.

Du point de vue procédural, et même si son contenu et sa portée ont fait l'objet de critiques, le rapport annexé était soumis au vote du Parlement. Il était annexé au PLFSS et partie intégrante des débats parlementaires. Le PQE ne sont plus rattachés à un article du PLFSS. Il s'agit d'éléments visant à informer le Parlement. Cette différence de procédure a des conséquences sur l'utilisation de ces éléments dans le débat parlementaire. L'examen des rapports des commissions compétentes au fond (affaires sociales) ou pour avis (finances) ne permet pas de faire apparaitre un suivi, une appréciation ou une utilisation systématique de ces éléments lors de la préparation ou du déroulement du débat parlementaire. En LFSS, contrairement à la LF, il n'y a pas de lien entre les autorisations de crédits ou les sous-objectifs de l'Ondam qui ont vocation

à piloter l'action publique et les indicateurs de performance. Ces indicateurs n'ont pas permis de rénover le débat parlementaire. En effet, les travaux parlementaires ne font pas apparaitre une appropriation de ces indicateurs par les commissions compétentes et leurs rapporteurs. Les corps de contrôle qu'il s'agisse de l'Inspection générale des affaires sociales ou de la Cour des comptes ne semblent pas non plus s'être saisi de ces informations et de leurs évolutions.

Il y a donc un risque identifié (Boussard 2001) qu'il s'agisse d'indicateurs inertes. « *La multiplication de mesures alimente alors des cimetières d'indicateurs inertes, c'est-à-dire existants sur le papier et renseignés par les acteurs alors qu'ils les considèrent comme des éléments annexes à leur activité et impropres à en rendre compte. […] ce sont des données produites mais ignorées et ne faisant l'objet d'aucun usage* » (Bezes 2020.

Si ces indicateurs doivent être considérés comme un nouveau moyen d'action de l'État, c'est dans leur contribution à la définition du périmètre de la politique de santé que se situe un de leurs apports les plus conséquents. Dès leur création, le choix est fait de retenir un périmètre qui va au-delà de la seule assurance maladie et suivre à la fois le niveau de la couverture des dépenses, des questions d'organisation d'offre de soins mais également des questions relevant de la politique de prévention. En ce sens, ils sont un élément supplémentaire des conséquences de la création des LFSS sur la construction d'une politique de santé globale relevant de la compétence de l'État.

II. DE LA LFSS À LA SNS, DES TÂTONNEMENTS SUR LES MODALITÉS DE FABRICATION DE LA POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ

Nous avons essayé de souligner le rôle de la LFSS comme modalité d'intégration gestionnaire des politiques d'assurance maladie et de santé au travers l'élaboration, *de facto*, d'un budget de la santé. Cette construction permet d'identifier les dépenses consacrées à la santé mais également, à travers les arbitrages rendus, de définir le périmètre de cette politique publique, de poursuivre des objectifs de maitrise des dépenses et de reconfiguration de la politique de santé. Cette démarche s'inscrit dans une modalité d'intégration gestionnaire et verticale qui est portée par la LFSS et organisée autour de la LFSS. Elle comporte à la fois les éléments budgétaires et législatifs (l'Ondam et la répartition des masses budgétaires entre les différents sous-objectifs), et des éléments organisationnels dont la création des agences régionales de santé est l'exemple le plus visible (cf. Chapitre 2).

Les acteurs programmatiques proposent de renforcer cette intégration entre politique de santé et assurance maladie (Ruellan 2003, Tabuteau 2001, 2004) pour deux motifs principaux. D'une part, la difficulté à maitriser les dépenses dans la configuration organisationnelle mise en place entre 1945 et le début des années 1990. Dans cette optique, la reconceptualisation politique (Hassenteufel 2014) doit accompagner une reconfiguration du système de santé afin de favoriser la recherche d'une plus grande efficience dans l'organisation des soins et la prise en charge des patients. Une meilleure articulation entre assurance maladie et politique de santé est alors un élément essentiel de cette réflexion et de cette reconfiguration D'autre part, la réflexion politique sur la nécessité de justifier cette politique de *cost-containment* et d'en minimiser les coûts électoraux (Pierson 1996), ou des oppositions professionnelles (Hervier 2014) susceptibles de neutraliser cette politique, pourrait permettre aux autorités politiques de faire émerger, par le biais de cette articulation, un référentiel alternatif au référentiel budgétaire. Cette réflexion fortement centrée sur les questions de pilotage et d'organisation de l'offre de soins est également nourrie par la résurgence des politiques de santé dans les années 1980 et au début des années 1990 avec l'épidémie de VIH, le scandale du sang contaminé et la construction des politiques de sécurité sanitaire qui vont réinscrire les politiques de prévention sur l'agenda public (Bergeron, Castel 2014).

Nous voulons donc essayer de montrer que le déploiement d'une politique de contrainte a eu pour effet de renforcer le rôle de l'État dans le pilotage du système de santé et a emprunté la voie d'une réflexion sur la fabrication d'une politique globale de

santé. Cette réflexion porte à la fois sur la procédure d'élaboration et sur le contenu de cette politique. La construction progressive de cette politique va générer de nouvelles étapes procédurales permettant la prise en compte de dimensions fondamentales d'une telle politique publique que sont ses finalités, c'est-à-dire les problèmes collectifs auxquels elle cherche à répondre, son contenu, celui des acteurs associés à sa construction, celle du processus de construction collective et enfin celle de la concrétisation du problème (Hassenteufel 2021).

La prise en compte de ces différentes dimensions va se faire à travers une série de réformes qui soulignent les tâtonnements des pouvoirs publics sur les modalités d'élaboration et l'existence de choix procéduraux relevant de logiques distinctes. Des caractéristiques pérennes sont visibles comme le souci de bénéficier d'une expertise scientifique indiscutable, d'associer l'ensemble des acteurs, de développer des axes stratégiques forts. Malgré plusieurs alternances politiques depuis 1996, les différentes réformes menées de 1996 à 2020 font apparaitre une grande continuité dans les objectifs poursuivis.

Les politiques menées depuis 1996, renforcées après la crise de 2008, affirment la prédominance d'une maitrise des dépenses pesant en priorité sur l'offre de soins. Les principes qui guident la définition et la poursuite des objectifs sont fondés sur l'idée d'une nécessaire recomposition de l'offre de soins et plus généralement d'une redéfinition des objectifs du système de santé. La fabrication d'une politique de santé peut être alors être interprétée comme le transfert dans le champ de la politique de santé des mesures de reconfiguration (*recalibration*) qui visent à rendre les États providence plus cohérents avec les objectifs en matière de prestations sociales (Pierson 2002). Il s'agit de porter les solutions retenues pour corriger les failles du système (la lutte contre les inégalités de santé) ou répondre aux nouveaux enjeux (coordonner les soins). La promotion de ces actions qui contribuent à la reconfiguration du système de santé permet également de faire émerger une approche moins budgétaire des reconfigurations en cours et plus axée sur le partage de valeurs communes.

A. L'IRRUPTION DE MODALITÉS DE CONSTRUCTION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ADOSSÉES À LA LFSS

Le plan Juppé va initier une démarche qui débouchera sur une institutionnalisation de la politique de santé. Outre la création d'un budget de la santé que nous venons d'évoquer, le plan Juppé puis les lois « santé » de 2004, 2009 et 2016 vont structurer une politique publique globale de santé. Le coup d'envoi de cette démarche est donné

en 1996. La législation relative à la sécurité sociale va prévoir une procédure d'élaboration et de formalisation d'une politique de santé (ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maitrise médicalisée des dépenses de soins). Le rapport au Président de la République qui accompagne la publication de cette ordonnance au journal officiel indique les objectifs poursuivis par cette réforme : « *la présente ordonnance ouvre la voie d'une politique de santé, engage l'effort d'adaptation de l'offre de soins libérale, poursuit la mise en place des instruments de la maîtrise médicalisée et clarifie les responsabilités des acteurs de notre système de soins et de sécurité sociale. L'élaboration d'une véritable politique de santé doit éclairer les choix financiers essentiels qui relèvent désormais du Parlement. L'institution des conférences de santé réunies dans chaque région et au niveau national permettra de mieux évaluer les besoins sanitaires de la population et de hiérarchiser les priorités d'action. Sur la base de travaux scientifiques, elle ouvrira un large débat public et préparera l'intervention du législateur.* » L'élaboration de cette politique de santé est considérée comme nécessaire du fait de la création de la loi de financement de la sécurité sociale à laquelle elle est directement adossée.

1. L'ambition d'une politique de santé adossée aux LFSS

Le plan Juppé dessine les contours d'une procédure d'élaboration d'une politique de santé dont les principales orientations seraient adossées chaque année à la LFSS. Cet adossement se ferait par l'intermédiaire d'un rapport annexé à la LFSS et soumis au vote du Parlement.

Cette procédure est donc en lien direct avec la construction de la LFSS et son examen par le Parlement. Avec le rapport annexé, la LFSS se voyait assigner une fonction d'articulation des politiques de santé et d'assurance maladie. Comme pour la régulation de l'offre, cet objectif est inscrit dans le corps des LFSS. Si la mention d'une nécessaire articulation ne figurait pas explicitement dans les textes organisant les principes, le contenu et la mise en œuvre des LFSS, l'existence d'un lien entre les deux politiques était affirmée, tout comme celui de l'intégration de la politique de santé dans le champ des LFSS. Dès son origine, La LFSS est donc conçue comme un instrument majeur de cette intégration entre politique de santé et politique d'assurance maladie. Ensuite, cette évolution a eu pour effet d'affirmer à bas bruit le rôle de l'État dans cette élaboration, puisque c'est le Gouvernement qui était amené à présenter chaque année les orientations de sa politique de santé. L'échec de la procédure adossée aux LFSS (le rapport annexé) ne remettra pas en cause la réflexion entamée sur les modalités

d'élaboration de cette politique qui se poursuivra et débouchera, en 2016, sur la définition d'une stratégie nationale de santé (SNS) comme modalité de mise en œuvre de la politique de santé dont les modalités sont inscrites dans la loi de modernisation de notre système de santé. Si les modalités de d'élaboration de cette politique de santé globale ont connu des changements réguliers entre 1996 et 2016, ces tâtonnements sur la fabrication d'une politique globale de santé porteront plus sur les modalités de son élaboration et de sa programmation que sur son contenu.

Cette construction révèle une double évolution. Évolution procédurale d'une part, l'objectif n'est plus de présenter des orientations annuelles mais bien d'élaborer une politique de santé globale et pluriannuelle, dans une démarche distincte de l'élaboration des lois de financement. Évolution systémique, d'autre part, il s'agit désormais clairement d'élaborer une politique de santé globale qui intègre assurance maladie et santé publique.

La création de la LFSS favorise une lecture budgétaire de la politique d'assurance maladie. Cette prédominance des questions de maitrise des dépenses fait émerger la nécessité de débattre des finalités de cette politique et des besoins que doit prendre en charge la collectivité. Le plan Juppé avait donc prévu un mécanisme permettant d'articuler les orientations de la politique de santé avec la construction du PLFSS.

a) Le rapport annexé comme synthèse de la procédure d'élaboration de la politique de santé

Cette procédure d'élaboration des orientations de la politique de santé s'appuie sur trois éléments distincts. Le premier est évidemment la création des LFSS, pensées comme un instrument de maitrise des dépenses d'assurance maladie et de santé et amenées à devenir le budget de la santé. Le second est l'adossement à ces LFSS d'un rapport définissant les orientations de la politique de sécurité sociale (et donc d'assurance maladie) et de santé. L'examen et l'adoption de ce rapport annexé devait permettre l'appropriation desdites orientations. Par ailleurs un document présentant les données de la situation sanitaire et sociale de la population est annexé au PLFSS. L'objectif était donc de montrer que les mesures financières prises dans le corps de la loi de financement découlaient d'orientations et objectifs sanitaires beaucoup plus large que la seule maitrise des dépenses sur lesquels le Parlement serait appelé à s'exprimer. Le troisième est la création d'une conférence nationale de santé (Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins) chargée de « *proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la*

prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques ».

Cette procédure d'élaboration d'une politique de santé n'a pas été considérée comme concluante. Les analyses du dispositif faites notamment par la Cour des comptes ou les parlementaires concentrent les critiques sur le rapport annexé adossé aux LFSS et concluent à l'échec de la procédure tant sur le contenu des orientations proposées que sur l'appropriation du dispositif par les acteurs, notamment à l'occasion du débat parlementaire.

L'échec du rapport annexé a conduit à proposer de nouvelles modalités d'élaboration de la politique de santé, formules plus ambitieuses à la fois sur le plan procédural et sur celui des politiques sectorielles et débouchant sur l'élaboration d'une politique de santé globale.

Le premier rapport présenté par le Gouvernement figure en annexe de la LFSS pour 1997. Sa lecture fait apparaitre un document qui se veut exhaustif et consensuel comme l'indique les deux têtes de chapitre spécifiques à la politique de santé (Une politique de la santé publique renforcée ; Un système de soins plus efficace et tourné vers les besoins de santé). L'absence d'orientations spécifiques relatives à l'assurance maladie peut être interprétée comme un début de fusion de entre assurance maladie et politique de santé mais c'était l'expression de l'orientation retenue par le Gouvernement et faisant de l'offre de soins une priorité de sa politique d'encadrement des dépenses. Le rapport souligne l'intérêt d'une meilleure articulation des actions :« *si on veut tout à la fois maîtriser les dépenses de santé, améliorer la qualité des soins et répondre aux besoins légitimes et croissants de la population, une recomposition progressive de notre système de soins, appuyée sur les besoins de santé, est indispensable*. » et annonçait des États généraux de la santé chargée de cette redéfinition qui n'ont pas eu lieu en raison de la dissolution de l'Assemblée nationale intervenue en 1997. Derrière cette énumération, dont l'intérêt principal est de figurer dans un document commun aux orientations de la politique de santé et d'assurance maladie, le rapport rappelait la prépondérance de la politique de maitrise de dépenses publiques et confirmait que la poursuite d'une meilleure articulation entre assurance maladie et politique de santé s'inscrivait dans cette démarche. L'analyse du contenu de ces rapports annexés aux LFSS entre 1997 et 2001 réalisée par la Cour des comptes (2000) et la commission des affaires sociales du Sénat (1999) ne fait pas ressortir d'autres orientations dominantes en matière de politique de santé ce qui tend donner un caractère assez formel au rapport annexé. Selon la Cour des comptes (2000), un des intérêts majeurs du

dispositif prévu par le plan Juppé était l'obligation faite au Gouvernement de présenter annuellement un document synthétique sur sa politique de santé. La Cour considère que ce rapport doit permettre au Gouvernement de *« définir des priorités à partir de ses objectifs politiques, de l'expertise de l'administration et des avis et recommandations des conférences de santé et des différentes structures travaillant en matière de santé publique »*. L'examen de ce document par les assemblées parlementaires devait permettre un débat public et donc favoriser l'appropriation de ces priorités par les acteurs.

b) L'échec de la procédure d'élaboration de la politique de santé adossée aux LFSS

À l'aulne ces attendus, la Cour des comptes formule une analyse critique des rapports annexés aux premiers PLFSS tant sur la forme que sur le fond. Elle observe que les rapports annexés ont été de longueur et structure variables, mais ont toujours évoqué les trois thèmes suivants, prévus par la loi : la santé, la sécurité sociale et les conditions générales de l'équilibre financier. Cette synthèse thématique masque le fait que comme pour les indicateurs, un dépassement du périmètre strict des LFSS peut être constaté aussi bien dans le champ de la santé avec la mention à des politiques de prévention qui ne sont initialement pas financées par l'Ondam ou par la référence à des politiques sociales qui ne relèvent pas de la sécurité sociale (handicap, autonomie). Toutefois, la brièveté des rapports nuit à une présentation véritablement construite des orientations de la politique de santé et limite les analyses qui peuvent être faites.

Au-delà de l'aspect quantitatif, les observations de la Cour insistent sur l'absence de lignes directrices permettant de faire apparaître une politique de santé construite et assumée par la Gouvernement. la Cour souligne que la partie santé du rapport annexé a connu des évolutions importantes sur la période *: « la première année, la partie santé était présentée sous le titre "Les priorités définies par la CNS seront mises en œuvre", ce qui pouvait donner l'impression que la politique gouvernementale se limitait à la mise en œuvre de mesures définies par un organisme consultatif ; dans le second rapport annexé, la partie santé présentait des mesures plus nombreuses et moins liées à la CNS à laquelle il était néanmoins fait référence ; dans les deux autres LFSS analysées, la partie santé est plus courte mais plus structurée et davantage présentée comme l'expression d'une politique gouvernementale (son titre en 1999 est explicite : "La politique de santé du gouvernement s'organise autour de sept objectifs majeurs" »*.

La commission des affaires sociale du Sénat fait également preuve de sévérité dans son analyse du dispositif. Elle souligne quant à elle *« la médiocre qualité d'un texte*

relevant de plusieurs logiques (exposé des motifs du projet de loi et déclarations d'intention l'emportant sur la définition de priorité et l'expression d'engagement clair), le caractère décevant du débat qu'il suscite et en définitive son absence de portée normative. »

D'autres analyses (Tabuteau 2001) considèrent que la principale limite du dispositif tient au fait que le contenu du rapport annexé n'a pas de valeur normative. En effet, même s'il est débattu, amendé et voté en même temps que la loi de financement, le rapport annexé ne présente que des "orientations et des objectifs". La limitation de la portée du rapport annexé résulte d'un arrêt par lequel le Conseil d'État (Roquette et autres, 5 mars 1999) a jugé que « *les orientations et les objectifs présentés par le rapport accompagnant la loi de financement de la sécurité sociale ne sont pas revêtus de la portée normative qui s'attache aux dispositions de celle-ci* ». Le non-respect de ses engagements par le Gouvernement ne peut donc être juridiquement sanctionné, ce qui diminue la contrainte pesant sur lui ainsi que l'intérêt du dispositif pour les parlementaires. Ce point est important du fait du lien établi entre le rapport annexé et le vote de la loi. Une dimension importante de cette procédure résidait bien dans le fait de soumettre à la délibération parlementaire les orientations de la politique de santé. Du point de vue de ces observateurs (Sénat 1999, Cour de comptes 2000, Tabuteau 2001) le rapport annexé est donc considéré comme un échec. Les Gouvernements successifs n'accordent finalement qu'une importance réduite à ce rapport et ne s'emparent pas de cette procédure pour provoquer un débat parlementaire ou annoncer leurs objectifs en matière de politique de santé. Le message dominant demeure le taux de progression de l'Ondam et la façon d'assurer son respect par le déploiement de mesures de budgétisation des dépenses d'honoraires médicaux, de médicaments ou de pilotage des dépenses hospitalières.

La pertinence des modalités d'élaboration retenues est questionnée sur trois points. Il y a tout d'abord une difficulté liée à la périodicité des LFSS qui suppose de présenter des orientations annuellement, avec des variations qui permettent de renouveler chaque année le débat. Il a surtout une difficulté de fond qui est de définir une politique de santé, d'en faire débattre le Parlement et d'en faire le point de départ des mesures prises ultérieurement dans le cadre de la loi de financement ou dans d'autres cadres. Enfin, il y a une troisième difficulté qui est de discuter ces questions dans le cadre de la loi de financement dont l'objectif principal n'est pas d'arrêter une politique de santé mais de fixer des objectifs de dépenses et de prendre des mesures à caractère financier. Le fait que le volet santé du rapport annexé explicite peu les priorités qui fondent la

construction de l'Ondam, et ne propose pas une articulation entre les orientations sanitaires et la trajectoire financière illustre cette difficulté.

L'échec de cette procédure d'élaboration d'une politique de santé doit être relativisé. Si le rapport annexé a été abandonné, il a constitué une première étape vers l'élaboration d'une politique de santé globale en légitimant la nécessité d'une meilleure articulation entre assurance maladie et santé et, à travers cette articulation, en renforçant les choix politique des gouvernements successifs d'une régulation portant principalement sur l'offre de soins. Il s'inscrit dans un mouvement d'ensemble visant à intégrer ces deux politiques et participe à l'introduction de logiques et de d'outils de coordination. Il contribue au renforcement du pilotage national de ces politiques.

La réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale en 2005 supprimera ce rapport annexé, cette suppression faisant l'objet d'un consensus total lors des débats parlementaires. L'abandon du rapport annexé ne constitue pas une remise en cause de la volonté exprimée par les pouvoirs publics de renforcer l'articulation entre assurance maladie et politique de santé. Elle intervient d'ailleurs dans une période de forte activité législative après l'adoption de la réforme de l'assurance maladie de la politique de santé publique survenue en 2004.

Cette révision va se traduire une refonte complète de la liste et du contenu des annexes qui doivent impérativement y être jointes.

2. L'élaboration d'une politique globale de santé sous l'autorité de l'État

Le rapport annexé adossé au LFSS a eu la vertu de faire progresser le questionnement sur les modalités d'élaboration de la politique de santé. L'évaluation du dispositif a fait naitre la nécessité de distinguer le débat annuel autour des comptes de la sécurité sociale de la nécessité de fixer des objectifs pluriannuels en matière de santé.

La procédure d'élaboration de la politique globale de santé va se détacher de la LFSS. Elle sera désormais distincte de leur examen par le Parlement mais la question du financement demeure posée. La volonté d'institutionnaliser une politique globale de santé qui vienne définir les objectifs et encadrer l'activité et le comportement des acteurs va s'accroitre.

a) Politiser/Dépolitiser la fabrication de la politique globale de santé

En France, la fabrication des politiques sectorielles a longtemps été basée sur l'interaction entre les représentants politiques et des organisations sociales reconnues et soutenues par l'État comme partenaires sociaux (Jobert, Muller 1987). Historiquement, les promoteurs du plan français de sécurité sociale ont retenu un système d'assurances sociales géré par les partenaires sociaux, solution qui a marginalisé le rôle de l'État dans le gouvernement sectoriel (Buton, Pierru 2012). La construction du système de protection sociale a permis aux pouvoirs publics de déployer leur action en matière de santé (généralisation de l'assurance maladie, réforme du système hospitalier, développement de la médecine de ville). Pourtant « *tout se passe comme si les pouvoirs publics ne revendiquaient de légitimité que pour l'organisation des structures et la mobilisation de moyens, mis au service d'objectifs de santé définis par ailleurs, presque implicitement, par un système médico-professionnel* » (Tabuteau 2007).

Il faut attendre la fin des années 1980 pour l'élaboration d'une politique de santé soit inscrite à l'agenda des pouvoirs publics. Le prurit institutionnel qui caractérise le système de santé à compter de cette période « *fait écho à son défaut de pilotage, hérité d'une histoire qui a cantonné l'État, pendant plus d'un siècle et demi, dans le rôle épisodique de voltigeur en cas d'épidémie.* » (Tabuteau 2013). Marqué par la défaite de la santé publique (Morelle 1996), les pouvoirs publics vont entamer une réforme très profonde de l'organisation de la santé publique. La construction d'un service public de la sécurité sanitaire bâti autour d'agences dédiées « *marque, la troisième étape, après l'invention du secteur public hospitalier et le développement des politiques de régulation, de la structuration de l'intervention moderne de l'État dans le champ de la santé* » (Tabuteau 2012). Cette affirmation va suivre un double mouvement, celui de la primauté de l'État dans la conception de cette politique, d'une part, celui de la transformation de ces politiques, santé et assurance maladie, en une politique globale de santé, d'autre part.

Les débats relatifs à cette méthode de fabrication posent la question de la politisation de la politique de santé qui est traitée à travers l'intervention du Parlement.

Cette volonté de débattre des objectifs de la politique de santé est perceptible dans le plan Juppé, la loi de 2002 et celle de 2004 malgré des modalités pratiques distinctes.

En 1996, le rapport annexé doit permettre aux Parlement d'être informé des orientations de la politique de santé. En 2002, le législateur « *aménage la procédure*

d'élaboration de la politique de santé de manière à mieux y associer la représentation nationale. Désormais en effet, un débat spécifique sur les perspectives du Gouvernement en matière de politique de santé aura lieu chaque année au Parlement alors qu'actuellement c'est dans le seul cadre de la loi de financement de la sécurité sociale que la politique de santé du Gouvernement est discutée. Ce chapitre de la loi n'a jamais donné lieu à application et a été abrogé par la loi du 9 août 2004 instituant une loi quinquennale de santé publique » (Tabuteau 2012 a). La loi de 2004 relative à la politique de santé publique a donc abrogé les modalités d'élaboration existantes au profit d'une réflexion sur la programmation des actions en santé publique. Elle a ainsi posé le principe d'une loi quinquennale santé. Elle a défini 5 plans stratégiques et 100 objectifs de santé publique. Cette révision portée par les lois de 2004 rompt le lien procédural avec le LFSS. En 2002, comme en 2004, ces dispositions avaient pour ambition d'améliorer l'organisation du débat parlementaire. 2004 fait le choix d'une loi de programmation sur le modèle de ce qui existe dans d'autres domaines des politique publiques comme la politique de défense qui se succèdent depuis le milieu des années 1990.

Il faudra attendre plus de dix ans et le vote de la loi de 2016 relative à la modernisation du système de santé pour que cette réflexion soit reprise. Les résultats mitigés de cette procédure législative pluriannuelle ont conduit à l'émergence d'une stratégie nationale de santé (SNS).

b) Une politique sous la responsabilité de l'État

Le plan Juppé, la loi de 2002 sur la démocratie sanitaire, la loi de santé publique de 2004, puis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 constituent autant d'étapes dans la définition des modalités d'élaboration d'une politique globale de santé et dans l'affirmation du rôle central de l'État dans la construction de cette politique. Cette modalité d'élaboration s"inscrit dans la volonté d'acteurs programmatiques (Hassenteufel, Genieys 2012, 2016) de renforcer le rôle de l'État dans le pilotage de cette politique et dans l'idée que l'État est porteur de la rationalité et de l'intérêt général, seul capable de lutter contre les croyances irrationnelles et les logiques clientélistes (Gremion 1976).

En évolution par rapport au plan Juppé, et son rapport annexé à chaque LFSS, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait proposé une procédure en deux temps. D'une part, l'élaboration d'un rapport remis au Parlement avant le 15 juin de l'année en cours, rapport sur les orientations de la politique de santé que retient le Gouvernement. D'autre part, le contenu de ce rapport

devait irriguer la loi de financement de la sécurité sociale de l'automne suivant. L'idée était donc de faire connaitre les priorités de santé en amont de la préparation de la LFSS et de prévoir de modalités de financement lors des discussions à l'automne. Cette disposition qui se voulait plus opérationnelle que le rapport annexé et qui réaffirme, dans sa procédure un lien entre politique de santé et LFSS a été abrogée par la loi du 9 aout 2004, sans avoir été appliquée.

Les dispositions de la loi de 2004 relative à la politique de santé publique prolonge cette réflexion sur les modalités de fabrication d'une politique de santé. Des éléments novateurs sont introduits dans le code de la santé publique comme la première affirmation claire de la responsabilité de l'État dans l'élaboration de cette politique ainsi qu'une première définition législative du périmètre de la santé publique. Les premières phrases de l'exposé des motifs du projet de loi déposé devant l'Assemblée nationale affirment ainsi « *Le présent projet de loi a pour but essentiel d'affirmer la responsabilité de l'État en matière de politique de santé publique, ainsi que le rôle du Parlement dans ce domaine. La santé publique est en effet une préoccupation importante des citoyens, des élus et des pouvoirs publics. Or, les objectifs de la politique de santé publique ne sont aujourd'hui ni présentés ni débattus au Parlement. Faute de disposer ainsi d'un cadre de référence clair et cohérent pour guider leur action, les multiples acteurs de la politique de santé publique opèrent dans un contexte caractérisé par la dispersion des efforts et leur faible efficacité d'ensemble, liée à l'insuffisance de l'évaluation des actions de santé publique.* »

Simultanément la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, promulguée quelques jours plus tard (Tabuteau 2006 a) introduit un nouvel article dans le code de la sécurité sociale qui dispose que « *L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. « En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'État* ».

Ces deux lois (2004) affirment donc la responsabilité de l'État dans la définition des objectifs de santé publique, dans l'accès effectif aux soins mais également la participation des professionnels de santé et de l'assurance maladie à la réalisation des objectifs de santé publique.

Les lois de santé adoptées depuis 2004, comme le plan Juppé, sont des marqueurs intéressants de cette transformation. Elles favorisent un renforcement des acteurs étatiques dans la gouvernance du système de santé et plus largement dans le système de protection maladie obligatoire. Elles proposent un pas de côté en mettant l'accent sur la politique de santé plutôt que sur les impératifs de maitrise de dépenses.

La création de la stratégie nationale de santé (SNS) s'inscrit dans cette affirmation de la responsabilité de l'État. Cette responsabilité s'affirme dans une conception globalisante en renforçant l'articulation entre politique de santé et assurance maladie.

Cette affirmation du rôle de l'État s'accompagne d'une réflexion sur les modalités d'élaboration de cette politique de santé. La stratégie nationale de santé est à la fois une méthode d'élaboration de la politique de santé et l'instrument de mise en œuvre de la politique de santé telle qu'elle est désormais définie dans le code de la santé publique (Trepreau 2018). La SNS procède à une révision procédurale majeure en ne prévoyant plus l'examen des objectifs de la politique de santé par le Parlement et en retenant une procédure fondée sur le recours aux experts et une publication par décret. Ce choix donne une plus grande souplesse d'action au Gouvernement, d'autant que le rythme quinquennal des lois de santé n'a pas été respecté. Ce choix fait l'objet d'une remise en cause discrète lors des travaux relatifs à la réflexion sur la santé publique de demain (Chauvin 2021) qui préconisent de remplacer la SNS par une loi de santé publique votée par le Parlement. Derrière ce choix procédural se déroule une « *compétition entre les élites administratives et des experts de la santé publique et de l'épidémiologie sur ce qui signifie une politique de santé publique* » (Bergeron, Nathanson 2014).

Une phase de consultation figure bien dans la procédure, celle menée en 2017 a eu recours à des outils modernes puisqu'elle a été fondée sur une consultation électronique dont l'organisation a été confiée à une société privée.

Cette situation renforce « *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 haut (omniprésence de l'exécutif et des cabinets ministériels dans la production des politiques de santé) et une dépolitisation par le bas (élus parlementaires, élus locaux*) » (Buton, Pierru 2012). Cette thèse doit être modulée car il semble qu'on assiste à une repolitisation de la santé par le bas. Les élus locaux notamment sont promoteurs d'action de santé publique (Bergeron 2011) tandis que dans le prolongement de la gestion de l'épidémie de COVID-19 ils portent une critique

de l'action de la bureaucratie sanitaire, notamment du rôle des ARS (Douillet 2020), et demandent d'être mieux associer.

Ainsi malgré son institutionnalisation débutée à la fin des années 1980, « *la politique de santé peine à s'imposer comme un enjeu majeur du débat politique* » (Tabuteau 2012). L'analyse du débat politique (Tabuteau 2007, 2012a, Buton, Pierru 2012) conforte cette analyse tout comme celle du rôle du Parlement an matière de santé malgré une activité législative très fournie au cours des trente dernières années. « *Le Parlement a été régulièrement appelé à réformer la législation de santé publique ou d'assurance maladie à la suite d'événements ou de crises qui ont relégué au second plan la construction d'une politique de santé* ». (Tabuteau 2012 b). Enfin, il faut souligner que les débats électoraux ne se sont que rarement emparés des questions de santé en France. La santé est une thématique qui « *figure au second, voire au troisième, rang des campagnes présidentielles* » (Pierru 2022).

c) Experts et parties prenantes

Si le rôle majeur d'inscription sur l'agenda politique est confié au Gouvernement, la préparation de cette politique globale de santé et la définition des priorités repose sur un travail d'expertise préalable confié au Haut conseil de la santé publique ou à des personnalités qualifiées. Tout au long de la période examinée le recours à l'expertise pour contribuer à l'élaboration des orientations ou du contenu de cette politique de santé est constant. Ce recours à l'expertise peut s'expliquer pour plusieurs raisons. La première est la nécessité de définir un périmètre de la politique de santé et de faire émerger des orientations des objectifs. Le recours à l'expertise permet de bénéficier d'une compétence et d'une légitimité acquise dans le champ scientifique, dans le cas de la politique de santé avec une dominante médicale pour fonder des décisions politiques (Joly 2005). La seconde est la tendance à l'externalisation de l'expertise et notamment du recours à des instances présentées comme extérieures à l'État ici le Haut conseil de santé publique (HCSP). Ce recours à une instance extérieure n'est pas récent dans le domaine de la santé, un conseil de l'hygiène publique avait été créé pour conseiller le gouvernement dès 1902, conseil fusionné avec le HCSP au début des années 2000.

Le recours à l'expertise permet au Gouvernement « *d'anticiper des conflits politiques, par exemple en confiant aux experts le soin de donner des avis supposés objectifs qui départageront les thèses en présence. Le conflit politique se trouve ainsi déplacé, permettant à chacun des protagonistes de garder la face* » (Jacob et Genard 2004).

Dans le cas présent ce recours à l'expertise peut être considéré comme le signe d'un double mouvement. Le Gouvernement considère que sa légitimité dans le secteur n'est pas suffisamment forte pour proposer des orientations aux parties prenantes, notamment au regard de la place historiquement accordée au corps médical. Le recours à l'expertise lui permet donc de renforcer son positionnement vis-vis des autres acteurs du système de santé (professionnels de santé mais aussi associations d'usagers, élus locaux). Il s'agit également pour l'État de se placer à distance, de faire-faire ce travail de préparation des orientations de la politique de santé.

Les principes du recours à l'expertise ont peu évolué depuis 1996. Il repose en priorité sur les travaux du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui est chargé d'analyser *« les problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de les influencer* » et « *propose des objectifs quantifiés en vue de les améliorer* ». dans le dispositif prévu par le plan le HCSP était déjà chargé d'éclairer les travaux de la conférence nationale de santé en vue de permettre au gouvernement de définir les orientations de la politique de santé. Il conserve un rôle similaire lors de la préparation des stratégies nationales de santé. Pour l'élaboration des deux premières SNS, le travail d'expertise a été mené dans des conditions différentes en 2013 et 2017. En 2013, en l'absence de procédure d'élaboration fixée par la loi ou le règlement, un travail préparatoire a été confié à une commission dédiée, présidée par Alain Cordier ancien membre du collège de la Haute autorité de santé. Constituée sous l'appellation de comité des sages, elle est composée d'experts de la santé publique (G.Chene, E.Hirsch, F.Parisot-Lavillonnière, D.Perrotin), d'acteurs de terrain (Pierre de Haas) d'un ancien membre des cabinets santé (G.Duhamel), assistés de plusieurs hauts fonctionnaire (trois membres de l'inspection générale des affaires sociales et un membre de la Cour des comptes). En 2017, le travail préparatoire d'expertise est réalisé par le Haut conseil de santé publique. En conclusion de ce travail préparatoire, le HCSP a publié un rapport et un avis formalisant des recommandations. Ce travail d'expertise permet de donner une légitimité au contenu de la SNS et aux orientations retenues par le Gouvernement.

En effet après avoir fait appel à l'expertise, le Gouvernement va transmettre les résultats obtenus aux parties prenantes réunies dans la conférence nationale de santé. Créée par le plan Juppé, la conférence nationale de santé (CNS) réunissait initialement les représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Réformée par la loi de 2002 mais sans que les textes d'application ne soient publiés, la CNS voit sa composition à tous les représentants des parties prenantes (usagers, élus,

professionnels et établissements de santé, financeurs, Conférences régionales de santé, organismes de recherche, industriels des produits de santé, « personnalités qualifiées ») par la loi de 2004. La CNS est chargée de formuler des avis pour améliorer le système de santé, évaluer l'application et le respect des droits des usagers, et contribuer à l'organisation de débats publics. Elle illustre une tentative de limitation du monopole médical sur la fabrication de la politique de santé.

La création de la CNS répond à deux enjeux. Permettre un travail de concertation classique dans la construction des politiques publiques. Faire endosser à une structure idoine, la conférence nationale de santé, la définition de priorités. Une telle démarche permet à l'État de piloter une procédure de construction d'une politique publique tout en se tenant à distance par le biais du recours à l'expertise et en tentant de neutraliser la voix de *veto players*, par exemple les syndicats de médecins libéraux, dans cette procédure. La création de la CNS permet un premier déplacement de la scène de négociation avec les professions médicales.

Pour se faire, les compétences de la CNS sont encadrées par la loi « *elle formule des avis ou propositions sur le plan ou les programmes qu'il entend mettre en œuvre* » ou en vue « *d'améliorer le système de santé* ». Avec la création de la Stratégie Nationale de Santé, la consultation de la CNS n'apparaît plus dans la procédure qui prévoit désormais « *que le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé* ».

La forme du débat public a elle aussi évoluée. Initialement organisé à la CNS et au Parlement, il est maintenant conçu sous forme d'une consultation publique qui doit permettre d'associer à la fois les usagers et les professionnels du secteur. Et c'est bien la SNS, donc la politique de santé choisie par le Gouvernement, qui doit être soumise à cette consultation qu'il y ait ou non un débat parlementaire. Les modalités de fabrication de la SNS en font un processus dépolitisé.

La question de la temporalité du débat et de la nécessité de reformuler des orientations a elle aussi connu des changements profonds après les tâtonnements initiaux. L'impossibilité dans laquelle s'étaient trouvés les Pouvoirs publics de procéder à la révision quinquennale de la loi de 2004 a conduit à étendre jusqu'à 10 ans la durée maximale de la SNS. Le Gouvernement actuel a toutefois fait le choix d'une SNS qui couvre la législature en cours (2018-2022). Cette durée est fixée par voie réglementaire et non plus législative.

L'évaluation, déjà prévue par les textes antérieurs, est également modernisée. Elle fait désormais l'objet d'un suivi annuel, et d'une évaluation pluriannuelle. Ces résultats sont rendus publics. Il y a donc bien au moment de la conception de la SNS et de son évaluation la volonté d'assurer la publicité des travaux, illustrant ainsi le fait que la « transparence est devenue une composante majeure de l'action publique ».

En 2013, la réaction des syndicats de médecins libéraux à la création de la SNS a été englobée dans leur opposition aux mesures du projet de loi de modernisation de notre système de santé (tiers payant généralisé, service public territorial de santé). En 2017, leur réaction à l'élaboration de la stratégie nationale de santé reste mesurée. Les organisations représentatives des professionnels et des établissements de santé ont également fait part de leur contributions ou réaction à cette élaboration. Leur positionnement n'exprime pas une opposition frontale mais une prudence dans la mise en œuvre de cette stratégie ce qui va dans le sens d'un consensus, même tronqué sur les valeurs et les objectifs mis en avant. Ainsi du côté de la CSMF, syndicat historique des médecins libéraux, Luc Duquesnel, président de la section des médecins généralistes de ce syndicat déclare le 25 septembre 2017 : « *Les travaux destinés à définir notre politique de santé pour les cinq ans à venir ont été officiellement lancés par Agnès Buzyn. Dans un contexte de concertation et d'écoute avec les professionnels, les élus et les usagers du système de santé, la Ministre veut faire de la prévention, de la lutte contre les inégalités, de la pertinence et la qualité des soins et de l'innovation, les priorités du quinquennat. « Comment ne pas être d'accord avec ces choix-là ? Donc on ne fera pas de procès d'intention à notre Ministre, mais on attendra la promulgation du décret à la fin décembre pour savoir si l'on doit se réjouir ou pas* ».

Dans un registre et un tempo différent, le conseil d'administration de la Fédération Hospitalière de France Le Conseil d'administration de la FHF prend connaissance avec grand intérêt et une réelle satisfaction des cinq grandes priorités de santé publique annoncées par Madame la ministre de la Santé le 23 septembre 2017 dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé.

Si le principe de bâtir la politique de santé autour d'orientations est pérenne depuis l'origine, La forme et le nombre de ces orientations a substantiellement évolué depuis 1996. Cette évolution a deux raisons. La première tient au fait que les 100 objectifs de la loi de 2004 sont aujourd'hui considérés comme une absence d'orientation stratégique et qu'il convient donc de définir des axes prioritaires clairs. La seconde est de rechercher une coordination plus forte entre les différents éléments de la politique de santé, dont le périmètre est maintenant défini par la loi.

d) Définir périmètre d'une politique globale de santé

La stratégie nationale de santé (SNS) correspond à une nouvelle phase de cette construction de la politique de santé. Elle s'appuie sur une définition législative de la politique de santé qui englobe offre de soins, santé publique et protection sociale contre la maladie. Il s'agit d'une évolution forte de la conception de la politique de santé. Elle permet un travail de définition et de mise en cohérence de cette politique publique car « *pour concevoir une politique de santé, il faut inévitablement se poser la question de la définition de la santé et des exigences s'attachant à la protection de la santé dont le préambule de 1946 a fait en France, un objectif constitutionnel* » (Tabuteau 2016 b).

Cet objectif est illustré par une nouvelle évolution législative visant à inscrire dans le code la santé publique le périmètre de la politique de santé. Cette définition a fait l'objet de débats législatifs entre 2004 et 2016 et « *l'article 1er de la loi du 26 janvier 2016 peut être regardé comme le symbole de l'approche globale de la politique de santé […]. L'article redéfinit la notion de politique de santé et en confie la responsabilité à l'État. Il en résulte une unification terminologique opportune puisque précédemment les codes retenaient, sans véritable distinction conceptuelle, les termes de politique de santé et de politique de santé publique.* » (Tabuteau 2016 a).

La définition retenue pour la politique de santé et figurant dans le code de la santé publique comporte 11 items principaux. Pour mesurer l'effort d'intégration réalisé entre assurance maladie et illustrer les objectifs fixés à la SNS, il semble important d'en retenir trois :

L'objectif premier de la politique de santé est « *la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine* » (article L.1411-1 du code de la santé publique).

Deux autres points (5ème et 6ème items de l'article L.1411-1 du code de la santé publique) viennent rappeler l'approche globale qui est désormais préconisée en insistant sur : L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin

de concourir à l'équité territoriale. Enfin le 6°) indique que « *La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale* ».

La loi de 2016 complète le dispositif avec un chapitre relatif au « *renforcement de l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie* ». L'objectif est de « *permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de définir les attentes de l'État* » notamment en matière de politique conventionnelle et de gestion du risque.

Cette rédaction assure l'intégration juridique des politiques d'assurance maladie et de santé et synthétise une évolution débutée avec le plan Juppé. Elle est l'aboutissement de la démarche de recomposition entamée depuis le plan Juppé afin de réduire la dichotomie sur laquelle reposaient l'organisation et la régulation des différents acteurs du système de santé. Elle s'accompagne d'une évolution organisationnelle nouvelle et conforme à cette évolution. Elle débouche sur la construction d'une politique globale de santé dont les objectifs sont d'accompagner la politique de contrainte budgétaire et de participer à la reconfiguration du système de santé.

Ainsi que l'a rappelé solennellement la ministre de la santé à l'occasion de la présentation du projet de loi de modernisation de notre système de santé en 2014 : « *il n'y a qu'une politique de santé. Il n'y a pas la santé publique d'un côté et l'assurance maladie de l'autre*. » L'objectif de la SNS est donc bien « *de refonder dans une seule et même politique l'ensemble des champs de l'action publique sanitaire* » (Crémieux, Heard 2016).

B. LA SNS PERMET-ELLE DE FAIRE ÉMERGER UN SYSTÈME DE REPRÉSENTATION ALTERNATIF À LA POLITIQUE DE CONTRAINTE BUDGÉTAIRE ET DE NATURE À FAVORISER LA RECONFIGURATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Au sein de la politique globale de santé, les mouvements de reconfiguration ne relèvent plus prioritairement de la couverture maladie, dont l'accès a été universalisé avec la réforme de la CMU (couverture maladie universelle) mais bien de l'organisation des soins et de l'amélioration de l'état de santé de la population. Depuis le plan Juppé, des actions de recomposition économique ont été initiées afin de contribuer à la maitrise des dépenses et à une meilleure qualité de la prise en charge. Plusieurs leviers

ont été actionnés en ce sens, avec la création d'agences dédiées (ANAES puis HAS), le déploiement d'un volet conventionnel axé sur la maitrise médicalisée ou la mise en œuvre d'incitations financières avec le développement d'actions de paiement à la performance à destination des offreurs de soins, et notamment des médecins libéraux (rémunération sur objectifs de santé publique) (Bras 2011, 2017, 2020 ; Saint-Lary, Plu, Naiditch 2011).

Ces démarches en faveur de la qualité et de l'efficience des soins sont accompagnées de réflexions anciennes sur la transformation des modes de prises en charge. C'est le cas avec l'évolution des techniques chirurgicales qui permet désormais de traiter les patients dans la journée. Ces actions vont conduire à une réflexion sur la reconfiguration du système d'offre de soins, sous l'appellation de virage ambulatoire (Planel, Varnier 2017), reconfiguration dont est attendue une amélioration de la prise en charge des patients mais également plus grande efficience de la dépense, voire des économies budgétaires. Des sujets dont l'approche est renouvelée surviennent également comme le développement de la prévention, la lutte contre les inégalités d'accès aux soins qui se sont intensifiées (Bréchat 2016) et enfin un sujet nouveau celui des inégalités territoriales de santé.

Nous souhaitons examiner l'hypothèse selon laquelle la réflexion sur l'articulation de l'assurance maladie et de la santé qui débouchera sur la création de la stratégie nationale de santé (SNS) correspond à une action de reformulation du problème afin de faire émerger des références communes, puissantes qui justifient les transformations du système de santé au-delà des seules questions budgétaires et favorisent sa reconfiguration.

1. Des élites politiques pour élaborer et mettre sur agenda une politique globale de santé

Nous voudrions démontrer que l'impact de la LFSS sur les transformations du système de santé et notamment dans ce chapitre sur l'articulation/intégration des politiques de santé est double. Tout d'abord, cette démonstration s'inscrit dans la continuité des travaux de B.Palier (2003, 2004) qui insistent sur le fait que les transformations de notre système de protection sociale seraient la conséquence de l'insertion de nouveaux instruments de politiques publiques. La LFSS est un instrument dont l'introduction a permis d'accompagner des recompositions du système de santé et l'élaboration d'une politique globale de santé. Nous considérons que la création de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) s'inscrit dans cette évolution et

constitue une nouvelle étape dans une trajectoire de transformation qui demeure incrémentale. La démarche conduisant à l'élaboration d'une SNS est donc le fruit de cette recomposition politique dont l'intégration des politiques de santé et d'assurance maladie est une des modalités.

a) La SNS propose un cadre cognitif renouvelé

Au-delà de cette reconnaissance de l'intégration des politiques d'assurance maladie et de santé publique dans une politique globale de santé et de leur institutionnalisation par une procédure d'élaboration et l'existence d'un budget commun, il faut également de proposer aux acteurs du système de santé des représentations et des objectifs qui se détachent du seul référentiel budgétaire porté par la LFSS (ou l'Ondam). En effet, si depuis le plan Juppé, les questions de régulation des dépenses dominent les débats relatifs aux politiques de santé et d'assurance maladie, cette prédominance fait l'objet de critiques relatives notamment à l'inadéquation entre les modalités de détermination de l'Ondam et les besoins de santé publique. Ces débats sont récurrents depuis la création des LFSS (Descours 1999, Coulomb 2003) à la fois sur le caractère construit de la situation financière (Duval 2007) de la sécurité sociale et sur la nécessaire articulation entre besoins de santé et construction de l'Ondam. L'objet de la SNS est aussi de fixer un cadre d'interprétation des transformations/ reconfigurations (*recalibration*) nécessaires au système de santé qui ne soient pas uniquement motivées par la contrainte financière. Elle doit être interprétée comme une opération de mise en sens de l'action voulue par les autorités en matière de politique de santé. La SNS doit fixer le cadre dans lequel la politique de santé est conduite (Tabuteau 2016 b). Ce cadre doit déterminer selon les termes de la loi (art L1411-1-1 du code de la santé publique) des domaines d'action prioritaires. Nous formons l'hypothèse que la SNS a vocation à proposer un cadre cognitif renouvelée de la politique de santé, à redéfinir les objectifs poursuivis et à proposer un nouveau cadre de référence. « *Les approches dites cognitives de l'action publique insistent sur l'importance des idées dans l'explication de la genèse, de la stabilité et du changement des politiques publiques. Elles ont joué un rôle structurant dans les débats sur la réforme des politiques de santé en France qu'il s'agisse de les contester, de les amender ou plus souvent au contraire, de les convoquer comme dispositif théorique d'explication principale* » (Bergeron, Castel 2014).

La création de la SNS est le produit de la mobilisation et d'interactions entre acteurs programmatiques, constitués d'élites ministérielles membre de cabinets ministériels et de direction d'administration centrale, qui poursuivent leur action de recomposition

des modalités d'intervention de l'État. La mise sur agenda de la SNS est portée par les plus hautes sphères de l'État ainsi que l'illustre leur mention dans les discours de politique générale de Jean-Marc Ayrault en 2012 et d'Édouard Philippe en 2017 et l'investissement des ministres chargé de la santé qui ont conçu et porté les deux premières SNS, M. Touraine en 2013 et A.Buzyn en 2017. La SNS fait donc partie des priorités exposées en début de quinquennat.

La première mention de la notion de la stratégie nationale de santé apparait dans le discours de politique générale prononcé par J-M Ayrault, Premier ministre nommé à la suite des élections présidentielles et législatives du printemps 2012. Le titre de cette déclaration de politique générale « *Déclaration de politique générale de M. Jean-Marc Ayrault, Premier ministre, sur l'endettement de la France et la mobilisation des Français pour le redressement, la démocratie et la justice sociale, l'objectif de la maîtrise des dépenses publiques, la compétitivité et les grandes priorités du quinquennat* » rappelle les priorités qui vont sous-tendre l'ensemble de l'action menée par ce Gouvernement et sa majorité parlementaire.

Ce titre fait explicitement référence à la question du pilotage des dépenses et de la maitrise des finances publiques. Au-delà de ce contexte budgétaire prégnant, les objectifs fixés à la SNS sont clairement énoncés par le Premier ministre dans son discours : « *C'est tout un système de santé qu'il faut reconstruire. Cette réforme s'inscrira dans une stratégie nationale de santé favorisant une bonne répartition et aussi un bon parcours de soins qui, aujourd'hui, ne mobilise pas assez l'ensemble des professionnels de santé mais qui doit, au-delà des soins de premier recours, reconnaître et soutenir l'hôpital et en particulier l'hôpital public. La reconfiguration du système de santé doit passer par la structuration de l'offre de soins en parcours de santé. Cette évolution est rendue nécessaire par les défis que doit relever notre système de santé en termes d'accès aux soins et de transition épidémiologique. Cette évolution est rendue nécessaire du de l'existence d'inégalités de santé, mais aussi les déserts médicaux et les dépassements d'honoraires qui privent d'accès aux soins une partie de la population, ce qui n'est pas acceptable […]. Mais il faut aussi s'adapter aux grands enjeux de santé publique. Je pense au vieillissement de la population, aux maladies chroniques, aux addictions.* »

Ces items sont repris en 2017 dans la déclaration de politique générale d'Édouard Philippe qui déclare que « la *prévention sera le pivot de la stratégie nationale de santé* » et insiste sur la nécessité de reconfigurer le système de santé autour de la notion de parcours « *Il faut donc bâtir des parcours de soin en favorisant l'interconnexion des*

professionnels de santé et la circulation de l'information au bénéfice du patient, en mettant en place de nouvelles incitations et de nouveaux modes de rémunération, en mesurant la qualité des soins et en la faisant connaitre. » Bien qu'il existe des stratégies nationales dans d'autres secteurs de l'action publique, comme l'enseignement supérieur, seule la SNS est évoquée lors des discours de politique générale prononcé devant les assemblées parlementaires, seule la SNS fait l'objet d'une affirmation publique des enjeux.

b) Le contenu de la SNS fait l'objet de consensus ambigus

Le contenu même de la SNS présenté lors de ces discours promeut des références communes puissantes, partagées susceptibles de favoriser un consensus mais à l'instar de valeurs majeures qui ont orienté les institutions scolaires telle que la laïcité ou l'égalité des chances, (Van Zanten 2006) les objectifs partagés par les acteurs du système de santé peuvent faire l'objet de réinterprétations en fonctions des groupes de pression et des situations, ou de dissensus sur les modalités de mise en œuvre. L'ambiguïté et la polysémie peuvent être le fondement d'un compromis en matière de reconfiguration de la politique de santé, comme cela a été le cas lors de la construction du système français de protection sociale (Jobert 1985). Insister sur cette polysémie n'a pas pour objectif de dénoncer des incohérences mais plutôt de faire apparaitre un mode d'action fondé sur « *une logique d'agrégation d'intérêts disparates, qui passe par du flou et de l'ambigu fédérateur […]. Pour rassembler une majorité de soutien, il faut en effet mettre ensemble des individus et des groupes sociaux dont les intérêts, les valeurs, les « cartes mentales » et les attentes sont différentes, voire contradictoires* (Palier 2008 b).

Ces valeurs et ses objectifs vont nourrir la définition de priorités qui vont structurer la SNS. Cette définition de priorités est un exercice complexe soumis à une double contrainte. La première est législative, le périmètre de la politique de santé étant défini par la loi, la SNS doit tenir compte de ces éléments constitutifs, les ordonner, les hiérarchiser en fonction de priorités politiques et en décliner la mise en œuvre. La seconde est une contrainte de lisibilité et de priorisation des objectifs. Les pouvoirs publics doivent hiérarchiser les objectifs car : *« l'attention publique est une ressource rare, dont l'allocation dépend de la compétition au sein d'arènes publiques. […] les problèmes doivent lutter pour occuper un espace dans les arènes publiques.* » ((Hillgartner et Bosk 1988).

Ces difficultés étaient pointées par la Cour des comptes dans son analyse des rapports annexés à la LFSS. La loi de 2004 relative à la politique de santé publique a

elle aussi fait l'objet de critiques en raison d'un nombre d'objectifs de santé jugés soit trop élevé et donc défaillant dans la définition de priorités claires.

Définir les priorités consiste à répondre à des injonctions contradictoires. La loi de santé publique de 2004 est aussi critiquée pour avoir omis de tenir compte de certaines problématiques de santé, ce qui s'est notamment traduit par le dépôt d'amendements visant à rajouter des objectifs supplémentaires lors de l'examen du projet de loi par le Parlement. On retrouve surtout des critiques adressées à la loi de 2004 et la peur d'oublier une catégorie. Cette crainte est particulièrement perceptible dans la SNS 2018-2022 et ses dispositions spécifiques à l'outre-mer. Il y a un sujet de ligne directrice. Clairement cette dernière et plus visible dans la SNS 2013 qui est axée sur la prévention et les parcours de santé.

Les deux SNS ont été confrontées à cet impératif de lisibilité et de priorisation. Leur contenu doit être considéré comme comparable (voir tableau comparatif en annexe) on retrouve des préoccupations de santé publique mises en avant autour d'une action plus volontariste en matière de promotion de la santé et de renforcement des actions de prévention.

En ce sens, la SNS est un assemblage de composants existants, la nouveauté devrait résider dans le fait que ces éléments sont assemblés et priorisés de manière inédite (Hogwood, Peters, 1985). Il serait erroné de considérer que les SNS inventent une nouvelle doctrine en matière de politique de santé dans le sens ou aucun des éléments n'existait auparavant.

Cette agrégation sur le fondement d'un consensus ambigu doit laisser ouverte la possibilité de procéder à des évolutions qui n'étaient pas imaginables pour qui ne considère que le poids des institutions, ou dans le domaine de l'offre des soins, le poids des organisations syndicales.

2. Un discours performatif commun pour faire émerger une vision alternative à la seule dimension budgétaire ?

Le contenu de la SNS permet de développer un discours performatif en direction de l'ensemble des acteurs du système de santé. Ce discours s'appuie sur des objectifs qui visent à fédérer les acteurs autour d'objectifs qui sont également des valeurs majeures telles que le développement de la prévention, la lutte contre les inégalités de santé ou une meilleure prise en charge des patients. Ces objectifs dessinent le contour de la reconfiguration du système de santé proposé par la SNS. La dimension budgétaire de

cette reconfiguration est peu évoquée, tant du point de vue des objectifs poursuivis c'est-à-dire de la place de cette reconfiguration dans la politique de maitrise des dépenses, que du point de vue opérationnel c'est-à-dire des financements alloués aux différents objectifs retenus par la SNS.

Les deux SNS déjà élaborées présentent des traits communs dans leur contenu malgré des présentations thématiques qui varient (cf. tableau comparatif en annexe 4). Elles proposent de reconfigurer le système de santé de santé autour d'objectifs majeurs. Nous considérons que sous des formules rédactionnelles distinctes, trois composantes dominent le contenu de ces SNS : la prévention, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et la coordination des soins. Dans leur énoncé, ces objectifs ne sont pas proprement nouveaux mais ils dessinent des priorités destinées à corriger des failles identifiées dans l'organisation ou le fonctionnement du système de santé. Ils poursuivent un sentier réformateur déjà tracé mais dont l'achèvement n'est pas accompli.

a) Un consensus pour reconfigurer au-delà de l'offre de soins

La première composante est relative au nécessaire développement de la prévention. La question du développement des politiques préventives n'est pas nouvelle. Cette problématique trouve ses racines dans le courant de l'hygiène publique qui s'est déployé à compter du XVIIIème siècle sous l'influence du courant néo-hippocratique et de l'hygiénisme (Bourdelais 2011) qui postule l'idée qu'une maladie trouve son origine dans l'environnement. Cette problématique est renouvelée dans la deuxième partie du XXème siècle avec le développement de maladies chroniques non transmissibles pour lesquelles des actions préventives sont nécessaires tout comme dans la lutte contre les pratiques addictives. La prévention permet d'articuler assurance maladie et santé publique en poursuivant d'autres objectifs que le tout curatif. Pour s'en tenir à une période récente, il convient de rappeler que mettre la prévention au cœur des politiques de santé était un des principaux objectifs de la loi de 2004 (Bergeron, Nathanson 2014). Cette composante constitue le cœur des politiques de santé et permet de répondre à des attentes exprimées par des acteurs du système tels que la société française de santé publique ou des acteurs locaux dont le registre d'action n'est pas celui des professionnels de santé mais celui des collectivités locales ou du tissu associatif (Bergeron 2011). Elle permet d'afficher un mouvement de rééquilibrage entre l'attention apportée à l'offre de soins et la prévention. Elle s'inscrit dans un flux régulier de renforcement de la prévention qui a notamment été porté par plusieurs lois de financement de la sécurité sociale. La prévention contribue au mouvement

d'intégration entre assurance maladie et santé publique. Elle répond à la demande récurrente de la société française de santé publique « *d'une politique de santé qui ne se limite pas à une politique de l'offre de soins (même élargie à une politique de services sanitaires et sociaux), mais prenne en compte l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et assume un rôle de plaidoyer auprès de l'ensemble des acteurs de la société* » (Lombrail 2013).

Les actions retenues illustrent également l'évolution du contenu de cette politique de prévention plutôt axée sur une prévention individuelle (tabac, alcool, santé sexuelle, alimentation) que sur des approches populationnelles même si les plans déployés en matière de santé-environnement couvrent plutôt cet angle et renouent indirectement avec les préoccupations urbanistiques et hygiénistes de la fin du XIXème siècle.

L'existence d'un lien entre développement de la prévention et maitrise des dépenses ne peut être totalement écartée. En effet, « *parmi les grandes causes de santé publique pour lesquelles une approche préventive est promue, on trouve des pathologies pour lesquelles la médecine curative a montré une moindre efficacité : cancer, obésité, alcoolisme.* » (Bergeron, Castel 2014). « *Le souci de retarder ou d'éviter la survenue de maladie dont le cout économique est considérable pour la collectivité n'est pas étranger à ce regain* » (Bergeron 2010) d'intérêt pour les politiques de prévention. « *Comme c'est timidement le cas depuis les années 1980 (Jobert, 1985), et de manière plus prononcée à partir des années 2000 (Pierru, 2007), et ainsi que cela avait souligné dans les 6e et 7e plans (Berlivet, 2004), les politiques de prévention doivent être conçues comme un moyen simple et efficace de réduire les dépenses de santé, levier d'action complémentaire des réformes du financement de la sécurité sociale* » (Bergeron, Nathanson 2014).

Le deuxième élément constitutif fort de ces SNS est la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Cette question n'est pas nouvelle. Elle découle de l'action de Villermé et la naissance de la médecine sociale en France (Jorland 2010). Elle a perdu une partie de son acuité durant les Trente glorieuses du fait du mouvement de généralisation de la sécurité sociale et du triomphe de la médecine curative. À compter de la fin des années 1970, la lutte contre les inégalités sociales a été un moteur de la réforme des systèmes bismarckiens (Cf. chapitre 1). Les travaux préparatoires à l'élaboration de la stratégie nationale de santé pointent néanmoins l'émergence de formes non traitées ou nouvelles d'inégalités sociales et l'émergence d'inégalités

territoriales. Dans son rapport préparatoire à la SNS 2018-2022, le HCSP (2017) observe ainsi qu'*:« il existe depuis longtemps des dispositifs de lutte contre la précarité, la pauvreté et l'exclusion sociale, dont certains sont en rapport avec la santé et l'accès aux soins, tels que la couverture maladie universelle (CMU). Cependant, les inégalités sociales de santé ne concernent pas seulement les personnes les plus précaires, c'est-à-dire les plus vulnérables socialement et économiquement. Il s'agit en effet d'un gradient qui traverse l'ensemble de la population. Ce dernier se traduit par des différences entre les niveaux de l'échelle sociale qui ne concernent pas uniquement les catégories extrêmes. Ce constat appelle donc des mesures, qui ne soient pas ciblées sur certains groupes, mais intégrées à tous les niveaux du système de santé, afin de toucher l'ensemble de la population »*. La réduction des inégalités sociales et la volonté de s'occuper de la situation des plus démunis forment deux thèmes forts de justification de la mise sur agenda des politiques de santé publique en France et en Allemagne même si la question qui consiste : « *à savoir de quoi les inégalités sociales de santé sont le nom* » demeure posée (Basson, Haschar-Noe, Honta 2021).

La question des inégalités territoriales fait son apparition au début des années 2000. Le HCSP (2017) observe : « *La situation des inégalités territoriales de santé est bien différente. Alors que de multiples analyses portant sur l'état de santé et sur l'offre de soins ont montré, depuis longtemps, d'importantes inégalités inter-régionales (voir notamment les travaux de la Drees), qui n'ont aucune tendance à la réduction dans les dix dernières années, la lutte contre ces inégalités ne figure toujours pas à l'agenda politique. Le HCSP pour sa part n'a pas spécifiquement investi cette question, dont l'enjeu est pourtant particulièrement important à un moment où les orientations introduites par la loi de modernisation de notre système de santé visent à accroître la marge de manœuvre des ARS : les ressources disponibles en région, telles qu'elles sont actuellement distribuées, risquent de faire obstacle à toute réduction de ces inégalités sanitaires* ». Question sensible tant du point de vue de l'opinion publique que des syndicats de médecins libéraux. Depuis le début des années 2000, les autorités sanitaires sont confrontées à une évolution de la démographie médicale qui fragilise l'accès aux soins et se traduit par des déséquilibres dans la répartition de l'offre de soins libérale (Penaud, Planel 2016). Les Gouvernements successifs ont développé, ou accompagné, le développement de mesures fondées sur des incitations financières comme le pacte territoire-santé en 2012. Confrontés à l'opposition des médecins libéraux à toute mesure remettant en cause la liberté d'installation, et après l'échec d'une tentative de d'extension des mesures conventionnelles appliquées aux infirmières aux médecins, mesure qui figurait dans le texte initial de la LFSS 2008 et qui a suscité

une grève avant même l'examen du texte au Parlement, les gouvernements successifs ont, outre les mesures financières, cherché à s'appuyer sur les mesures organisationnelles. Les efforts ont porté sur une organisation des soins de premier recours qui veut organiser les parcours de soins et qui sont repris dans la SNS par la thématique de la coordination des soins.

b) Le poids prépondérant des questions de coordination des soins

Les questions relatives à la coordination des soins et à la création de parcours de soins ou de santé constituent la composante centrale des deux SNS. Cette composante s'inscrit dans une réflexion plus large sur les réformes de l'organisation des soins primaires (Hassenteufel, Naiditch, Schweyer 2020) qui sont au cœur de l'agenda des réformes actuelles de notre système de santé et dans le prolongement des initiatives en matière de qualité des soins. Cet objectif bouscule les traits essentiels de l'organisation de l'offre de soins, composé de silos (médecine de ville, établissements de santé) et cet objectif va jusqu'à redistribuer les missions confiées à chacun des acteurs (transferts de taches entre professions). La coordination des soins en ville fait l'objet d'une attention soutenue depuis au moins le début des années 1900, période à laquelle elle est inscrite dans les discussions conventionnelles régissant les relations entre les médecins et l'assurance maladie. L'instauration d'un médecin référent en 1997, puis du médecin traitant en 2004 poursuivent cette démarche (Tabuteau 2009) qui est encore renforcée par la loi HPST en 2009 et sa hiérarchisation des recours aux soins en réaffirmant la notion de soins primaires. La tentative de structuration de réseaux de soins puis de réseaux de santé (Bonnin, Gremy 2004) s'inscrit également dans cette démarche.

Cette réflexion sur la coordination des soins soulève la question des différentes formes d'organisation de système de soins primaires. Trois modèle types sont en général identifiés (Bourgueuil 2010). Tout d'abord, les pays ayant organisé leur système de soins selon les principes des soins primaires, c'est-à-dire en définissant les missions des différentes professions et une hiérarchisation des échelons comme l'Espagne, la Suède ou la Finlande appartiennent à un premier modèle dit « normatif hiérarchisé ». Peuvent ensuite être distingués les pays ayant accordé une place très importante aux médecins généralistes, positionnés comme des pivots du système de santé, avec des missions populationnelles comme le Royaume-Uni ou le Pays-Bas constituent un modèle qualifié de « professionnel hiérarchisé ». Enfin, les pays qui comme la France, délèguent l'organisation des soins ambulatoires à l'initiative des acteurs et ne hiérarchisent pas, ou faiblement les rôles entre médecine de spécialité différentes ou

entre ville et hôpital constituant le troisième modèle qualifié de « professionnel non hiérarchisé ».

Cette nécessité d'une meilleure coordination de la prise en charge des malades constitue une réponse à des évolutions structurelles, épidémiologiques et budgétaires, elle remet en cause le modèle existant. La première cause de cette évolution résulte de l'obsolescence progressive des modes traditionnels d'exercice de la médecine, notamment les limites de l'exercice isolé alors que la population exprime des besoins croissants de prise en charge requérant une continuité des soins ou une permanence au titre par exemple des maladies chroniques (Brocas 2010). L'évolution des pathologies et le vieillissement de la population. Ce phénomène est analysé par la théorie de la transition épidémiologique (Omran 1971) qui sur la base de l'évolution de l'état de santé des pays en développement définit trois stades. Les sociétés passent de « l'âge de la pestilence et de la famine » (1er stade) à « l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société » (3e stade) grâce au « recul des pandémies » (2e stade). Cette transition épidémiologique se caractérise donc par le recul des maladies infectieuses et de la mortalité afférente et par la prédominance des maladies chroniques et dégénératives. Cette évolution liée à l'évolution socio-économique de nos sociétés et aux progrès de la médecine et de la santé publique rend nécessaire de nouveaux modes de prise en charge. Ces nouvelles prises en charge doivent permettre de tenir compte du vieillissement de la personne, de la nécessité de faire intervenir plusieurs professionnels (sanitaires ou sociaux) et d'une demande croissante de prise en charge à domicile.

La deuxième cause est structurelle, elle a trait à la démographie médicale et à la réduction d'activité des médecins généralistes. Depuis le milieu des années 2000 la question de la démographie médicale et la problématique des déserts médicaux sont inscrits sur l'agenda politique et font l'objet de mesures portées par l'État (desserrement du numérus clausus, schémas régionaux de l'offre de soins incluant les soins ambulatoires, incitations fiscales), l'assurance maladie (incitations financières) et des collectivités locales. Cette situation pose plus largement la question de l'organisation de l'offre de soins libérale qui demeure fondée sur le principe de liberté d'installation des médecins, du nombre de médecins et de leur volume d'activité. Les données disponibles font apparaitre une réduction de l'activité des médecins généralistes (Bras 2016) qui n'est pas uniquement corrélée à la démographie mais qui traduit également une réduction du volume d'actes effectués par les médecins en activité.

La troisième cause est budgétaire. La maitrise des dépenses repose sur l'idée d'une promotion de la qualité des soins qui permettrait de dépenser mieux. Cette idée sous-tend le déploiement de nouveau mode de rémunération comme le paiement à la performance des médecins, la tarification à l'activité des établissements de santé mais aussi la recherche de modalités de rémunération qui viendrait favoriser la qualité et la coordination des soins.

La construction de ces réformes de soins primaires s'inscrit dans la durée. La SNS marque une évolution dans cette construction incrémentale en proposant une vision d'ensemble de cette problématique. Le déploiement de ces trois objectifs (prévention, inégalités sociales et territoriales, coordination) doit également permettre au Gouvernement de s'appuyer sur une coalition d'acteurs et d'éviter l'expression d'un veto des professionnels de santé.

La révolution des soins primaires, autrement dit la transformation des pratiques professionnelles dont sont porteuses les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) constitue un bon exemple de cette stratégie. Ces MSP sont devenues un instrument d'action publique (Schweyer 2019) depuis le milieu des années 2000 et ont été institutionnalisées à compter de la LFSS pour 2007. Depuis, les gouvernements successifs s'appuient sur cette communauté d'acteurs, et sa fédération (Vezinat 2021) pour inciter les médecins, d'une part, et l'ensemble des professionnels de santé, d'autre part, à rejoindre une forme d'organisation coordonnée et pluridisciplinaire. Il s'agit de contourner l'opposition des syndicats de médecins libéraux en les délégitimant indirectement par le recours à d'autres acteurs que sont les promoteurs des maisons de santé pluridisciplinaires et les usagers.

Cette question de la coordination des soins, ou du parcours de soins, est au cœur du rapport Cordier préparatoire à la première SNS, de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 puis du plan « Ma santé 2022 ». Sous des formes qui ont pu évoluer (promotion des réseaux de soins puis de la maison de santé pluridisciplinaire et aujourd'hui de la communauté professionnels territoriale de santé), cette question constitue un objectif constant des gouvernements successifs depuis le plan Juppé.

c) Un centre étatique en difficulté pour faire ?

Il n'est pas aisé de dégager les effets visibles de la SNS en matière d'imposition d'un référentiel alternatif au seul référentiel budgétaire en raison de la diversité des actions menées et de l'instabilité de certaines d'entre elles. Les dynamiques à l'œuvre montrent la difficulté à diffuser ce nouveau modèle à la fois en raison de son contenu syncrétique

mais également en raison des difficultés à transmettre les priorités définies par l'État central aux acteurs en charge de leur déclinaison.

Les répertoires d'action utilisés pour déployer la SNS ne sont pas nouveaux. L'État cherche à façonner la politique de santé en ré agençant des modalités d'intervention préexistantes. En 2016, comme en 2018, la SNS a fait l'objet de nombreuses mesures législatives dans des textes de loi portant organisation du système de santé (loi de modernisation de notre système de santé, loi de transformation de notre système de santé). La SNS 2016 a fait l'objet d'une déclinaison par voie législative (Loi de modernisation de notre système de santé) prévue dès son élaboration. « *Le lancement de la SNS en septembre 2013 visait la définition d'un cadre global pour la politique de santé et prévoyait qu'une loi serait portée dans l'année pour mettre en œuvre les réformes prioritaires*. » (Heard, Crémieux 2016). La plus grande partie des 227 articles de la loi de modernisation de notre système de santé peuvent donc être considérés comme une déclinaison du cadre fixé par la SNS. C'est particulièrement vrai des « Titre Ier renforcer la prévention et la promotion de la santé » et « Titre II : faciliter au quotidien les parcours de santé » qui, dans leurs intitulés, reprennent les dispositions principales du rapport du comité des sages et de la feuille de route publiée par le Gouvernement.

La SNS 2017-2022 fait l'objet d'une déclinaison plus variée. Elle est déclinée selon les étapes de procédure prévues dans les textes législatifs et réglementaires et fait notamment l'objet d'une déclinaison législative avec la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ce texte de loi *« vise à faire émerger un système de santé mieux organisé dans les territoires, renforçant l'accès aux soins. Il favorise les coopérations entre les acteurs et les métiers de la santé, et assure à chaque Français la qualité et la sécurité des soins. Il dépasse les approches sectorielles et apporte des réponses globales et cohérentes aux enjeux auxquels est confronté le système de soins* » (communiqué de presses du 13 février 2018 présentant le projet de loi). Elle est également déclinée par le premier plan national de santé publique, rendu public en mars 2018, dont l'objectif affiché est de répondre aux enjeux de promotion de la santé et de prévention de la Stratégie nationale de santé. « *Si la cohérence des objectifs du PNSP par rapport à ceux de la SNS n'est globalement pas mise en cause, comme l'indique le HCSP, saisi le 12 octobre 2018 par le ministre de la santé pour l'évaluation du PNSP, il reste que, d'une manière générale, et au plan de l'efficacité de la programmation, les objectifs du plan ne sont ni chiffrés*

ni annualisés ou pluri-annualisés, ce qui ne permet pas d'apprécier l'effectivité ni les résultats de la politique mise en œuvre » (Cour des comptes 2021).

Ces démarches s'inscrivent dans un modèle wébérien classique, dans lequel l'administration, qui a préparé le projet de loi, propose l'application de la décision politique. Ce choix va se heurter à deux difficultés. D'une part, les ressources affectées à cette mise en œuvre ne sont pas clairement identifiées. Dans ces travaux Matland (1995) démontre que la réussite dans la mise en œuvre de mesures de santé publique qui ne soulèvent pas d'opposition fortes (dans le cas de la SNS le déploiement du volet santé publique) est subordonnée aux moyens qu'y consacre le décideur public. D'autre part, selon un processus étudié par la littérature académique : « *les réformes engagées au centre sont réappropriées par les acteurs locaux qui en réduisent le potentiel de changement* » (de Maillard, Kubler 2015). Les travaux sur les réformes avortées par exemple dans le domaine des collectivités territoriales (Dupuy et Thoenig 1983) illustrent la façon dont l'État peine à imposer ses solutions aux acteurs locaux. Dans le cas de la SNS, les solutions doivent être imposées à des acteurs du système de santé confrontés à une réforme qui sort de la logique d'agrégation qui a précédé à son élaboration pour proposer des solutions opérationnelles, solutions qui peuvent se traduire par une perte de moyens et d'activité (les soins hospitaliers) ou remettre en cause les fondements de la médecine libérale (exercice libéral, périmètre du monopole de la médecine). Or, la mise en œuvre du volet « parcours/coordination » de la SNS implique un niveau de négociation avec les acteurs concernés.

L'affectation de moyens budgétaires est également un moyen de mettre en œuvre la SNS. Cette démarche s'inscrirait dans le rôle affecté à la procédure budgétaire (Bezes, Siné 2011) et rejoindrait l'ambition initiale du plan Juppé qui était de disposer des orientations de la politique de santé afin de justifier la construction de l'Ondam en s'assurant que la politique de contrainte budgétaire permette néanmoins de répondre aux besoins de santé de la population. Si des crédits vont être fléchés en faveur d'actions spécifiques (prévention, modernisation) ils ne représentent qu'une faible part de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie. La stratégie nationale de santé comme les orientations prévues par le plan Juppé ou les objectifs de la loi de 2004 ne disposent donc pas crédits budgétaires clairement affectés. Une des critiques adressées à la loi de 2004 était le fait que ses objectifs n'étaient assortis d'aucun tableau financier précisant les crédits consacrés à leur mise en œuvre. Une critique similaire peut être adressée à la SNS ce que ne manque pas de faire la Cour de comptes (2021) : « *Pour sa*

part, la stratégie nationale de santé concrétisée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ne comportait pas de cadrage financier à proprement parler. Les documents préparatoires mentionnaient qu'elle devait s'inscrire dans une progression de l'Ondam de 2,5 % par an cohérente avec la LPFP alors en vigueur.» La SNS 2018-2022 s'inscrit quant à elle suivant la formulation figurant en introduction « *dans le cadre économique et financier fixé par le Gouvernement pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques. Elle contribue à renforcer l'efficience du système de santé en cohérence avec le plan d'appui à la transformation du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, condition du maintien d'un accès de tous à des soins de qualité.* » Cette absence de financement identifié, et de lien direct avec les LFSS, rappelle que la SNS n'engage que des dépenses supplémentaires limitées et soulèvent la question des modalités de mises en œuvre des priorités ainsi définies.

d) Ma santé 2022, Ségur de la santé : carpet bombing ou dépassement de la politique de contrainte budgétaire

Les modalités de mise en œuvre des SNS mettent en exergue le caractère centralisé du système puisque fort classiquement les textes réglementaires prévoient une déclinaison de la SNS en plans (Cf. annexe 5) et programmes ministériels. La SNS serait alors un plan « chapeau » destiné à donner une cohérence générale à de actions plus sectorielles.la liste des plans et de programmes d'action (cf. annexe X) énumérés par voie réglementaire. Par ailleurs, il convient de constater que les deux première SNS ont fait l'objet de déclinaisons législatives. Les plans comme les textes législatifs sont un moyen pour le niveau central d'engager des transformations en proposant des priorités, des financements et maintenant la pression sur les acteurs pour limiter les phases d'immobilisme. La portée de cette évolution demande encore à être confirmée. Le périmètre de la SNS qui englobe des problèmes durables qui préoccupent la population, est vaste mais demeure focalisé sur un segment particulier : celui de l'organisation des parcours de santé. Cette réforme s'avère complexe dans la mesure où elle implique une évolution des pratiques dans chaque secteur de l'organisation de soins (coordonner les soins ambulatoires, coordonner entre ville et hôpital, avec le médico-social, voire avec l'action sociale). Une telle réforme pose la question du pilotage de cette politique et de la gouvernance de la santé c'est-à-dire des relations entre l'État promoteur de la SNS avec l'ensemble des organisations impliquées dans la mise en œuvre de ces nouvelles orientations et des outils (forme organisationnelle, financement, évolutions législatives et réglementaires) qui seront déployés. La mise en œuvre des SNS montre que le centre étatique n'a jamais bénéficié de capacités très

fortes d'intervention. Il déploie des plans, décline des instruments juridiques mais laisse une capacité d'intervention aux acteurs du système de santé.

Nous qui dirons que l'objectif de la SNS est similaire à celui que ses promoteurs avaient fixé à la loi de santé publique de 2004 c'est-à-dire « *provoquer des effets d'apprentissage cognitif et normatif au sein de gouvernement, du parlement et, plus généralement auprès des acteurs du système de santé* » (Bergeron, Nathanson 2014), l'apprentissage recherché est plus large puisqu'il englobe une politique de santé intégrale mais l'objectif est bien de proposer une reproblématisation. C'est l'ambivalence de de la SNS qui est à la fois porteuse d'un système de représentation qui comprend des principes généraux, un diagnostic de la situation et des raisonnements qui légitiment l'orientation retenue et permettent de relier les principes généraux et les modes opératoires proposés (Hassenteufel 2008) aux acteurs du système. Ce système de représentation est susceptible de proposer des références différentes du seul pilotage par le solde budgétaire et d'être en même temps, par les transformations et reconfigurations qu'il propose, un instrument de la politique de maitrise des dépenses.

La mise en œuvre d'un plan spécifique appelé « Ma santé 2022 » pourrait être considéré comme un l'axe « organisation de l'offre de soins » de la SNS. Le portage politique fort dont bénéficie le lancement de ce plan annoncé par le Président de la République en septembre 2022, son objectif systémique : « *moderniser un système de santé qui doit s'adapter aux enjeux de notre temps* » (dossier de presse) et l'absence de référence réglementaire ou communicationnelle avec la SNS ouvre une interrogation sur son positionnement dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. Ce plan construit autour de 6 items (Adapter les formations aux enjeux du système de santé ; Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière ; Modes de financement et de régulation ; Repenser l'organisation territoriale des soins ; Inscrire la qualité et la pertinence au cœur des organisations et des pratiques et Accélérer le virage numérique) a vocation à placer la problématique de la coordination dans un ensemble plus large qui englobe des aspects de la carrière des professionnels de santé et concerne à la fois les soins de ville et l'hôpital. La coordination des soins demeure l'objectif principal. Lors de la présentation du plan le Président de la République avait d'ailleurs fixé un objectif ambitieux : « *la fin de l'exercice isolé – c'est-à-dire d'un professionnel de santé seul dans son cabinet – doit devenir l'exception à l'horizon 2022* **».** Ce portage politique, ces annonces participe à la construction d'un leadership politique et à la matérialisation d'une volonté de réforme.

Dans le prolongement du développement des maisons de santé pluridisciplinaire, le plan promeut la montée en puissance des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et s'appuie sur le déploiement d'un dispositif existant, inscrit dans une trajectoire de réforme sur la coordination des soins. Cette promotion a pour objectif d'assurer un maillage complet du territoire d'ici à 2022 les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (Cormier 2019) sont présentées comme un outil qui se veut plus souple en termes d'organisation et moins chargé de symbole que les maisons de santé. Ces dernières ne correspondent pas toujours aux aspirations de professionnels de santé libéraux qui « *valorisent la liberté d'entreprendre et leur autonomie [et] défendent leur liberté d'installation* » (Schweyer 2019). La souplesse offerte par les CPTS doit inciter les professionnels de santé libéraux à se regrouper sous cette forme et les conforter dans cette démarche représente un enjeu pour les pouvoirs publics. Pour susciter l'adhésion des professionnels et lever toute tentative de veto, ce développement de CPTS a d'ailleurs été organisé dans le champ des relations conventionnelles régissant les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux, laissant ces derniers organiser la mise en œuvre de la réforme. Le portage politique fort de la réforme a favorisé la conclusion d'un accord conventionnel (accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé) le 20 juin 2019 par Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et plus de 40 représentants syndicaux de professionnels de santé et d'organismes gestionnaires de centres de santé afin de définir « *un cadre pérenne d'accompagnement et de financement des communautés professionnelles territoriales de santé permettant à celles-ci de mettre en place et de développer différentes missions en faveur de l'accès aux soins, de la qualité et de la fluidité des parcours de santé, de la prévention, de la qualité et l'efficience des prises en charge et d'une amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé* ».

L'accord définit trois missions obligatoires dites socles (Les missions en faveur de l'amélioration de l'accès aux soins : Faciliter l'accès à un médecin traitant, Améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville ; La mission en faveur de l'organisation de parcours pluri professionnels autour du patient ; La mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention) et deux missions complémentaires ou optionnelles (Les actions en faveur du développement de la qualité et de la pertinence des soins ; Les actions en faveur de l'accompagnement des professionnels de santé sur le territoire). Le déploiement de de la SNS laisse une marge d'action aux acteurs du système de santé. *In fine*, le plan Ma santé 2022 ne remet pas

en cause les principes de la médecine libérale, le plan reste dans le registre de l'incitation et du volontariat. Comme l'observe B.Dormont (2018) : « *si tous les médecins de ville rejoignent une CPTS et si leur cahier des charges est clairement établi, alors oui, cela peut être une réforme vraiment structurante. Mais les sujets qui fâchent ont été évités : la question de la contrainte, et celle de savoir qui aura la main sur les budgets.* ».

Le déploiement de la SNS a été confronté à une difficulté majeure : la crise du COVID-19. La mise sous tension du système de santé et plus encore des établissements de santé publics a conduit le Gouvernement à consacrer des moyens supplémentaires à l'hôpital. Ces moyens supplémentaires vont au-delà de la simple gestion de crise et sont présentés comme un rattrapage budgétaire après des années de contrainte. Il convient donc de s'interroger sur le positionnement du « Ségur de la santé » dans ce projet de définition d'une politique globale de santé. Le « Ségur de la santé » s'organise autour de quatre piliers : transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ; définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité de soins ; simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé pour qu'ils se consacrent en priorité à leurs patients ; fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers. Le Ségur est analysé comme un accélérateur des changements déjà annoncés dans la loi OTSS (Hassenteufel 2020). La loi OTSS, la SNS 2018-2022 et sa déclinaison dans le plan Ma santé 2022 n'entrainaient que peu de dépenses nouvelles et pouvaient donner l'impression d'une opération de « *carpet bombing* »ouvrant des chantiers simultanés qui peuvent être interprétés soit comme la volonté de réformer le système après des années d'immobilisme, soit comme une opération destinée à annihiler toute réaction corporatiste ou toute possibilité d'opposer un veto à la réforme. Le « Ségur de la santé » se caractérise par une augmentation conséquente des financements consacrés aux établissements de santé. Le Ségur constitue-t-il l'amorce d'une évolution de la politique de contrainte budgétaire pesant sur l'hôpital comparable à la décision du gouvernement Blair qui a mis « *fin au sous-financement chronique du NHS* » (Salam 2004) après le relatif échec de réformes fondées sur l'introduction de la concurrence par le biais de quasi marché.

Ensuite, alors que la SNS insistait sur les parcours de soins et que le virage ambulatoire consistait à faire sortir les malades de l'hôpital, le « Ségur de la santé », dans le prolongement d'une crise qui a fait des lits de soins critiques et de réanimation l'indicateur principal de l'action des pouvoirs publics, a remis l'hôpital au centre du

système de santé. Il convient donc de suivre avec attention les prochaines évolutions du système de santé à l'issue de la crise COVID-19 et de l'élection présidentielle ainsi que les actions qui seront entreprises pour piloter la situation financière de l'assurance maladie qui s'est fortement dégradée depuis 2020.

III. CONCLUSION DU CHAPITRE TROIS : UNE RECOMPOSITION INSTITUTIONNELLE ET ORGANISATIONNELLE AU SERVICE D'UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTÉ

La recomposition politique et institutionnelle qui a suivi le plan Juppé, et qui a été confortée par toutes les réformes menées depuis lors (2044, 2009, 2016, 2019) affirme le renforcement de l'État dans le pilotage de l'assurance maladie et de la santé. Les LFSS sont un des instruments de ce renforcement des « *state capacities* » en ce qu'elles contribuent à ce transfert de pouvoir entre les acteurs. Nous soutenons l'hypothèse qu'elles sont également un instrument axial, direct et indirect de cette intégration des différents éléments du système de santé dans une politique globale de santé.

L'influence des LFSS va s'exercer sur différents plans. La création d'un budget de la santé va obliger le Gouvernement à définir un plan d'action dans ce domaine et à mettre en intelligibilité les décisions qu'il va être amené à prendre dans le cadre de la politique de contrainte qui est menée depuis le plan Juppé.

Des mesures gestionnaires, organisationnelles destinées à favoriser le respect des objectifs d'encadrement et de maitrise de la dépense vont être prises. Elles jalonnent cette trajectoire de réformes depuis l'instauration des LFSS avec la création des ARS, de l'Uncam.

Des mesures de reconfiguration du système de santé visant à améliorer l'efficience du système viennent compléter cette recomposition. Si, dans une première phase, ces mesures avaient pour objectif d'accompagner, de renforcer la crédibilité de la politique de contrainte et de trouver des actions alternatives à la seule application d'instruments budgétaires (enveloppe globale sur les honoraires médicaux vs maitrise médicalisée), cette reconfiguration prend une orientation nouvelle depuis l'instauration de la stratégie nationale de santé (SNS), du plan « Ma santé 2022 » et du « Ségur de la santé ». La crise de la COVID-19 vient accentuer cette problématique en soulevant la question d'un éventuel « effondrement de notre système de santé » selon les termes utilisés par l'OMS en décembre 2021 repris depuis par plusieurs acteurs syndicaux (tribune collective, Le Monde 27 mai 2022, et la nécessité d'un plan Marshall pour l'hôpital (tribune collective, Le Monde 20 mars 2022).

1. La santé : Une politique d'organisation

La régulation des dépenses a donné à l'État une légitimité nouvelle pour s'immiscer dans l'organisation du système de santé. Il est possible de lire ces réformes comme procédant de l'effort de l'État d'intégrer des systèmes d'action particulièrement

fragmentés, héritage de l'histoire conflictuelle du secteur. Le procès d'intégration fournit une clé de lecture heuristique des réformes du système de santé depuis les années 1980. Le cas français se distingue par sa désintégration ou sa fragmentation historique. Ses acteurs et ces opérateurs sont à la fois très nombreux et faiblement coordonnés. La trajectoire historique du système de santé français n'a pas été favorable à son intégration mais a alimenté au contraire sa fragmentation (Pierru, Rolland 2016).

En ce sens, à l'instar des analyses de P.Lascoumes relatives aux politiques d'environnement, nous pouvons considérer que la politique de santé n'est pas qu'une politique de « protection » mais est aussi une politique d'« organisation ». Elle s'attache à définir des modes de relations, des cadres d'interprétation et d'interaction. Les textes réglementaires, les plans d'action comprennent des objectifs définis largement qui alimentent les interprétations par les acteurs conventionnels, de délais non spécifiés (Maillard de, Kubler 2015).

Cette politique d'organisation a pris des formes classiques avec la création d'agences de régulation dans le secteur sanitaire ou des agences régionales de santé. « *La notion de système de santé décrit un ensemble fragmenté toutefois si la gouvernance nationale apparait sans conteste plurielle, voire éclatée, des réformes récentes ont introduit des logiques et des outils de coordination dans le secteur hospitalier comme en médecine ambulatoire. Les degrés et les rythmes variés d'intégration, comme le recours aux principales recettes et instruments d'action du NPM (forme agence, contractualisation, indicateurs quantifiés, rémunération à la performance, concurrence, etc.), ne doivent pas faire obstacle à l'appréhension d'un mouvement d'ensemble, observable tant au niveau national qu'au niveau régional. La création de nombreuses agences sanitaires, emblématiques de la modernité managériale de l'État, s'est accompagnée d'une fusion des institutions de pilotage et d'une hiérarchisation plus nette des niveaux centraux et régionaux* » (Benamouzig, Pierru 2011).

Nous soutenons l'hypothèse que la LFSS a joué un rôle central dans cette évolution tout comme dans la politique organisationnelle qui l'accompagne. La nécessité de définir un objectif annuel à la politique de contrainte et de trouver les modalités d'atteinte de cet objectif a été un moteur de ces politiques de réorganisation et de recomposition. L'objectif poursuivi était de reconfigurer le système de santé pour l'adapter au nouveau paradigme macro-économique.

L'intégration réalisée au cours du quart de siècle qui nous sépare du plan Juppé a conduit à l'élaboration d'une politique globale de santé. Cette intégration a été adossée à un instrument, la LFSS devenue le budget de la santé. La SNS constitue un aboutissement de cette évolution portée par les LFSS. Elle est à la fois un outil puisqu'elle définit une procédure d'élaboration d'une politique de santé pluriannuelle et une recomposition politique puisqu'elle forge un cadre cognitif fondée sur un système de représentation susceptible de favoriser une reconfiguration du système avec le soutien implicite ou explicite des acteurs.

2. La reconfiguration : une stratégie de contournement des *veto players* ?

Le déploiement de la politique de contrainte s'accompagne d'une réflexion sur l'efficience des soins et du système de santé. Deux voies peuvent être distinguées.

La première est celle de la qualité des soins. Recherchée à travers des références médicales (les références médicales obligatoires de 1993), des accords de bonne pratique, cette voie semble être arrivée à maturité organisationnelle avec la création de la Haute autorité de santé en 2004 chargée d'établir des recommandations. Les initiatives, et l'impulsion politique en la matière ont quelque peu ralenti. Les recommandations de la haute autorité n'ont pas l'impact des recommandations de bonne pratique « *Richtlinien, Leitlinien, et Richtgrössen* » conçues et approuvées par les autorités allemandes (GBA et IQWIG) (Vasselle, Cazeau 2006).

La seconde voie est la recherche d'une meilleure coordination des soins. Cette solution constitue le fil conducteur de ces réformes visant à améliorer la prise en charge des malades et rendre la dépense plus efficace ou plus efficiente. Cette réflexion sur la coordination des soins débute au milieu des années 1970 (Bonafini 2002 ; Coutant, Tuffreau 2016). A compter des années 1990, les réseaux de soins puis de santé, le médecin référent en 1998, le médecin traitant en 2004 illustrent cette volonté de développer un parcours de soins fondé sur une incitation financière. Ces solutions pointent les hésitations et les ambiguïtés de ces solutions avant que la réforme de 2004 ne cherche à imposer le rôle du médecin généraliste comme pivot de ce parcours, comme le *General Practionner* britannique ou *Hausarztsystem* allemand. Elles participent de la reconfiguration du système de santé sous l'impulsion de l'Etat central.

Ces mesures (recommandation et coordination) sont prises sous l'influence de la politique de contrainte et la nécessité de respecter les objectifs annuels fixés par la LFSS. Le choix de solutions « non-budgétaires », c'est-à-dire de solutions qui ne se

traduisent pas par une action quasi-automatique sur l'activité des médecins libéraux par exemple est un moyen de rechercher leur coopération dans la régulation du système de contourner leur pouvoir de veto. Il s'agit également d'insuffler de nouvelles valeurs susceptibles de favoriser une reconfiguration qui répond aux attentes des usagers d'une meilleure prise en charge. C'est le cas par exemple des actions en faveur de la coordination des soins.

A compter de la fin des années 2000, une inflexion est perceptible : le développement des formes d'activité regroupées (maisons de santé, équipe de soins primaires, communautés professionnelles de territoires) prend le pas sur les solutions de type médecin traitant. A compter de 2009, cette hiérarchisation des soins adopte une approche plus populationnelle avec les schémas régionaux de santé qui regroupent offres hospitalière et ambulatoire tandis que les communautés hospitalières de territoire semblent chercher leur inspiration du côté des *Primary Care Trusts* britanniques (dans leur volet populationnel plus que d'acheteurs de soins) ou des *zorggroep* (groupes de soins) hollandais. Toutefois, l'abandon du service public territorial de santé au public qui figurait dans la projet de loi de santé initial déposé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale en octobre 2014 et dont l'objectif était de créer « *un outil central de l'organisation des soins à l'échelle des territoires* » permettant « *la mise en place, à la suite d'un diagnostic partagé sur la situation du territoire, d'une organisation accessible, lisible et organisée au service des patients dont les parcours de santé nécessitent une coordination complexe* » montre les résistances corporatistes des syndicats de médecins à toute remise en cause du modèle libéral et de l'exercice individuel.

3. La crise pour favoriser un nouveau paradigme de reconfiguration ?

Nous avançons l'hypothèse que les solutions proposées à compter de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé (celle de 2013, comme celle de 2017) en matière d'organisation des soins sont porteuses d'une inflexion des problématiques qui sous-tendent cette reconfiguration du système de santé et un desserrement de la contrainte budgétaire.

La coordination des soins telle qu'elle est prônée et les mesures de libéralisation du *numerus clausus* pour les étudiants en médecine ne relèvent pas prioritairement d'une préoccupation de maitrise des coûts mais bien du registre de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

L'intégration de l'assurance maladie et de la politique de santé au sein d'une politique globale favorisent un décentrement des approches. L'Etat cherche des solutions pour répondre à des problématiques nouvelles que sont la répartition territoriale de l'offre de soins et l'attente des patients en matière de prise en charge coordonnée. La question de l'encadrement des dépenses demeure prégnante mais la nécessité de répondre aux attentes des usagers desserre le verrou budgétaire. La question est abordée par le biais de l'accès aux soins et non plus par celui de la couverture financière des soins par la solidarité nationale, par la politique de santé plus que par la politique d'assurance maladie.

La crise liée à l'épidémie de COVID-19 pourrait être l'occasion d'une inflexion de la politique menée depuis le plan Juppé. Alors que la crise de 2008 s'était traduite par un renforcement de la politique de maitrise des dépenses, l'organisation du « Ségur de la santé » au deuxième trimestre 2021 semble indiquer la remise en cause des paradigmes qui encadraient la politique de santé depuis plus de vingt ans.

Alors le pilotage de l'Ondam s'est traduit par une politique de maitrise des dépenses très volontariste dans le secteur hospitalier (Cf. chapitre 2), le « Ségur de la santé » peut s'interpréter comme une augmentation des ressources financières consacrées à la santé et un desserrement des règles de financement à l'activité pesant sur les établissements de santé et de façon plus générale comme le prolongement et l'accélération d'une politique de reconfiguration qui figurait dans les deux stratégie nationale de santé et qui vise à corriger des manques (prévention, lutte contre les inégalités sociales ou territoriales de santé) ou répondre aux attentes des usagers (coordination des parcours).

CONCLUSION : LE MODÈLE BISMARCKIEN REVU PAR L'ÉTAT JACOBIN

En adoptant une entrée par l'instrument en charge de la régulation des dépenses, nous avons voulu évaluer l'influence de la création des LFSS sur la (re)configuration du système de santé et déterminer si cette influence se déploie et s'appuie sur de nouveaux modes d'action ou sur une radicalisation des répertoires historiquement utilisés par l'État.

La période d'analyse que nous retenons s'étend de 1996 à 2021. Cette période englobe ainsi vingt-cinq lois de financement de la sécurité sociale. Elle débute avec l'avènement du plan Juppé qui est considéré comme un tournant dans le pilotage de l'assurance maladie et correspond à l'introduction de cet instrument nouveau qu'est la loi de financement de la sécurité sociale. Le choix de clôturer la période à 2021 est motivé par l'irruption et la persistance de la crise COVID-19 et la difficulté à lire clairement les évolutions qui vont en découler dans les orientations de la politique budgétaire et de la politique globale de santé.

Le point de départ marque une césure non pas en ce que le plan Juppé représente une réforme héroïque ou un moment réformateur isolé. Le plan Juppé est à la convergence de plusieurs évolutions. La première est la pérennisation de la préoccupation budgétaire qui apparait déjà clairement dans la réforme de 1967. La seconde est l'épuisement de la formule des plans de sauvetage qui jalonne la vie de la sécurité sociale du milieu des années 1970 au milieu des années 1990. La plan Juppé apporte une réponse à cette situation avec la création des LFSS qui fournissent aux pouvoirs publics un instrument de maitrise des dépenses de sécurité sociale et plus particulièrement d'assurance maladie. Dans ce champ, le plan confirme le basculement d'une politique centrée sur le retranchement des prestations (*welfare state retrenchment*) qui animait les plans de sauvetage de la sécurité sociale vers une politique de maitrise des dépenses (*cost-containment*) orientée vers la régulation de la

rémunération des offreurs de soins. Ce basculement est d'ailleurs formalisé dans la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) bâti autour « d'enveloppes budgétaires » correspondant aux différents secteurs de l'offre de soins.

Durant cette période (1996-2021), la politique de contrainte budgétaire est donc prédominante. Elle prend la forme d'une politique de maitrise des dépenses (*cost-containment*) et, ni les échecs de la mise en œuvre de la budgétisation (abandon de l'enveloppe globale sur les dépenses d'honoraires médicaux), ni la crise économique de 2008, ni les premiers mois de l'épidémie de COVID-19 ne remettent en cause ce cadre politique global dans lequel s'inscrivent les LFSS.

Le choix d'utiliser la LFSS pour maitriser les dépenses d'offre de soins est porteur de mécanisme spécifique de régulation des dépenses il a aussi pour effet de poser la question d'une articulation renforcée entre politique d'assurance maladie et politique de santé.

Sur cette même période, les évolutions proposées par les nombreuses « lois santé » (2002, 2004, 2009, 2016, 2019) s'inscrivent dans un continuum recherchant des effets cumulatifs, en orientant les réformes menées en matière d'organisation des soins au service d'une plus efficacité de la dépense (*recalibration*). Elles constituent un couloir de réformes (Bezes, Palier 2018).

Ces couloirs de réforme (maitrise des dépenses et lois santé) vont déboucher sur l'élaboration d'une politique de santé globale. Celle-ci a les attributs d'une politique visant à prendre en charge de nouveaux risques sanitaires au-delà de la doctrine de sécurité sanitaire. Elle se trouvent à la jonction d'un réarmement de l'Etat dans les politiques d'assurance maladie et de santé rassemblée dans la politique de santé globale et de l'affirmation d'une nouvelle obligation régalienne en matière d'organisation et d'accès aux soins.

En partant de la grille proposé par P.Hassenteufel (2008 a, 2021), nous allons essayer de qualifier le(s) changement(s) qu'a entrainé la création de la LFSS ou plus exactement la façon dont la LFSS a influencé les (re)configurations qu'a pu connaître la politique globale de santé.

1. Les dimensions du changement

Le changement touche les cinq dimensions envisagées par P.Hassenteufel (instrument, interaction, acteurs, orientation de la politique publique, effets).

La première dimension que nous retiendrons est celle des instruments. L'instauration des LFSS est indissociable de transformations plus profondes qui sont à l'œuvre dans les politiques publiques et notamment de l'obligation de s'adapter à un nouveau paradigme économique qui s'est imposé aux États-providence.

L'introduction des LFSS produit des modifications du cadre de régulation des dépenses. Alors que les gouvernements qui se sont succédés entre 1974 et 1995 ont procédé à des plans de sauvetage de la sécurité sociale quasi annuellement (Pallier 2002 b), la création de la LFSS impose une action de régulation annuelle des dépenses. L'existence de la LFSS contraint donc une action répétée annuellement, dimensionnée à travers le prisme d'un instrument spécifique qui est l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie. Nous avons par ailleurs vu que l'assurance maladie a fait l'objet de mécanismes de régulation que l'on ne retrouvent pas dans les autres branches de la sécurité sociale (Ginon, Trepreau 2009) marquant ainsi l'attention particulière apportée à la maitrise des dépenses dans ce domaine.

L'introduction de la LFSS va avoir des effets sur le développement des mécanismes de régulation infra sectoriel (honoraires médicaux, médicaments, établissements de santé) mais également sur la politique d'organisation du secteur. La création des agences régionales de santé (ARS) s'inscrit dans le prolongement de la création

d'instruments de maitrise des dépenses et vise à créer un relais plus près du terrain. Elle repose sur une fusion des différents acteurs existants, notamment ceux créés par le plan Juppé (ARH, Urcam) ou la loi de santé de 2004 (GRSP, MRS). La capacité des acteurs, notamment les médecins libéraux, à neutraliser les mécanismes de régulation budgétaire a accentué la nécessité de développer des actions fondées sur la qualité des soins. Les politiques de maitrise de dépenses ont donc reposé, d'une part, sur une constante amélioration des instruments d'encadrement des dépenses, et, d'autre part, sur des actions de (re)configuration du système de santé. La LFSS, instrument législatif (et réglementaire dans son application) est un instrument archétype de l'État (Epstein, Pinson 2021).

La modification du cadre instrumental a transformé l'équilibre des pouvoirs dans le pilotage de l'assurance maladie et plus largement de la politique de santé au profit de l'État. Elle fournit un nouveau cadre d'interaction aux acteurs, impose de nouvelles règles institutionnelles et génère l'apparition de nouvelles structures (comité d'alerte, ARS, affirmation du pouvoir du directeur dans les établissements de santé).

Le cadre d'interaction, qui constitue la deuxième dimension du changement, c'est-à-dire des règles du jeu institutionnelles, est transformé par l'introduction des LFSS. Les interactions entre acteurs font l'objet d'un encadrement croissant par l'État qui fixe des règles du jeu de plus en plus contraignantes, notamment à travers une prédominance de la problématique de maitrise des dépenses. Avec la LFSS, l'État s'est doté de moyens de contrôle et de sanction accrus sur l'ensemble des acteurs de l'assurance maladie (Hassenteufel 2021). Il fixe des budgets, répartit les moyens d'action entre les secteurs, fait des choix d'organisation. L'État ne se substitue pas à d'autres acteurs comme l'assurance maladie (Hassenteufel 2014), il pilote à distance en déterminant les règles. L'autonomie de l'acteur en charge de la négociation conventionnelle avec les professionnels de santé libéraux (ici l'assurance maladie) est réduite, au motif d'un alignement stratégique entre les acteurs étatiques, mais demeure. La mise en œuvre des

LFSS s'accompagne de mesures d'organisation de ces interactions à l'instar des nouvelles règles pour encadrer les relations conventionnelles (prise en compte d'un seuil majoritaire dans la vie conventionnelle, possibilité retarder la mise en œuvre d'une mesure conventionnelle en cas de risque de dépassement de l'Ondam, recherche d'une convention interprofessionnelle) ou le fonctionnement des établissements de santé (affirmation d'un pouvoir hiérarchique au sein des établissements, poids des conventionnements entre établissements et ARS).

La LFSS est porteuse d'une conception précise du mode de régulation des dépenses. L'Ondam et les mécanismes afférents sont conçus pour maitriser les dépenses d'offre de soins, il s'agit d'une transformation importante par rapport aux modalités de maitrise des dépenses déployés dans les plans de sauvetage menés jusqu'au début des années 1990. Les instruments conventionnels et contractuels (entre assurance maladie et professionnels de santé ; entre ARS et établissements de santé par exemple) sont, durant la période examinée (1996-2021), subordonnés au cadre fixé par la politique de contrainte et décidée en LFSS. L'institutionnalisation de la politique de contrainte budgétaire, et les choix politiques et techniques qui la sous-tendent, viennent donc modifier l'interaction entre les acteurs en donnant la priorité aux questions d'encadrement des dépenses et en faisant émerger de nouvelles modalités d'organisation.

La troisième dimension est celle des acteurs. Elle est dominée par un double phénomène. L'atteinte des objectifs de contrainte budgétaire a été le motif d'une recomposition politique qui a vu l'État renforcer son rôle dans un système historiquement dominé par les partenaires sociaux pour l'assurance maladie, et les médecins pour l'organisation des soins. Ce réarmement de l'État est également constaté dans d'autres systèmes bismarckiens comme l'Allemagne (Hassenteufel 2006, 2008). La LFSS est une innovation instrumentale qui contribue à ce réarmement de l'État et à l'intégration croissante des structures en charge du pilotage de la politique de santé

(État et sécurité sociale) prennent plusieurs formes. Il faudrait d'ailleurs plus parler d'armement car historiquement, en France, l'État était faible dans le secteur de l'assurance maladie et de la santé. La nouvelle répartition des compétences en matière de pilotage des dépenses d'assurance maladie entre l'État et les partenaires sociaux en est l'expression la plus visible, tout comme la création des agences régionales de santé illustre la création d'un échelon régional construit par intégration des moyens de l'État et de l'assurance maladie. Ces points illustrent l'échec du modèle bismarckien à définir un mode de régulation qui lui est propre, dans un contexte ou l'application du modèle est sectorielle puisqu'elle ne s'appliquait qu'aux professions de santé. Ils illustrent également le fait que l'État a besoin du concours d'échelon intermédiaires responsables.

La politique de maitrise des dépenses entraine la création d'une bureaucratie en charge des finances sociales. Avec la LFSS et la recomposition politique qui accompagne la mise en œuvre de la politique de maitrise des dépenses de santé, l'État se replace au centre du jeu. « *Toutefois, il s'agit plus là de l'avènement d'un État régulateur comme dans d'autres systèmes de protection maladie européens (Hassenteufel, Smyrl 2008) que d'une étatisation de l'assurance maladie* ». Cette notion « *renvoie à deux évolutions interdépendantes des politiques publiques. La première est le passage progressif du faire au faire-faire : l'État régulateur est un Etat qui agit plus indirectement que directement, qui est plus en interaction qu'en action, qui délègue plus qu'il n'intervient directement, qui pilote, et qui oriente plus qu'il ne met en œuvre. La deuxième évolution, qui découle de la première, est le renforcement des capacités de contrôle étatique à travers le développement de l'audit, de l'évaluation, du benchmarking, du contrôle qualité, etc.., en particulier dans le cadre des agences. La combinaison de ces deux logiques permet de comprendre pourquoi la diffusion de la concurrence peut contribuer à l'affirmation de l'Etat, comme on l'a vu dans le domaine de l'assurance maladie, l'avènement du nouveau*

management public renforcer le pouvoir politique (Rouban 1998) ou le développement des agences indépendantes faciliter l'adoption de mesures impopulaires et améliorer l'efficience de l'action publique. La notion d'État régulateur permet ainsi d'articuler la dé-differenciation de l'Etat (en termes de perte de capacité autonome) et re-différenciation (en termes de capacité de pilotage et de contrôle accru des politiques publiques) » (Hassenteufel 2007).

« La deuxième évolution qui découle de la première, est le renforcement des capacités de contrôle étatique, en particulier à travers des agences qui se sont développées dans le secteur de l'assurance maladie (ARH, Uncam, Has). On assiste plus à une verticalisation des rapports entre l'État et les caisses qu'à une horizontalisation (gouvernance). Ainsi l'évolution des pouvoirs au sein du système d'assurance maladie français va davantage dans le sens de l'affirmation de l'État régulateur que dans celui de la gouvernance » (Hassenteufel 2008 a).

On assiste donc à rebours des mouvements de transferts des compétences au profit d'instances supranationales ou subnationales qui ont ou être constaté de façon générale entre les années 1980 et 2000, à un mouvement de réarmement de l'État par le biais d'un renouvèlement de ses modes d'intervention et d'un souci d'amélioration de la performance.

Ce réarmement de l'État se fait au profit du Gouvernement et des administrations centrales. Il est porté par une élite du Welfare. Le Parlement n'occupe pas une place centrale dans le dispositif de pilotage des dépenses organisée à partir de la LFSS. Comme en matière de loi de finances son pouvoir est encadré par des règles d'examen et d'irrecevabilité qui restreignent sa capacité d'action. Les réformes de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (2005, 2022) lui permettent d'agir sur la procédure et sur les informations qui lui sont destinées mais pas de peser

de façon déterminante sur la conception et l'exécution des politiques menées dans le cadre de l'assurance maladie et de la santé.

Avec l'affirmation du rôle de l'État, l'instauration de la LFSS permet de réduire la complexité des situations et autorise le positionnement des acteurs par rapport aux choix des modalités de régulation et aux ressources budgétaires qui leurs sont attribuées.

L'émergence de l'Etat comme nouvel acteur du pilotage de l'assurance maladie se traduit par l'affaiblissement voire la disparition des partenaires sociaux, historiquement en charge de la gestion de la branche.

Tout au long de la période examinée, les médecins ont conservé une forte capacité de de mobilisation et leurs organisations syndicales se sont attachées à neutraliser les tentatives de transformations susceptibles, selon leurs critères, de remettre en cause la dimension libérale de leur exercice. Plusieurs exemples illustrent cette situation. L'échec de l'enveloppe globale devant encadrer les honoraires libéraux est un exemple directement lié à la politique de contrainte, le refus du service public territorial de santé (Planel, Varnier 2017) ou du tiers payant généralisé dans les années 2010 (Tabuteau 2016 a) en sont d'autres dans le domaine de la reconfiguration du système de santé. Tout au long de la période les médecins libéraux ont conservé leur capacité de mobilisation, même si des infléchissements de leurs positions peuvent être constatés en matière de rémunération (rémunération sur objectif de santé publique), d'exercice collectif (maison de santé) ou d'organisation (communauté professionnelle territoriale de santé), mais avec des modalités enserrées dans des relations conventionnelles entre leurs organisations représentatives et l'assurance maladie. Ces nouvelles interactions n'ont pas conduit à une reconfiguration majeure des organisations représentatives des médecins libéraux qui demeurent fragmentées. Les tentatives des pouvoirs publics de

restructurer les échanges par le biais de nouvelles instances (UNPS, URPS) peinent à trouver leur place dans les schémas existants.

Nous formons néanmoins l'hypothèse que la LFSS et la SNS ont permis à l'État de développer une stratégie « d'encerclement » des professionnels de santé libéraux visant à (re)configurer l'organisation de la médecine de ville. Cette stratégie repose notamment sur l'introduction de nouvelles modalités de rémunération (ROSP) et le soutien apporté au développement de l'exercice groupé et pluri-professionnel qui se retrouve dans toutes les initiatives du Gouvernement (réseaux de soins, maison de santé, communauté professionnelle territoriale de santé).

Malgré des avancées législatives incontestables et la reconnaissance de leur association au fonctionnement du système de santé, les usagers (Tabuteau 2013, Saout 2008, 2019) peinent à acquérir un poids déterminant dans la fabrication de cette politique et dans ces infléchissements. Durant cette période, ils ont pu peser sur des décisions ponctuelles des pouvoirs publics (notamment dans le domaine du médicament avec la prise en charge des traitements destinés au VIH ou à l'hépatite C) mais n'ont pas pu s'imposer sur des réformes les opposant frontalement aux médecins comme l'introduction du tiers-payant généralisé. Ils ont tout long de la période disposé d'un soutien sans faille des Gouvernements successifs pour assurer leur organisation avec la création de la conférence nationale de santé, la reconnaissance de leur place dans le système de santé (2002) ou encore leur reconnaissance institutionnelle avec la création de l'Union nationale de associations du système de santé (appelée publiquement France Assos santé) par la loi de 2016.

Enfin, les acteurs hospitaliers pris dans les débats sur le virage ambulatoire, les modalités de mise en œuvre de la T2A ou encore le rétablissement du service public hospitalier ont peiné à faire entendre une voix unifiée avant la crise des urgences de 2019 puis l'épidémie de COVID-19.

Durant cette période, les acteurs hospitaliers ont été mobilisés par des réformes qui ont affirmé le pouvoir des directeurs (loi HPST) et le poids de la fédération hospitalière de France (FHF) qui représente les dirigeants des établissements de santé. Ces évolutions ont permis d'atténuer la portée des critiques relatives à la politique de maitrise des dépenses, d'autant que des échappatoires ont été permises, avec la relance de l'investissement (plan Hôpital 2007 et Hôpital 2012) puis avec l'accroissement de la dette hospitalière qui n'est pas prise en compte dans la construction de l'Ondam.

C'est la crise COVID-19 qui a permis de réinscrire à l'agenda un discours global sur la place des établissements dans le système de santé, conçu en rupture avec les réformes menées depuis le début des années 2000, même si certains travaux universitaires analysaient déjà le malaise hospitalier (Juven 2019).

La quatrième dimension est celle de l'orientation de l'action publique (dimension cognitive) en matière d'assurance maladie puis de politique globale de santé. La maitrise des dépenses s'est imposée comme le nouveau cadre d'action de l'État, et fait écho au référentiel de marché identifié par P.Muller. Elle a suscité la mise en avant de nouveaux mécanismes visant à renforcer la concurrence ou à mettre en place des marchés ou des quasi-marchés. L'instauration de la tarification à l'activité comme modalité de financement des établissements de santé illustre cette évolution tout comme les transferts de l'assurance maladie obligatoire vers les assureurs complémentaires en santé illustreraient une privation partielle et/ou silencieuse au service de la politique de retranchement.

Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle ces mécanismes ne traduisent pas une nouvelle orientation de notre système d'assurance maladie mais sont au service d'un réarmement de l'État et d'un renforcement des instruments de maitrise des dépenses dont il dispose.

Le choix de faire porter l'action des LFSS en priorité sur les dépenses d'assurance maladie va avoir comme autre effet une reconfiguration de la politique de santé.

Cette reconfiguration va emprunter deux voies. La première est celle de la recherche d'une meilleure articulation des politiques d'assurance maladie et de santé au service, à titre principal de la politique de maitrise des dépenses. Les LFSS vont ouvrir une réflexion sur les modalités de fabrication de la politique de santé qui débouchera au milieu des années 2010 sur l'élaboration d'une politique globale de santé. A titre secondaire, cette meilleure articulation sera favorisée par l'existence de facto d'un budget de la santé, illustré par l'Ondam, et les transferts successifs de dépenses des lois de finances vers les lois de financement de la sécurité sociale.

La seconde voie est celle de la prise en charge de nouveaux risques (Hassenteufel 2008 a, 2021) et, par ce chemin, de la constitution de la santé en tant que politique régalienne. Dans le domaine sanitaire, la prise en charge de ces nouveaux risques s'est d'abord construite autour de la doctrine de sécurité sanitaire (Benamouzig, Besançon 2008) à compter des années 1990 et s'est traduite par le développement de structures *ad hoc* en charge de cette politique (agence du médicament, établissement français du sang par exemple) et d'une législation afférente. Cette politique est aujourd'hui financée par le biais des LFSS. Depuis le milieu des années 2000 d'autres éléments de la politique sanitaire sont pris en charge, à distance, par l'Etat. C'est notamment le cas des questions liés à l'accès aux soins (démographie médicale, inégalités sociales et territoriales de santé) dont la prise en charge par l'Etat répond également à une demande sociale.

Nous voudrions montrer que l'évolution principale de la période analysée est la construction d'une politique de santé globale qui s'accompagne d'une politique d'organisation illustrée par la création des agences sanitaires ou des agences régionales de santé. La fusion de l'assurance maladie et de la politique de santé en une seule santé

publique a permis, dans le cadre institutionnalisé par la stratégie nationale de santé (SNS) de développer un système de valeurs qui ne soit pas seulement budgétaire mais également axé sur les actions de (re)configuration nécessaires pour répondre aux attentes des patients (lutte contre les inégalités sociales et territoriales, prévention, médecine de parcours) et de poursuivre le dialogue avec les acteurs professionnels en dehors de la seule régulation budgétaire.

Ainsi tant au niveau des règles du jeu et des instruments, de la configuration du système d'acteurs et de son orientation cognitive, la création de la LFSS a provoqué un changement important dans le pilotage du système de santé.

La cinquième dimension est celle des effets. Les travaux de B.Palier ont mis en exergue l'apparente résistance au changement de l'État providence en France et une adaptation des prestations aux évolutions de la société (RMI, CMU) ou du système lui-même (CSG).Un constat fort s'impose sur la période : il est difficile d'établir un lien entre la prédominance de la politique de contrainte budgétaire et une réduction substantielle de la couverture maladie offerte aux assurés. L'affaiblissement des partenaires sociaux n'a pas, dans la période étudiée était accompagnée par un affaiblissement de la couverture d'assurance maladie.

Cette situation peut s'expliquer par le fait que depuis le début des années 1990, les mesures d'encadrement des dépenses se portent en priorité sur l'offre de soins. La fixation de cet objectif a ouvert la voie à une meilleure articulation de l'assurance maladie et de la politique de santé et à la définition d'une politique globale de santé.

Cette évolution agit sur les représentations que se font les usagers. Leurs préoccupations portent en priorité sur les questions d'accès aux soins (désert médicaux, fermeture de lits hospitaliers, disposer d'un médecin traitant) plus que sur les questions de niveau des prestations d'assurance maladie. Mais la prédominance de la politique de maitrise des dépenses, couplée à une (re)configuration du système de

santé, n'est pas initialement le produit d'une demande sociale tandis que les ajustements successifs de cette politique, et notamment le renforcement de la LFSS comme instrument de maitrise des dépenses, se présente plutôt comme un moyen de renforcer la légitimité du Gouvernement et la capacité d'action des pouvoirs publics.

2. Les variables explicatives du changement

Dans ces analyses, P.Hassenteufel propose de distinguer quatre facteurs explicatifs du changement de l'action publique : l'affirmation d'acteurs porteurs de changement ; l'existence de processus d'apprentissage ; un contexte favorable ; les effets des dynamiques transnationales.

Ce renforcement du rôle de l'État et cette affirmation de la politique de *cost-containment* s'inscrivent dans la variable relative au contexte. Nous avons vu (chapitre 1) comment cette politique de contrainte budgétaire est la traduction de l'adaptation de l'État providence à la nouvelle contrainte macro-économique. La marche vers la monnaie unique a rajouté une dimension transnationale à ce contexte. Affirmée avec force au milieu des années 1990, cette prédominance n'a pas été remise en cause par la crise de la fin des années 2000 (Hassenteufel, Saurrugger 2020).

Les différents pays européens ont mené depuis le début des années 1990 des réformes importantes de leur système de santé suivant des modalités distinctes, décentralisation (Espagne, Italie), transfert du public vers le privé (Pays-Bas), renforcement du rôle de l'Etat (Allemagne, France). Ces réformes se sont appuyées sur des modalités d'organisation ou des instruments qui sont propres à l'histoire nationale de chacun et aux fondements historiques des systèmes existants. La France est ainsi le seul pays à mettre en place une loi de financement spécifique pour les dépenses de sécurité sociale, nos voisins intégrant ces comptes dans les instruments budgétaires classiques. Outre la nécessité d'adapter le financement du système de santé au nouveau paradigme macro-économique des traits communs à des réformes peuvent néanmoins

être identifiés comme le recours à des mécanismes marchands ou quasi-marchands (c'est le cas avec le recours à la tarification à l'activité comme modalité de financement des établissements de santé) et la recherche d'une offre de soins coordonnée, centrée sur les besoins des patients, besoins appréhendés en termes de parcours.

L'affirmation d'acteurs porteurs de changement a été décrite par les travaux de P.Hassenteufel et W.Geniyes (Hassenteufel 2008 ; Geniyes 2005 ; Hassenteufel et Geniyes 2016). Le processus de renforcement du rôle de l'État dans l'assurance maladie renvoie à plusieurs types d'évolutions (renforcement du rôle du Parlement, renforcement des prérogatives ministérielles, élargissement du rôle des administrations de tutelle). Cette « étatisation » est conduite et s'accompagne de l'affirmation d'une élite administrative de la politique d'assurance maladie. Ces acteurs, qualifiés d'élite du Welfare, disposent d'une capacité importante dans la définition des politiques d'assurance maladie et d'une autonomie relative par rapport aux acteurs politiques. Ces hauts fonctionnaires ont porté l'idée que, pour sauver la sécurité sociale, il fallait l'adapter à la contrainte budgétaire et pour cela renforcer le rôle de l'État dans le pilotage de l'assurance maladie. Ils ont joué un rôle moteur dans la définition d'outils de politique publique qu'il s'agisse de la budgétisation de l'assurance maladie ou de politique d'organisation qui ont conduit à la création des ARS ou de la stratégie nationale de santé. Ces acteurs ont été porteurs de changement qu'ils ont été en mesure d'inscrire dans les politiques publiques durant la période étudiée. La politique de contrainte budgétaire et la gestion centralisée qui l'a accompagnée ont été bousculées par la crise sanitaire du COVID-19 (Hassenteufel 2020 ; Pierru 2022).

Les phénomènes d'apprentissage sont présents tout au long de la période examinée. La mise en œuvre des LFSS est d'abord marquée par un échec cuisant, l'impossibilité de mettre en œuvre la budgétisation des honoraires médicaux. Cet échec est interprété comme une neutralisation de l'Ondam comme instrument de régulation des dépenses (Pierru 2011), neutralisation confirmée par le dépassement systématique de l'objectif

pendant plus de dix ans. Par évolutions incrémentales et cumulatives, l'Ondam comme instrument de régulation des dépenses sera renforcé entre 2004 et 2009 y compris par l'usage de techniques budgétaires classiques (gel de crédits). Au final, la crédibilité de l'action gouvernementale sera rétablie par un respect de l'objectif fixé tout au long des années 2010, tandis qu'un compromis politique sera passé avec les médecins libéraux qui se voient soustraits à une régulation budgétaire de type enveloppe globale, remplacée par une maitrise médicalisée qui est régie dans le cadre de leur relations avec l'assurance maladie et dont les résultats font l'objet d'un suivi moins strict que celui appliqué au secteur hospitalier ou à celui du médicament.

L'élaboration d'une politique globale de santé relève de ce phénomène d'apprentissage. Depuis la création des LFSS, il est possible d'identifier un mouvement continu visant à assurer une articulation étroite entre préoccupations liées à la maitrise des dépenses et élaboration d'une politique de santé. Ce mouvement s'explique d'abord par l'importance des dépenses d'offre de soins au sein des dépenses d'assurance maladie, puis à compter des années 2000 par la nécessité de (re) configurer l'offre de soins pour répondre à des objectifs sanitaires. Les phénomènes d'apprentissage portant sur l'existence d'une relation organisée entre LFSS et élaboration de la politique de santé, ou des processus d'élaboration de cette politique n'ont pas remis en cause la nécessité de cette articulation étroite posée lors de la création des LFSS.

3. Temporalité et intensité du changement

Les transformations dans le pilotage de la politique d'assurance maladie s'inscrivent-elles dans un processus d'évolution à plus long terme ou représentent-elles une rupture ?

La prise en considération de la régulation des dépenses d'assurance maladie et la mise en œuvre de la recomposition politique qui va conduire à affirmer la prédominance de l'État conduisent à relativiser l'impact du plan Juppé.

Le régime de régulation est transformé dans ces différentes dimensions sur une période relativement brève (1996-2004). Nous considérons que le plan Juppé ne constitue pas un moment réformateur unique, son influence réside dans le fait qu'il permet la cristallisation de tendances plus longues, il fait émerger une nouvelle organisation, de nouvelles procédures de décisions, de nouvelles orientations qui mettront quelques années à s'affirmer.

Nous avons circonscrit notre analyse à la période 1996-2021. Cette période pourrait être étendue jusqu'à la réforme de 1967 qui est déjà marquée par la prédominance des questions de maitrise des dépenses. Nous considérons néanmoins que le point de départ de la séquence correspond au ministère de Claude Evin à la fin des années 1980. À compter de cette date, les gouvernements successifs renoncent, à de rares exceptions près, à la politique de retranchement dont le plan Seguin est la dernière expression forte et privilégient une politique de maitrise des dépenses (*cost-containment*) fondée sur la régulation de l'offre. Si quelques mesures de retranchement seront constatées, les plus visibles dans le temps étant le forfait de un euro attaché aux consultations médicales (2004) et la franchise de 0,5 euro sur les boites de médicaments et les consultations paramédicales, elles ne remettent pas en question la prédominance d'une régulation de l'offre. Entamée par Claude Évin, cette politique est institutionnalisée par les lois de financement de la sécurité sociale. La maitrise de l'offre de soins est inscrite dans le corps même des LFSS sous la forme de sous-objectifs dédiés (soins de ville, hôpital) et de mécanismes de régulation spécifique (clause de sauvegarde dans le secteur du médicament, objectifs dans le secteur hospitalier). Elle est poursuivie par tous les gouvernements qui se succèdent entre 1997 (première LFSS) et aujourd'hui.

L'analyse des relations de pouvoir entre les acteurs est essentielle pour comprendre cette continuité. Dans le cas de la France à la suite du plan Juppé, en matière d'assurance maladie, les gouvernements successifs ont pris soin d'éviter les mesures susceptibles de provoquer une coalition d'opposants.

L'action sur l'offre de soins n'a pas été ressentie comme une remise en cause des droits des assurés. Selon un processus bien identifié (Palier 2002 b) les gouvernements successifs ont porté des discours sur la nécessité de sauvegarder le système. Les réformes proposées étaient présentées comme allant dans ce sens, les meures de retrenchment comme les franchises de 2008 devaient servir à financer une politique en faveur de la lutte contre les maladies neuro-dégénératives, tandis que les mesures successives en faveur de la qualité des soins et de la médecine de parcours répondent à une demande des patients.

Dès le début des années 2000, l'action sur l'offre de soins a en permanence recherché à éviter les conflits majeurs avec les médecins libéraux. La budgétisation des honoraires a été rapidement abandonnée et les autorités publiques n'ont que mollement cherché à remédier à la possibilité d'un échappement tarifaire (dépassement) qui prend des proportions importantes et peut être une cause de difficulté d'accès aux soins (Cour des comptes 2017).

Les transformations dans l'organisation du pilotage de la politique de santé et dans la régulation des dépenses semblent s'inscrire dans un sentier de dépendance. Les objectifs de maitrise des dépenses ont été renforcés, les relations entre les acteurs ont été reconfigurées, l'État s'est imposé comme l'acteur central… mais à distance.

Ces évolutions ont conduit à s'interroger sur l'hypothèse d'un « adieu à Bismarck » (Palier 2006), c'est-à-dire d'une transformation radicale des fondements de notre système de protection sociale et de son rapprochement vers l'autre grand modèle théorique : le modèle beveridgien (Kerchen 1995). Les signes de cet adieu sont multiples : transformation des modalités d'affiliation qui ne reposent plus sur l'exercice d'une activité professionnelle mais se sont universalisés, un financement qui n'est pas assis sur les seules cotisations sociales, un rôle de l'État qui n'a fait que s'accroitre au

détriment de celui autrefois exercé par les partenaires sociaux et a pour effet d'intégrer l'assurance maladie dans le domaine des politiques publiques d'État (Palier 2002 b).

Il nous semble toutefois que les acteurs de cette transformation ont les yeux plus souvent tournés vers l'Allemagne que vers la Grande-Bretagne. L'érosion des caractéristiques initiales du modèle bismarckien est palpable mais des mécanismes de régulation corporatiste demeurent. Les gouvernements successifs ont maintenu, voire enrichi le contenu de la vie conventionnelle (entre professionnels de santé et assurance maladie) préférant cette solution de gouvernement à distance plutôt qu'une intégration au sein de nouvelles structures telles que les agences régionales de santé. Ce type d'arrangements bureaucratiques (organisation) et politiques (tenir à distance les éventuels conflits avec les professionnels) contribuent à renforcer le rôle de l'État et à bousculer la dimension bismarckienne de notre système sans toutefois la faire disparaître. L'intégration d'éléments qui ne sont pas spécifiques au modèle conservateur-corporatiste conduit plus à l'hybridation du système (Schmid, Cacace, Gotze, Rothgang 2010) qu'à sa transformation complète.

Dans ce mouvement d'hybridation, nous distinguerons deux évolutions.

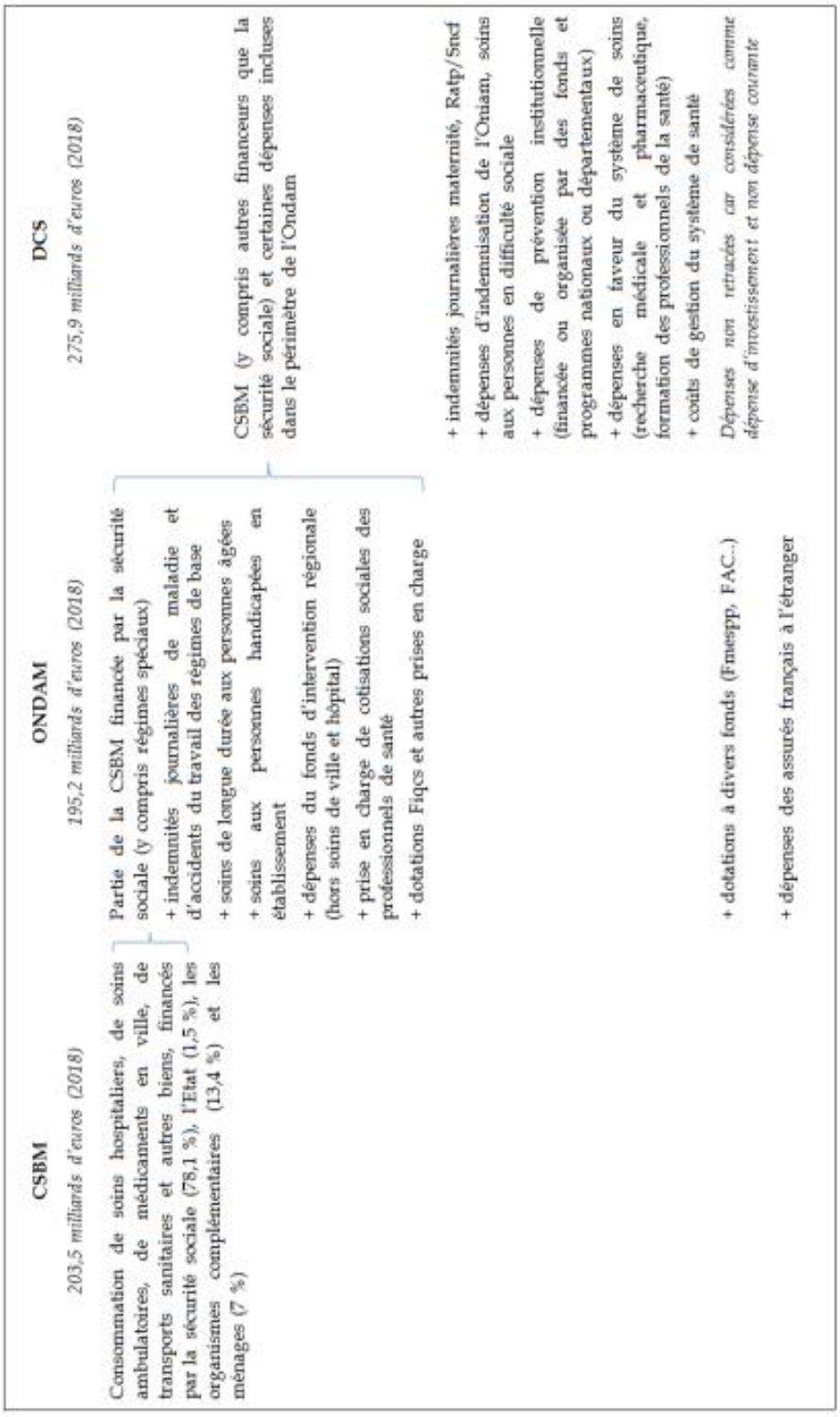
La première est une réforme de dimension gestionnaire et organisationnelle bâtie autour, par, depuis, avec la LFSS. L'introduction d'un instrument de mise en œuvre de la politique de contrainte a obligé les pouvoirs publics à agir. La création de la LFSS a déclenché un mouvement de transfert des pouvoirs et des compétences qui s'est prolongé avec la loi assurance maladie de 2004 (nouvelle répartition des pouvoirs au sein de l'assurance maladie), de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires de 2009 (création des agences régionales de santé) et de la loi de modernisation de notre système de santé (alignement stratégique État, assurance maladie ; création de la stratégie nationale de santé).

La seconde est l'émergence d'une nouvelle politique publique, la politique globale de santé. Dans ces travaux, B.Palier a identifié les transformations de notre système bismarckien (CMU, RMI) et la segmentation qui s'ensuit entre politique contributive (les retraites) et politique relevant de la solidarité nationale (Famille, maladie). Nous avançons l'hypothèse que cette segmentation est renforcée par la LFSS, puis par la stratégie nationale de santé (qui est fille de la LFSS). Ces principales orientations permettent de combler les défaillances (prévention, lutte contre les inégalités sociales ou territoriales de santé) et de répondre aux attentes des usagers (parcours de soins ou de santé). Cette stratégie a pu être conçue comme une façon de masquer le référentiel budgétaire ou/et de contourner la capacité d'opposition des professionnels de santé libéraux. Avec le plan « Ma santé 2022 » puis le « Ségur de la santé », il ne faut pas exclure qu'elle poursuive un mouvement de (re)configuration du système de santé. Il s'agirait alors d'un mouvement propre à la politique globale de santé qui complèterait la reconfiguration de la couverture maladie opérée à la fin des années 1990.

ANNEXES

_____

ANNEXE 1 : LES DIFFÉRENTS MODES D'ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ



ANNEXE 2 : DÉCOMPOSITION DES SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM

Sous-Objectifs	Périmètre de dépenses
Dépenses de soins de ville (91,5 milliards d'euros pour 2019)	- Remboursements d'honoraires de professionnels de santé (honoraires médicaux et dentaires, honoraires paramédicaux, dépenses de biologie médicale et de transports) - Rémunérations forfaitaires des professionnels de santé, minorées de la participation des organismes complémentaires - Remboursements des produits de santé (dispositifs médicaux, médicaments vendus en officine de ville et en rétrocession1) minorés des remises conventionnelles - Indemnités journalières maladie et AT/MP - Dépenses « hors prestations » : . aides à la télétransmission, financement de l'agence nationale du développement professionnel continu, prise en charge des cotisations des professionnels de santé
Dépenses relatives aux établissements de santé (82,7 milliards d'euros pour 2019)	- Remboursements de l'assurance maladie versés aux établissements de santé (publics et privés) pour l'activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, unités de soins de longue durée (USLD) : dépenses de séjours tarifés à l'activité, dotations, dotations forfaitaires Migac, dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité, forfaits annuels (urgence, prélèvement et transplantation d'organes…) - Dotation au Fmespp - Médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des séjours hospitaliers (« liste en sus »), minorés des remises

	conventionnelles
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (9,4 milliards d'euros pour 2019)	- Contribution de l'Ondam aux prestations médico-sociales versées par la CNSA, dédiées au financement des établissements et services médicosociaux pour personnes âgées
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (11,3 milliards d'euros pour 2019)	Contribution de l'Ondam aux prestations médico-sociales versées par la CNSA, dédiées au financement des établissements et services médicosociaux pour personnes en situation de handicap
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional (3,5 milliards d'euros pour 2019)	Dotation aux ARS pour le financement des actions et expérimentations en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence des soins, la prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire
Autres prises en charge (1,9 milliards d'euros pour 2019)	- Remboursements des soins des français à l'étranger - Dépenses médico-sociales hors du champ de la CNSA et de l'OGD (centres de cures ambulatoires en alcoologie, centres spécialisés de soins aux toxicomanes, appartements de coordination thérapeutique…) - Dotations de l'assurance maladie à des fonds et opérateurs intervenant dans le champ de la santé

ANNEXE 3 : LISTE DES INDICATEURS FIGURANT EN ANNEXE DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE ASSURANCE MALADIE (2019)

Objectif n°1 : Développer la prévention

2.1. Réduire les facteurs de risques

2.1.1. Obésité et surpoids chez l'enfant

2.1.2. Personnes diabétiques bénéficiant des examens recommandés

2.1.3. Prévalence du tabagisme quotidien

2.1.4. Consommation d'alcool par habitant

2.1.5. Pollution de l'air

2.2. Améliorer le dépistage des cancers et du VIH

2.2.1. Dépistage organisé des cancers

2.2.2. Limiter la propagation du VIH

2.3. Augmenter la couverture vaccinale

2.3.1. Vaccination des enfants de 24 mois pour les vaccins recommandés

2.3.2. Vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus et les autres groupes à risque

Objectif n°2 : Garantir les moyens nécessaires au système de santé

2.4. Limiter le reste à charge des ménages

2.4.1. Consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques

2.4.2. Taux d'effort direct des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursements des organismes de couverture maladie complémentaire

2.4.3. Assurés bénéficiant de soins en tiers payant

2.4.4. Dépassements tarifaires : répartition des médecins de secteur 2 et taux moyen de dépassement pratiqué

2.4.5. Dispositif 100 % Santé en optique, audiologie et dentaire

2.5. Améliorer l'accès au système de santé pour les plus démunis

2.5.1. Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS)

2.5.2. Renoncement aux soins pour raisons financières

Objectif n°3 : Garantir les moyens nécessaires au système de santé

2.6. Garantir une offre de soins adaptée sur tout le territoire

2.6.1. Inégalités territoriales de répartition des médecins généralistes

2.6.2. Inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes

2.6.3. Population ayant accès aux soins de médecine d'urgence en moins de 30 minutes

2.7. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé

2.7.1. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé libéraux

2.7.2. Réduire les inégalités de rémunération entre spécialités

Objectif n°4 : Améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins

2.8. Renforcer la coordination de prise en charge ville-établissements de santé

2.8.1. Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation

2.8.2. Recours aux urgences évitables

2.8.3. Bénéficiaires de PRADO, le service de retour à domicile

2.8.4. Personnes disposant d'un dossier médical partagé

2.8.5. Développer l'exercice coordonné en ville (maisons et centres de santé et CPTS)

2.9. Améliorer la qualité des soins

2.9.1. Établissements certifiés par la Haute Autorité de Santé

2.9.2. Atteinte par les médecins traitants des objectifs de santé publique

2.9.3. Prévalence des infections associées aux soins

2.9.4. Satisfaction et expérience des patients hospitalisés

Objectif n°5 : Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses

2.10. Favoriser l'accès aux médicaments tout en maîtrisant leur dépense

2.10.1. Dynamique des dépenses de médicaments en ville

2.10.2. Dynamique des produits de santé à l'hôpital

2.10.3. Nombre moyen de molécules prescrites par patient

2.10.4. Taux de pénétration des génériques

2.10.5. Taux de pénétration des biosimilaires

2.10.6. Consommation d'antibiotiques en ville

2.10.7. Pénuries et ruptures de stock de de médicaments

2.11. Garantir la pertinence des soins hospitaliers

2.11.1. Contrats relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins dans les établissements

2.11.2. Performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers

2.11.3. Respect de l'objectif de prescriptions hospitalières exécutées en ville

2.11.4. Chirurgie ambulatoire

2.11.5. Transferts des patients vers des unités de soin adaptées

2.12. Développer la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

2.12.1. Dynamique des indemnités journalières versées par la branche maladie

2.12.2. Atteinte des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

Objectif n°6 : Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

2.13. Limiter la dette des établissements de santé et soutenir l'investissement

2.14. Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

2.14.1. Equilibre financier de la branche maladie

2.14.2. Respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam)

2.14.3. Montants enregistrés dans le cadre des recours contre tiers

2.14.4. Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus

ANNEXE : 4: TABLEAU COMPARATIF DES DEUX SNS

2013	2018-2022
Axe 1. Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé	Axe 1 : mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie
Axe1.2 Améliorer l'évaluation et la gestion des risques sanitaires pour un dispositif de sécurité sanitaire plus efficace	A Promouvoir les comportements favorables à la santé Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances) Réduire les pratiques addictives tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances) et leurs conséquences nocives. Prévenir les risques liés à la conduite dangereuse Promouvoir une alimentation saine Promouvoir une activité physique régulière Promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité Prévenir la perte d'autonomie Promouvoir l'application des règles d'hygiène individuelle et collective B. Promouvoir des conditions de vie et de travail favorables à la santé et maitriser les risques environnementaux Réduire l'exposition à des conditions d'habitat indigne et aux pollutions intérieures Promouvoir la santé au travail, développer

	une culture de prévention dans les milieux professionnels et réduire la fréquence et la sévérité des pathologies lies aux conditions de travail Réduire l'exposition de la population aux pollutions extérieures et aux substances nocives pour la santé Renforcer la prévention des maladies vectorielles C. Mobiliser les outils de prévention du système de santé Renforcer la protection vaccinale de la population Préserver l'efficacité des antibiotiques Développer une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoces des pathologies chroniques Faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie
Axe 2. Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale.	Axe 2 Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
Axe 2.1 Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles 2.1.1. Repenser les conditions d'exercice et de financement de manière à assurer une intervention mieux coordonnée de tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux 2.1.1.1. Mettre en place un appui aux équipes de proximité.	A. lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès aux services de santé Renforcer l'accès aux droits sociaux à la couverture maladie Limiter les dépenses de santé restant à charge des assurés, notamment pour les prothèses dentaires et auditives et pour l'optique médicale Accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en

. . . . . . 2.1.1.2. S'appuyer sur une gouvernance associant tous les acteurs et sur un service public territorial de santé. . . . . . 2.1.1.3. Les établissements hospitaliers et médico-sociaux, au cœur d'un service public rénové. . . . . . 2.1.1.4. Réformer les modalités d'organisation et de financement pour rendre effectives la transversalité et la mise en place de parcours. . . 2.1.2. Améliorer l'accessibilité financière aux soins . . . . . . Axe 2. 2 Promouvoir une recherche de pointe lisible par tous, reconnue à l'international et adaptée aux besoins de la société . . . . . . 2.2.1. Réorganiser le pilotage de la recherche en santé. . . . . . 2.2.2. Promouvoir une recherche en santé tournée vers les technologies de rupture et la médecine de demain. . . . . . 2.2.3. Faire de la recherche un instrument d'aide aux décisions politiques en matière de santé. . . . . . Axe 2.3 Ces orientations nécessitent l'adaptation des formations, ainsi qu'un investissement résolu dans les systèmes d'information. . . . . . 2.3.1. Des formations et un accompagnement des professionnels de santé adaptés aux besoins des patients et aux évolutions de l'organisation des soins,	sont éloignées Prévenir la désinsertion professionnelle et sociale des malades, des blessés et des victimes d'accidents sanitaires ou traumatiques B.Garantir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire Renforcer la présence médicale et soignante ans les territoires Généraliser les usages du numérique en santé pour abolir les distances Faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover

des techniques et des pratiques 2.3.2. La formation initiale doit mieux préparer les futurs professionnels à un exercice en équipe, en favorisant les passerelles. 2.3.3. La formation continue doit être renforcée et adaptée aux priorités de la SNS 2.3.4. Promouvoir le développement de nouveaux métiers et compétences. . . . . . Axe 2.4 Des systèmes d'information accessibles et partagés 2.4.1. Standardiser les systèmes d'information en médecine de ville et les rendre interopérables avec ceux des établissements hospitaliers et médico-sociaux 2.4.2. Accélérer le déploiement du « DMP 2 » 2.4.3. Créer un service public d'information en santé 2.4.4. Organiser le recours aux données de santé. 2.4.5. Développer la télémédecine 2.4.6. Des outils de connaissance des	

besoins et d'amélioration de la qualité et de la performance	
Axe 3. Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire.	Axe 3 garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé
Axe 3.1 Faire le choix de l'action territoriale avec les agences régionales de santé Axe 3.2 Renforcer le pilotage national Axe 3.3 Impliquer et accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution de notre système de santé 3. Une démarche inscrite dans la durée et dans un cadre d'évaluation structuré 3.1. Un comité interministériel pour la santé 3.2. Une concertation large	A. transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population Structurer les soins primaires pour assurer la qualité et la continuité des prises en charges Structurer l'offre en établissements de santé pour concilier proximité et accessibilité des plateaux techniques et expertises de recours Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale B. développer une culture de la qualité et de la pertinence Développer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en y associant les usagers Améliorer la pertinence des prescriptions, des actes, des examens et des hospitalisations Développer les génériques et les biosimilaires Adapter le système de veille et de vigilance aux « signaux faibles » ou aux risques émergents et renforcer la résilience du système de santé face aux situations sanitaires exceptionnelles C.Prendre soins de ceux qui soignent Adapter la formation initiale des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux Faire progresser les compétences tout au

	long de la vie professionnelle Améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels de santé et médico-sociaux
	Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers
	A.Soutenir la recherche et l'innovation Développer la production, l diffusion et l'utilisation des connaissances Soutenir les innovations en santé médicales et technologiques Faciliter l'émergence et la diffusion des organisations innovantes Accélérer l'innovation numérique en santé Garantir l'accès aux traitements innovants B. Réaffirmer la place des citoyens dans le système de santé Réaffirmer le rôle des usagers comme acteurs de leur parcours de santé et associer les citoyens à la gouvernance du système de santé Accompagner les aidants C. Agir au niveau européen et sur la scène internationale Promouvoir une action européenne et internationale de santé

ANNEXE 5 : LISTE DES PLANS CONCOURANT À LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

Article R1411-2 du code de la santé publique

I.-La stratégie nationale de santé est mise en œuvre par des plans et des programmes opérationnels à portée nationale, définis ou révisés par arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, du ou des autres ministres intéressés, ainsi que par les projets régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-1.

Ces plans, programmes et projets constituent le cadre, au niveau national et au niveau régional, de l'action de l'État et de ses établissements sur les déterminants de santé et sur l'organisation de la prévention collective, de la sécurité sanitaire et des services de santé, y compris des services médico-sociaux. Ils sont établis en tenant compte de l'évaluation des plans, programmes et projets antérieurs.

En outre, les plans, programmes et projets suivants concourent à la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé :

1° Le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement mentionné à l'article L. 1311-6 ;

2° Les programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités mentionnés à l'article L. 1411-6 ;

3° Le pacte territoire-santé mentionné à l'article L. 1434-14 ;

4° Les projets territoriaux de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 ;

5° Le programme national relatif à la nutrition et à la santé mentionné à l'article L. 3231-1 ;

6° Les programmes et actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé mentionnés à l'article R. 1413-1 ;

7° (Abrogé) ;

8° Le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins et les programmes nationaux de gestion du risque mentionnés à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale ;

9° Les plans pluriannuels régionaux de gestion du risque et d'efficience du système de soins mentionnés à l'article R. 1434-21 du présent code et les plans d'actions pluriannuels régionaux d'amélioration de la pertinence des soins mentionnés à l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale ;

10° Les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

L'élaboration des plans, programmes et projets mentionnés au premier alinéa donne lieu, en tant que de besoin, à la réalisation d'études complémentaires, d'études d'impact ou d'évaluation de projets pilotes, qui permettent de comparer les coûts et les effets attendus de différentes modalités d'action envisagées, ou de préciser les conditions et les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

II.-Les programmes d'action définis par les organismes gestionnaires de régime d'assurance maladie et les organismes mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1313-1, L. 1413-1, L. 1415-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code et ainsi qu'à l'article L. 592-45 du code de l'environnement concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans, programmes et projets mentionnés au I.

Sont notamment soumis aux dispositions du premier alinéa les programmes suivants :

1° Les programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques mentionnés à l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale ;

2° Les programmes d'aide au sevrage tabagique mentionnés à l'article L. 162-1-11 du même code.

BIBLIOGRAPHIE

ALTENSTETTER.C BUSSE.R (2005), « Health care reform in Germany : Patchwork within established governance structures », Journal of Health Politics, Policy and Law, vol 30, 1-1, pages 121 à 142

ANGELE-HALGAND.N (2010), « Entre la tentation du nouveau management public et la prégnance d'un État-providence conservateur », dans Florence Palpacuer, Maya Leroy, Gérald Naro *Management, mondialisation, écologie. Regards critiques en sciences de gestion*, Paris, Lavoisier, pp 235 à 255

APOLIS.B (2019), « Vers une transformation financière du système de santé », Dalloz, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, janvier-février, n°1, pages 35 à 45

ARKWRIGHT.E (2007), « Économie politique de la LOLF », Paris, La Documentation française, 371 pages

ARTS.W GELISSEN.J (2002), « Three worlds of welfare capitalism or more ? A state-of-the-art report », *Journal of European Social Policy*, 12 : 2, pages 137 à 158

BARILARI.A, BOUVIER.M (2007), « la LOLF et la nouvelle gouvernance financière de l'État », LGDJ, 2ème ed, 261 pages

BASSON.J-C, HASCHAR-NOE, N, HONTA.M (2021) coordonné par, dossier thématique : « la fabrique des inégalités sociales de santé », *Revue française des affaires sociales*, n°3, 378 pages

BEAUSSIER.A-L (2006), « Le Parlement français acteur renouvelé des politiques d'assurance maladie ? », *Pole Sud*, 1(28), pages 35 à 53

BEC.C, (2014), « La Sécurité sociale, Une institution de la démocratie », Paris, Gallimard, 336 pages

BELORGEY J-M (1998), « A quoi servent les lois de financement de la sécurité sociale » Dalloz, *Droit social*, n°9/10 septembre : octobre, pages 807 à 816

BELORGEY J-M (2003), « Quelle régulation pour la politique sociale ? Considérations générales et nouvelles réflexions sur les lois de financement de la sécurité sociale » Dalloz, *Droit social*, n°1, pages 100 à 104

BELORGEY.N (2010), « L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public », Paris, La Découverte, 336 pages

BENAMOUZIG.D (2005), « La santé au miroir de l'économie », Paris, PUF, 486 pages

BENAMOUZIG.D (2009), « La Haute Autorité de santé au cœur des choix économiques », La Découverte, Regards croisés sur l'économie, n° 5, pages 229 à 237

BENAMOUZIG.D, BESANCON.J (2005), « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires », *Sociologie du travail*, vol 47, n°3, pp301-322

BENAMOUZIG.D, BESANCON.J (2007), « Les agences de nouvelles administrations publiques », dans Olivier Borraz et Virginie Giraudon, *Politiques publiques, 1, la France dans la gouvernance européenne*, Paris, Presses de sciences Po, pages 283 à 307

BENAMOUZIG.D, BESANCON.J (2007), « Les agences, alternatives administratives ou nouvelles bureaucraties techniques ? », *Horizons stratégiques*, 2007/1, n°3, pages 10-24

BENAMOUZIG.D, PIERRU.F, (2011), « Le professionnel et le « système » ; l'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, 53(3), pages 293-348)

BENAMOUZIG.D, ROBELET.R (2014), « Les indicateurs de qualité et l'intégration bureaucratique à l'hôpital », LIEPP Working Paper, n°20, hal-01052858, 32 pages

BENOÎT.C (2018), « Établir des phénomènes de capture réglementaire. Les apports du process tracing bayésien », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, 2018/6, vol. 68, pages. 1039-1060

BENOÎT.C (2020), « Réguler l'accès aux médicaments » Grenoble, Presses universitaire de Grenoble, 222 pages

BENSUSSAN.C, CHAUMEL.D, CHIEZE.F, DESTAIS.N (2014), « Evaluation de la gestion du risque maladie », Paris, Igas, Tome 1, 158 pages

BERGERON.H (2010), « Les politiques de santé publique », *in Politiques publiques, 2.Changer la société* sous la direction de Olivier BORRAZ et Virginie GUIRAUDON, Paris, Presses de sciences Po, pages 79 à 111

BERGERON.H (2011), « Un entrepreneur privé de politique publique. La lutte contre l'obésité, entre santé publique et intérêt privé », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, Vol. 61, pages 201 à 229

BERGERON.H, CASTEL.P (2014), « Sociologie politique de la santé », PUF, 379 pages

BERGERON.H, NATHANSON.C (2014), « Faire une loi, pour faire la loi. La loi de santé publique d'aout 2004 », *Sciences sociales et santé*, n°4, vol 32, pp 5 à 32

BERGOIGNAN-ESPER.C (2019), « L'hôpital public au sein du plan « Ma santé 2022 » » Dalloz, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°1, pages 15 à 24

BERNSTEIN.D (2011), « Pays-Bas : la théorie de la concurrence régulée à l'essai », », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°30, pages 127 à 148

BESANCON.J (2010), « L'institutionnalisation de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments comme organisation-frontière. Bureaucratisation de l'expertise et régulation des risques alimentaires », Thèse de sociologie, Institut d'études politiques de Paris, Sciences Po, 571 pages

BEZES.P (2004), « Rationalisation salariale dans l'administration française. Un instrument discret », in P.LASCOUMES, P.LE GALES, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de sciences po, pages 71 à 119

BEZES.P (2005 a), « Le modèle de l'État stratège : genèse d'une forme organisationnelle dans l'administration française », *Sociologie du travail* 47 (4), pages 431 à 450

BEZES.P (2005 b), « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du new public management », Caisse nationale d'allocations familiales, *Informations sociales*, n°126, pages 26-37

BEZES.P (2007), « Construire des bureaucraties wébériennes à l'ère du new public management ? », *Critique internationale*, Presses de Sciences Po (2), n°35, pages 9 à 29

BEZES.P (2009), « Réinventer l'État, les réformes de l'administration française (1962-2008) », Le lien social, PUF, Paris, 520 pages

BEZES.P (2012), « Les politiques de réforme de l'état sous Sarkozy. Rhétorique de rupture, réformes de structures et désorganisations » dans Jacques de Maillard *et al.*, *Politiques publique* 3, Presses de science Po, Presses de Sciences Po, pages 211 à 235

BEZES.P (2020), « Le nouveau phénomène bureaucratique. Le gouvernement par la performance entre bureaucratisation, marché et politique », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, 2020/1 vol 70, pages 21 à 47

BEZES.P, L LIDEC.P (2016), « Politiques de l'organisation », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, 3-4(66), pages 407 à 433

BEZES.P, LE LIDEC.P (2016), « Les nouvelles frontières de l'État territorial », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, 2016/3 Vol. 66, pages 507 à 541

BEZES.P, PALIER.B (2018), «Le concept de trajectoire de réforme. Comment retracer le processus de transformation des institutions», Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, 2018/6 Vol. 68, pages 1083 à 1112

BEZES.P, SINE.A (2011), « Gouverner (par) les finances publiques », Presses de Sciences Po, 523 pages

BOCQUET.P-Y, PELTIER.M (2010), « Mission sur la gestion du risque », Inspection générale des Affaires sociales, Paris, 105 pages

BONAFINI.P (2002), « Réseaux de soins : réforme ou révolution ? », *Politiques et Management public*, vol. 20, n° 2, 2002, Reconfigurer l'action publique : big bang ou réforme ? Actes du onzième colloque international - Nice, jeudi 4 et vendredi 5 octobre 2001 - Tome 2, pages 1 à 22

BONNAUD.L, MARTINAIS.E (2014), « Fusionner les administrations pour mieux coordonner l'action publique ? le devenir de l'autorité environnementale après la création du ministère du développement durable », Presses de Sciences Po, *Gouvernement et action publique*, (3) vol.3, pages 105 à 125

BONNIN.M, GREMY.F (2004), « Le développement des réseaux de soins et de santé : contexte éthique et politique », *Santé Publique*, 1, (Vol. 16), pages 133 à 146

BOUILLOT.I (2001), « Une remise à plat du fonctionnement de l'État », *Revue française des finances publiques*, n°76, pp

BOUSSAGUET.L (2020), « Les politiques publiques », PUF, Que Sais-je ?, 126 pages

BOUSSARD.V (2001), « quand les règles s'incarnent : l'exemple des indicateurs prégnants », *Sociologie du travail*, 43 (4), pages 533 à 551

BOURDELAIS.P sous la dir (2011), « Les hygiénistes. Enjeux, modèles et pratiques », Paris, Belin, 540 pages

BOURGUEIL.Y (2010), « Système de soins primaires : contenus et enjeux », *Revue française des affaires sociales*, 2010/3, pp 103 à 110

BRAS.P-L (2003), « Notre système de soins est-il gouverné ? », Dalloz, *Droit social*, n°11, pages 1005-1014

BRAS.P-L (2004), « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », Dalloz, *Droit social*, n°11, pages 967-978

BRAS.P-L (2009), « La création des agences régionales de santé : notre système de soins sera-t-il encore mieux gouverné ? », Dalloz, *Droit social*, n°11, pages 1126-1135

BRAS.P-L (2011), « Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) à la lumière de l'expérience anglaise », ESKA*, Journal d'économie médicale*, (5), vol 29, pages 216 à 230

BRAS.P-L (2016 a), « Politique économique et politique de santé », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°53, pages 73 à 86

BRAS.P-L (2016 b), « Les Français moins soignés par leurs généralistes : un virage ambulatoire incantatoire ? », Presses de Sciences Po, Les Tribunes de la santé, n° 50, pp 67 à 91

BRAS.P-L (2017), « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°57, pages 71 à 89

BRAS.P-L (2019), « L'Ondam et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°59, pages 109 à 117

BRAS.P-L (2020), « La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ? », Global Média santé, *Les Tribunes de la santé*, n°64, pages 61 à 77

BRAS.P-L ; TABUTEAU.D (2009), « « Santé 2010 », un rapport de référence pour les politiques de santé », Presses de sciences Po, *les Tribunes de la santé*, pages 79 à 93

BRAS.P-L ; TABUTEAU.D (2021), « Les assurances maladies », PUF, Que sais-je ?, 126 pages

BRAS.P-L, DUHAMEL.G, GRASS.E (2006), « Améliorer la prise en charge des malades chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management », Igas, Paris, 106 pages

BRAS.P-L, GRASS.E, OBRECHT.O (2007), « En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge », *Droit social,* n°4, pp 463-471

BRECHAT.P-H (2016), « Sauvons notre système de santé », Rennes, Presses de l'EHESP, 215 pages

BRECHAT.P-H, GROSSET.M, TABUTEAU.D (2018), « La stratégie nationale de santé, un défi pour la démocratie sanitaire », *Journal de Droit de la santé et de l'assurance maladie*, n°18, pages 40-44

BRIET.R (2009), « Pour un bouclier sanitaire », *Regards croisés sur l'économie*, n°5, pages 120 à 127

BRIET.R (2010), « Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie », Paris, 73 pages

BRISSAUD.C (2021), « Des objectifs sanitaires à la rationalité budgétaire. La mise en marché des systèmes de santé saisie par la quantification », *Revue française de socio-économie*, n°26, pages 27 à 46

BROCAS A-M (2010), « Quels enseignements tirer des expériences étrangères pour la France ? », *Revue française des affaires sociales*, 2010/3, pages 103 à 110

BRUNETIERE JR (2006), « les indicateurs de loi organique relative aux lois de finances (LOLF) : une occasion de débat démocratique ?, École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique* n°117, pages 95 à 111

BRUNETIERE J-R (2010), « les objectifs et les indicateurs de la LOLF, quatre ans après », École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique* n°135, pages 477 à 495

BUR.Y (2008), « les agences régionales de santé », *Rapport d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales,* Assemblée nationale, n°697, 168 pages

CAIDEN.N (1983), « The Politics of Substraction », dans Allen Schick, *Making economic Policy in Congress*, Washington, AEI, pages 100 à 130

CALMETTE.J-F (2008), « La LOLF comme nouvelle approche des politiques publiques », Caisse nationale d'allocations familiales, *Informations sociales*, n°150, pages 22 à 31

CANIARD.E (2004), « Le « Yalta » de 1945 bousculé ? », Presses de Science Po, *Les Tribunes de la santé*, n°4, pages 25 à 38

CASH.R (2017), « La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevée ? » Presses de Science Po*, Les Tribunes de la santé*, (4) n° 57, pages 35 à 55

CASSESE.S, WRIGHT.V (1996), « La restructuration des États en Europe occidentale », dans Vincent Wright et Sabino Cassese (dir), *La recomposition de l'État en Europe*, Paris, La Découverte, pages 7 à 18

CATRICE-LOREY.A, STEFFEN.M (2008), « La protection santé en France : vers quel nouveau modèle ? un bilan 2007 », dans Anne-Marie Guillemard, *Où va la protection sociale ?* PUF, Le lien social, pages 139 à 163

CAUSSAT.L, ROUSSEL.R, (2008), « Les programmes de qualité et d'efficience et l'évaluation des politiques de Sécurité sociale », Caisse nationale d'allocations familiales, *Informations sociales* 2008/6, n° 150, pages 32 à 43

CHADELAT J-F (2003), « La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé », Groupe de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Paris, 33 pages

CHARPY.C, DUBERTHET.J (2018), « Rapport de la mission d'information sur « Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale » », remis au Parlement le 8 octobre 2018, 33 pages

CHAUVEAU.S (1999), « L'invention pharmaceutique. La pharmacie française entre l'État et la société au XXème siècle », Paris, Les empêcheurs de tourner en rond, 720 pages

CHAUVIN.F (2021), « Dessiner la santé publique de demain », Rapport remis au ministre des Solidarités et de la santé, Paris, 158 pages

CHEVALLIER.J (2003), « La gouvernance, un nouveau paradigme étatique ? » École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique*, (1-2), n°105-106, pages 203 à 217

CHEVALLIER.J (2004), « L'État régulateur », École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique*, (3), n°111, pages 473 à 482

CHEVALLIER.J (2007), « L'État stratège », in « *le Temps de l'État, Mélanges en l'honneur de Pierre Birnbaum* », sous la direction de Bertrand Badie et Yves Deloye, Fayard, pages 372 à 385

CHRISTENSEN.T (2012), « Post-NPM and Changing Public Governance », *Meiji Journal of Political Science and Economics*, (1), pages 1 à 11

CLAYTON.R, PONTUSSON.J (1998), « Welfare-State Retrenchment Revisited: Entitlement Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies », *World Politics*, Vol. 51, No. 1, pages 67 à 98

COHU.S, LEQUET-SLAMA.D, VOLOVITCH.P (2006), « Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation », La documentation française, *Revue française des affaires sociales*, 2, pages 217 à 238

COLE.A, EYMERI-DOUZANS.J-M (2010), « Introduction/ Administration Reforms and Mergers in Europe, Research Questions and Empirical Challenges », *International Review of Administrative Science*, n°76, (3), pages 395 à 406

COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE (2021), « Rapport d'activité 2020 », Paris, 205 pages

CONSEIL D'ETAT (2012), « Les agences : une nouvelle gestion publique? », *Rapport public 2012 du Conseil d'État*, Volume 2, Paris, La Documentation française, 289 pages

CORMIER.M (2019), « Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premier recours demain ? » Dalloz, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, janvier-février, n°1, pages 64 à 73

COUDREAU.D (2004), « Les partenaires sociaux, l'État et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). Chronique d'un échec », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé,* n°4, pages 39 à 49

COULOMB A (2003), « Médicalisation de l'ONDAM », Rapport du groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, Paris

COUR DES COMPTES (2000), « La sécurité sociale », septembre 2000, 380 pages

COUR DES COMPTES (2003), « La sécurité sociale », septembre 2003, 436 pages

COUR DES COMPTES (2004), « La sécurité sociale », septembre 2004, 469 pages

COUR DES COMPTES (2008), « La sécurité sociale », septembre 2008, 486 pages

COUR DES COMPTES (2011), « La sécurité sociale », septembre 2011, 579 pages

COUR DES COMPTES (2013), « la maitrise des dépenses hospitalières », La sécurité sociale, Paris, pages 173 à 332

COUR DES COMPTES (2014), « La sécurité sociale », septembre 2011, 673 pages

COUR DES COMPTES (2018), « La sécurité sociale », septembre 2018, 467 pages

COUR DES COMPTES (2020 a), « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maitrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », La sécurité sociale, Paris, pp 107-136

COUR DES COMPTES (2020 b), « La sécurité sociale », septembre 2020, 420 pages

COUR DES COMPTES (2021 a), « La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies Communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale », 142 pages

COUR DES COMPTES (2021 b), « Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie, les enjeux structurels pour la France », 37 pages

COUR DES COMPTES (2021 c), « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient », *Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, Paris, 150 pages

COUTANT.D, TUFFREAU.F (2016), « La médecine générale, une spécialité d'avenir », Rennes, Presses de l'EHESP, 161 pages

DALY.M (2001), « Globalization and the Bismarckian welfare states », dans Robert Sykes, Bruno Palier Pauline Prior, *Globalization and the European Welfare States : Challenges and Change*, London, Macmillan Press, pages 79 à 102

DAUDIGNY.Y (2011), « S'interdire de financer la protection sociale à crédit », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 69, 40 pages

DAUDIGNY.Y (2012), « Finances sociales : l'urgence du redressement, l'exigence de justice ? » *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 661, 33 pages

DAUDIGNY.Y (2013), « Débat d'orientation des finances publiques pour 2014 : quelles perspectives pour les finances sociales ? » *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 693, 41 pages

DAUDIGNY.Y (2014), « Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 699, 235 pages

DAUDIGNY.Y, DECOOL.J-P (2018 a), « Pénuries de médicaments et de vaccins : Replacer l'éthique de santé publique au cœur de la chaîne du médicament », *Rapport de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins*, Sénat, n° 737, septembre 2018, 297 pages

DAUDIGNY.Y, DEROCHE.C et GUILLOTIN.V (2018 b), « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce », *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales,* Sénat, n°569, 127 pages

DENT.M, CHANDLER.J (2004) « Questionning The New Public Management », Ashgate, 248 pages

DEROCHE.C, SAVARY.R-P (2020), « Pilotage de la dépense de santé : redonner du sens à l'Ondam », *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 40, Paris, 65 pages

DESCOURS.C (1999), « les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n°433, 180 pages

DOHLER.M, HASSENTEUFEL.P (1995), « Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne », École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique*, n°76, pages 549 à 560

DOMIN.J-P (2001), « Une histoire économique de l'hôpital (XIXe-XXe siècles) - Une analyse rétrospective du développement hospitalier », Tome 2 (1946-2009), Paris, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 367 pages

DOMIN.J-P (2014), « Établissements hospitaliers : comment l'État fait-il son marché ? » dans LE GALES.P et VEZINAT.N *L'État recomposé*, Paris, PUF La vie des idées, 110 pages

DORMONT.B (2018), « Le plan santé évite les sujets qui fâchent », *Alternatives économiques*, n°80, pages 8 à 16

DORMONT.B (2019), « La crise de l'hôpital en France : le naufrage d'une régulation au point flottant », *Regards croisés sur l'économie*, La Découverte, (2) n°25, pages 181 à 191

DORMONT.B (2020), « La tarification à l'activité (T2A) française », Propos recueillis par Frédéric PIERRU, École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique*, n°174, pages 487 à 497

DOUILLET A-C (2020), « Exister dans et par la crise. La gestion de la crise sanitaire comme mode de légitimation du « local » », École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique*, (4), n°176, pages 971 à 983

DUARTE.B (2006), « La loi organique du 2 aout 2005 ou la revalorisation du rôle du Parlement en matière de loi de financement de la Sécurité sociale », *Droit social*, n°5 mai, pages 522 à 532

DUCHESNE.V (2018), « L'agence, le contrat, l'incitation. Les agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé », ESKA, *Journal de gestion et d'économie médicale*, (4), vol 36, pp159 à 180

DUFOUR.A-C (2011), « Le bilan de lois de financement de la sécurité sociale dans le domaine de la santé », Presses de sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°32, pages 69 à 76

DUFOUR.A-C (2012), « Les pouvoirs du Parlement sur les finances de la sécurité sociale. Étude des lois de financement de la sécurité sociale », Paris, Dalloz, 494 p

DUFOUR.A-C (2014), « Les lois de financement de la sécurité sociale à l'épreuve du Pacte budgétaire », *Revue Française des Finances Publiques*, n° 128, pages 201 à 213.

DUFOUR.A-C (2017), « Un quinquennat sous le sceau de la maitrise des dépenses de l'assurance maladie », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n° 2, pages. 314 à 325

DUPUY.F, THOENIG.J-C (1983), « Sociologie de l'administration française », Paris, Armand Colin, 206 pages

DURAN.P, THOENIG.J-C (1996), « L'État et la gestion publique territoriale », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, (4), pages 580 à 622

DUVAL.J (2002), « Une réforme symbolique de la sécurité sociale. Les médias et le "trou de la Sécu" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3-143, pages 53 à 67

DUVAL.J (2007), « Le mythe du "trou de la Sécu" », Raisons d'agir, 135 pages.

ELBAUM.M (2009), « Les indicateurs de performance en matière sociale. Quel sens pour l'action publique ? », *Revue de l'OFCE*, (4) n°111, pages 39 à 80

ELBAUM.M (2011), « Économie politique de la protection sociale », Paris, PUF, 533 pages

EPSTEIN.R, PINSON.G (2021), « de l'État fort aux régimes de gouvernementabilité multiples », dans Thomas FRINAULT, Christian LE BART et Erik NEVEU, Nouvelle sociologie de la France, Paris, Armand Colin, pages 21 à 32

ESPELAND.W.N, SAUDER.M, (2007), « Rankings and Reactivity: How Public Measures Recreate Social Worlds », *American Journal of Sociology*, Vol. 113, No. 1 pages 1 à 40

ESPING-ANDERSEN.G (1996), « Welfare States in transition. National Adaptations in Global Economies, London, Sage, 290 pages

ESPING-ANDERSEN.G (1999), « Les trois mondes de l'État-providence, Essai sur le capitalisme moderne », Presses Universitaires de France, 308 pages

EVANS.P-B, RUESCHEMEYER.D, SKOCPOL.T (1985), « Bringing the State back in », New-York, Cambridge University Press, 390 pages

FERRAS.B, PLANEL.M-P (2019), « L'assurance maladie en question(s) », Rennes, Presses de l'EHESP, 128 pages

FERRERA. M, RHODES.M (2000), Recasting European Welfares States, Londres, West European Politics (Special Issue), 23, 2,

FONTAINE.J HASSENTEUFEL.P (dir.) (2002), « To Change or not to Change ? Les changements de l'action publique à l'épreuve du terrain », Presses universitaires de Rennes, Res publica, 306 pages

FRAGONARD.B, BRIET.R (2007), « Rapport sur la mission Bouclier Sanitaire », Paris, 57 pages

FREEMAN.R, MORAN.M (2000), « Reforming Health Care in Rurope » dans Maurizio FERRERA et Mark RHODES (ed), *Recasting European Welfares States*, Londres, Franck Cass, pages 35 à 58

GAY.R (2011), « Les réformes hospitalières du début des années 1980 : une bifurcation du système hospitalier ? Politisation de l'action publique et capacités réformatrices limitées », *Quatrième congrès de l'association française de sociologie*, Juil 2011, Grenoble, France halshs-00687835, 38 pages

GAVIER.B, PALIER.B, PERIVIER.H (2018), « Refonder le système de protection sociale. Pour une nouvelle génération de droits sociaux », Les Presses de Sciences Po, 204 pages

GENIEYS.W HASSENTEUFEL.P (2012), « Qui gouverne les politiques publiques ? Par-delà la sociologie des élites », Presses de Sciences Po, *Gouvernement et action publique*, (2) VOL. 1, pages 89 à 115

GENIEYS.W HASSENTEUFEL.P (2016), « Comprendre le changement dans les politiques publiques ? L'approche programmatique ». Ce texte provient d'une version réduite et remaniée de l'article publié par les mêmes auteurs *Gouvernement & action publique*, n°2 avril-juin 2012, 23 pages

GENIEYS.W (2008), « L'élite des politiques de l'État », Paris, Presse de Sciences Po, 274 pages

GENIEYS.W, SMYRL.M (2008), « Elites. Ideas and the Evolution of Public Policy », London/New York, Palgrave. 208 pages

GINON.AS, TREPREAU.M (2008), « L'Ondam peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie ? », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Novembre-décembre, fascicule 6, pages 1096 à 1109

GINON.AS, TREPREAU.M (2011), « La participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Janvier-février 2011, pages 105 à 115

GOOD.D (2007), « The Politics of Public Money. Spenders, Guardians, Priority Setters and Financial Watchdogs inside the Canadian Government », Toronto, University of Toronto Press, 362 pages

GODELUCK.S, (2022), « Le choc du Covid a mis en lumière les fragilités du système de santé », *Les Echos*, 12 mars 2022

GREMION.P (1976), « Le pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français », Le Seuil, 1976

GUEIX.S (2003), « La politique des caisses vides. État, finance et mondialisation », *Actes de la recherche en science sociales*, 146-147, pages 51 à 62

GUILLEMARD A-M (2008), « Où va la protection sociale ? » PUF, le lien social, 416 pages

HACKER.J.S (2002), « The Divided Welfare State. The Battle over Pulicet private Social Benefits in the United States », Cambridge University Press, 466 pages

HACKER.J.S (2004), « Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State : The Hidden Politics of Social Politcy Retrenchment in the United States », *American Political Science Review* 98-2, pages 243 à 260

HALL.P (1986), « Governing the economy : the politics of state intervention in Britain and France », Oxford, Oxford University Press, 340 pages

HALL.P (1993), « Policy paradigms, social learning, and the state : the case of economic policymaking in Britain », Comparative politics, 25,3, pp275-296

HASSENTEUFEL.P (1997), « Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne », Presses de sciences Po, 379 pages

HASSENTEUFEL.P (1998), « Les réformes des systèmes de protection maladie entre libéralisation et étatisation : une comparaison européenne », *Revue internationale de Politique Comparée*, 5(2), p 315 à 341

HASSENTEUFEL.P (2006), « Libéralisation ou étatisation de l'assurance maladie ? » *Regards sur l'économie allemande*, 79, pages 5 à 12

HASSENTEUFEL.P (2007), « L'État mis à nu par les politiques publiques ?, dans Bertrand Badie et Yves Deloye *Le temps de l'État. Mélanges en l'honneur de Pierre Birnbaum*, Paris, Fayard, pages 311 à 329

HASSENTEUFEL.P (2008 a) « Sociologie politique de l'action publique », Armand Colin, 294 pages

HASSENTEUFEL.P (2008 b), « L'évolution des rapports de pouvoirs dans un système bismarckien : le cas de la France », *Santé, société et solidarité, Bilan des réformes des systèmes de santé* n°2, pages 63 à 70 http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2008_num_7_2_1289

HASSENTEUFEL.P (2008 c), « La mise en place d'un gouvernement à distance de l'assurance maladie », *Regards sur l'économie allemande*, 89, pages 27 à 33

HASSENTEUFEL.P (2009), « Le rôle de l'État dans la régulation de l'assurance maladie », dans Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville et Didier Tabuteau, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Science Po, pages 369 à 377

HASSENTEUFEL.P (2011), « Les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », *La revue de l'Ires*, n°70, pages 3 à 32

HASSENTEUFEL.P (2012), « la sécurité sociale, entre « ruptures » affichées et transformations silencieuses », dans Jacques de Maillard *et al.*, *Politiques publique* 3, Presses de Sciences Po, pages.341 à 360

HASSENTEUFEL.P (2013), « Quelle européanisation des systèmes de santé ? », Caisse nationale d'allocations familiales, *Informations sociales*, n°175, pages 48 à 59

HASSENTEUFEL.P (2014), « Assurance maladie. Une transformation structurelle engagée avant la crise », *Association pour la connaissance de l'Allemagne d'aujourd'hui*, (4), n° 210, pages 204 à 217

HASSENTEUFEL.P (2014), « *Les systèmes de santé entre conceptualisation et reconceptualisation politique* », socio-logos, *Revue de l'association française de sociologie*, 9/2014

HASSENTEUFEL.P (2015), « Les médecins contre le plan Juppé : une mobilisation dans la durée », Presses de sciences po, *Les Tribunes de la santé*, (1), n°46, pages 49 à 56

HASSENTEUFEL.P (2019), « Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale », Global Media Santé, *Les Tribunes de la santé*, (1), n°59, pages 21 à 33

HASSENTEUFEL.P (2020), « Handling de COVID-19 Crisis in France. Paradoxes of a Centralized state-led health system », *Eur Policy anal*, n°6, pages 170-179, https://doi.org/10.1002/epa2.1104

HASSENTEUFEL.P (2021) « Sociologie politique de l'action publique », Armand Colin, 3eme édition,327 pages

HASSENTEUFEL.P DELAYE.S PIERRU.F ROBELET.M SERRE.M (2001), « La libéralisation des systèmes de protection maladie européens. Convergence, européanisation et adaptations nationales », *Politique européenne*, 2001/1 n°2, pages 29 à 48

HASSENTEUFEL.P, MAILLARD de.J (2017), « Le recours au marché comme processus politique. Les réformes du gouvernement de la coalition britannique (2010 - 2015) dans la santé et la police », *Gouvernement et action publique*, 4 vol 6, pages 101 à 126

HASSENTEUFEL.P, NAIDITCH.M, SCHWEYER.F-X (2020), « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées », *Revue française des affaires sociales*, n° 1 janvier-mars, pages 11 à 32

HASSENTEUFEL.P, PALIER.B (2005), « Le trompe-l'œil de la « gouvernance » de l'assurance maladie, contrastes franco-allemands », Revue française d'administration publique, pages 13 à 27

HASSENTEUFEL.P, PALIER.B (2007), « Towards neo-bismarckian health are states ? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems » *Social and policy administration*, vol 41, n°6, pages 574 à 596

HASSENTEUFEL.P, SAURUGGER.S (2021), « Crises économiques et processus de changement dans l'action publique : une approche relationnelle », dans Patrick Hassenteufel et Sabine Saurugger, *les politiques publiques dans la crise, 2008 et ses suites*,, Science Po les presses, pages 8 à 35

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (2017), « Stratégie nationale de santé, contribution du Haut conseil de santé publique », collection avis et rapports, Paris, 188 pages

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2004), Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Paris, 155 pages

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2011), « Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins », Rapport annuel, Paris, 184 pages

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2013), « Rapport annuel », Paris, 273 pages

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2021), « Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé », Paris, 96 pages

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (2022), « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », Paris, 138 pages

HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE (2019), « Les lois de financement de la sécurité sociale. Bilan et perspectives », Paris, 289 pages

HEARD.M, CREMIEUX.F (2016), « Stratégie nationale de santé », in *Traité de santé publique* sous la direction de François Bourdillon, Gilles Brücker, Didier Tabuteau, Paris, Ed Lavoisier, pages 279 à 282

HERVIER.L (2011), « Affaiblissement syndical dans l'assurance maladie : comparaison entre la France et l'Allemagne », Caisse nationale d'allocations familiales, *Informations sociales*, (5) n°167, pages40 à 50

HERVIER.L (2014), « Réformer en présence de Veto Players. Meta-réformes et syndicats dans les assurances chômage en France et en Allemagne », Presses de Science Po, *Gouvernement et action publique*, (3) vol.3, pages 55 à 78

HERVIER.L (2008), « Le rôle des organismes de contrôle en matière d'évaluation. 1947-2007 : l'exemple de la Cour des comptes », Caisse nationale d'allocations familiales, *Informations sociales*, (6) n°150, pages 44 à 55

HILLGARNER.S ; BOSK.C (1988), « The Rise and Fall of Social Problems : A Public Arena Model », *American Journal of Sociology*, vol 94, n°1, pages 53 à 76

HOEFFLER.C, JOANA.J, MERAND.F (2021), « la guerre austère : la politique de défense dans la crise », dans Patrick Hassenteufel et Sabine Saurugger, *Les politiques publiques dans la crise, 2008 et ses suites*, Presses de Sciences Po, pages 201 à 233

HOGWOOD.B.W, PETERS.G.B (1985), « the Pathology of Public Policy », Oxford, Oxford University, 1985, 228 pages

HOOD.C, HUBY.M, DUNSIRE.A (1985), « Scale Economies and Iron Laws : Mergers and Demergers in Whitehall 1971-1984 », *Public administration*, n°63, pages 61 à 78

HUBER.E, STEPHENS.J.D (2001), « Development and Crisis of the Welfare State : Parties and Politicies in Global Markets », Chicago, University of Chicago Press, 416 pages

IRONDELLE.B (2011) « Qui contrôle le nerf de la guerre ? financement et politique de défense », dans Philippe Bezes et Alexandre Siné, *Gouverner (par) les finances publiques*, Science Po. Les presses, pages 491 à 523

IZAMBERT.C (2019), « Une crise sanitaire du Sud dans un pays du Nord ? l'intervention des ONG médicales internationales e France », *Mouvements*, vol.98, n°2, pages 95 à 105

IZAMBERT.C, TOULLIER.A, GLEMAREC.C et DIXNEUF.M (2018), « Association des patients et accès à l'innovation thérapeutique » *Revue française des affaires sociales*, n°4, pages 27 à 45

JACOB.S, GENARD.J-L (2004), « Expertise et action publique », Université de Bruxelles Editions, 164 pages

JOBERT.B. (1985), « Les politiques sociales et sanitaires » dans Jean Leca et Madeleine Grawitz, *Traité de science politique*, Paris, PUF, pages 301 à 342.

JOBERT.B, dir (1994), « Le tournant néo-libéral en Europe », Paris, L'Harmattan, 328 pages

JOBERT.B, MULLER.P (1987), « L'État en action, politiques publiques et corporatismes », PUF, 1987

JOBERT.B, STEFFEN.M (1994), « Les politiques de santé en France et en Allemagne »,*Espace Social Européen*, Dossier spécial n° 4, 230 pages

JOLY.P-B (2005), « La sociologie de l'expertise scientifique : les recherches françaises au milieu du gué », dans Olivier Borraz, Claude Gilbert et Pierre-Benoit JOLY, *Risques, crises et incertitudes : pour un analyse critique*, Cahiers du GIS. Risques collectifs et situation de crise, n°3, Grenoble, Publications de la MSH-Alpes, pages 117 à 174

JOMIER.B DEROCHE.C (2022), « Hôpital : sortir des urgences », *Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France*, Paris, Sénat, n°587, Tome 1, 313 pages

JOMIER.B, LASSARADE.F (2021), « Les orientations et la gouvernance de la politique de santé environnementale », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, Paris*, Sénat n°479, 102 pages

JORLAND.G (2010), « Une société à soigner. Hygiène et salubrité publique en France au XIXème siècle », Paris, Gallimard, 357 pages

JUVEN.P-A (2016), « Une santé qui compte ? les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public », Paris, PUF, 223 pages

JUVEN.P-A, PIERRU.F, VIINCENT.F (2019), « Le casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public », Raisons d'agir éditions, 185 pages

KERSCHEN.N (1995), « L'influence du rapport Beveridge sur le plan français de sécurité sociale de 1945 », Presses de Science Po, *Revue française de science politique*, 45-4, pages. 570 à 595

KICKERT.W (1995) Steering at a Distance: A New Paradigm of Public Governance in Dutch Higher Education, Governance: *An International Journal of Policy and Administration*. Vol. 8, No. 1, pages 135 à 157

KINGDON.J.W (1984), « Agendas, Alternatives and Public Policies, Boston, Little Brown&Co, 240 pages

KOOIMAN.J (1993), « Introduction », dans Jan KOOIMAN, *Modern Governance, New Government-Society Interactions*, Londres, Sage, pages 1 à 16

LALUMIERE.P (1986), « Finances publiques », Paris, Armand Colin, Coll U, 544 pages

LAROQUE.P (2020), « La sécurité sociale de Pierre Laroque », *Sélection d'articles, conférences et écrits (1932-1996) de Pierre Laroque, cofondateur de la sécurité sociale française*, Paris, comité d'histoire et association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 605 pages

LARTIGOT-HERVIER.L (2021), « Reconfigurations d'acteurs et politiques de protection sociale dans la crise », dans Patrick Hassenteufel et Sabine Saurugger, *Les politiques publiques dans la crise, 2008 et ses suites*, Presses de Sciences Po, pages 235 à 262

LASCOMBE.M, VANDENDRIESSCHE.X (2006), « La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et le contrôle des finances publiques », Ecole nationale d'aministration, *Revue française d'administration publique*, n°117, pages 131 à 148

LASCOUMES.P, LE GALES.P (2004), « Gouverner par les instruments », Paris, Presses de Sciences Po, 370 pages

LASSALE.J-P (2001), « De l'État administratif à l'État stratège », *Revue française des finances publiques*, n°76, pages

LAUDE.A, TABUTEAU.D (2016), « La loi de santé, regards sur la modernisation de notre système de santé », Rennes, Presses de l'EHESP, 479 pages

LE BODO.A, GRELIER.J-C (2021), « Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les agences régionales de santé », Paris, Assemblée nationale, n°4267, 174 pages

LE GALES.P, SCOTT.A (2008), « Une révolution bureaucratique britannique ? autonomie sans contrôle ou « free markets, more rules », *Revue française de sociologie*, 2008/2, vol.49, pages 301 à 330

LE GRAND.J (2002), « Markets, Hierarchies and Networks : Further Tales from the Bristish National Health Service, London School of Economics

LE PEN.C (2018), « Existe-t-il un « juste prix » du médicament ? » *Revue française des affaires sociales* 2018/3, pages 15 à 25

LECA.J (1996), « La gouvernance de la France sous la Vème République », dans François d'Arcy, Luc Rouban (dir), *de la Vème république à l'Europe, Hommage à Jean-Louis Quermonne*, Paris, Presses de Sciences Po, pages 329 à 366

LEFEBVRE.R (2005), « La proximité à distance. Typologie des interactions élus-citoyens », in LEFEBVRE.R et LE BART.C dir, *la proximité en politique* ; Rennes, Presses universitaires de Rennes, pages 103 à 127

LEQUET-SLAMA.D (2004), « Régulation des systèmes de santé : quelques expériences étrangères de réforme en Europe », *Revue d'économie financière*, n°76, pages 39 à 53

LEROY.M (2007), « Sociologie des finances publiques », Paris, La Découverte, 120 pages

LINDBLOM.C.E (1959), « The science of "muddling through" », *Public Administration Review*, 19, pages 79 à 88

LODGE.M, WEGRICH.K (2012), « Executive Politics in Time of Crisis », Basingstoke, Palgrave Macmillan, 330 pages

LOMBRAIL.P (2013), « Pour une stratégie nationale de santé qui ne se limite pas à l'optimisation des parcours de soins individuels », *Santé Publique*, 4 (Vol. 25), pages 385 à 388

LOPEZ.A (2010), « les agences régionales de santé (ARS), une question d'équilibres entre des objectifs différents et des mécanismes de régulation complémentaires, *Droit social*, n°5, pages 567 à 572

MAILLARD.J de, KUBLER.D (2015), « Analyser les politiques publiques », Presses universitaires de Grenoble, 258 pages

MARIE.R (2011), « Vers un basculement du système français de sécurité sociale dans le modèle beveridgien ? », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n° 4, p. 727 à 737

MARMOR T, R. FREEMAN.R, and OKMA.K (2005), « Comparative Perspectives and Policy Learning in the World of Health Care », *Journal of Comparative Policy Analysis*, pages 331 à 348.

MARTIN.C (2000), « Penser l'État providence et ses transformations en Europe », *Pole Sud*, n°12, pages 113 à 122

MAS. B, PIERRU.F, SMOLSKI.N, TORRIELLI.R, (2011), « L'hôpital en réanimation », éditions du croquant, 366 pages

MATLAND.R.E (1995), « Synthesizing the Implementation Littérature », *Journal of Public Administration Research and Theory*, (5)2, pages 145 à 175

MATT.JL (2001), « La sécurité sociale : organisation et financement », Paris, LGDJ, 230 pages

MENARD.J (2007), « Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour l'élaboration d'un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées », Rapport au Président de la République, Paris, 118 pages

MENY.Y, THOENIG.JC (1989), « Politiques publiques », Paris, PUF, 392 pages

MERRIEM.F-X (1998), « De la gouvernance et des États-providence contemporains », *Revue internationale des sciences sociales*, n°155, pages61 à 71

MERRIEM.F-X (1999), « La nouvelle gestion publique : un concept mythique », *Lien social et politiques*, n°41, pages 95 à 103

MINC.A (1994), « La France de l'an 2000 », Rapport au Premier ministre, Paris, Éditions Odile Jacob, 320 pages

MORAN.M (1995), « Three faces of the health state care », *Journal of Health Politics, policy and law*, 20/3, pages 767 à 781

MORAN.M (1999), « Governing the Health Care State : A comparative Study of the United States, United Kingdom and Germany, manchester, Manchester University press, 196 pages

MORELLE.A (1996), « La défaite de la santé publique », Flammarion, 396 pages

MOUSQUES.J (2011), « Le regroupement des professionnels de santé de premier recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? », *Revue française des affaires sociales*, (2), pages 253 à 275

MOYNIHAM.D (2008), « The Dynamics of Performance Management. Constructing Information and Reform », Georgetown University Press, 264 pages

MULLER.P (2003), « Les politiques publiques », Que sais-je ?, PUF, 126 pages

NORA.S NAOURI.J-C (1979) « Note sur le financement des dépenses de santé », Inspection générale des Finances, Paris,

NOUGUEZ.E (2013), « la fixation des prix des médicaments en France (1939-2012*)* », Paris, Congrès de l'Association française de science politique, 9-11 juillet

NOUGUEZ.E (2017), « Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France », Paris, les Presses de Sciences Po, 304 pages

NOUGUEZ.E, BENOIT.C (2017), « Gouverner par les prix : l'État et la fixation du prix des médicaments en France », *Revue française de sociologie*, vol. 58, n°3, pages 399 à 424

NOUGUEZ.E, BENOIT.C (2018), « De l'administration des prix à la régulation du marché : enjeux et modalités de la fixation des prix des médicaments en France depuis 1948 », *Revue française des affaires sociales*, 2018/3, pages 91 à 109

OCDE (1981), « The Welfare State in Crisis » Paris, 274 pages

OGIEN.A (1995), « L'esprit gestionnaire, une analyse de l'air du temps », Éditions de l'EHESS, 226 pages

OMRAN A.R (1971), « The epidemiologic transition A theory of the epidemiology of population change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, Volume 49(4), pages 509 à 538

PAJARES Y SANCHEZ.C, SAOUT.C (2017), « Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants », Conseil environnemental, économique, social et environnemental (CESE), Paris, 96 pages

PALIER.B (2002 a), « De la crise aux réformes de l'État-providence », *Revue française de sociologie*, 43-2, pages 243 à 275

PALIER.B (2002 b), « Gouverner la sécurité sociale », le lien social, PUF, 466 pages

PALIER.B (2003), Gouverner le changement des politiques sociales », in Pierre Favre, Jack Hayward et Yves Schemeil, *Être gouverné. Études en l'honneur de Jean Leca*, Presses de sciences po, pages 163 à 179

PALIER.B (2004), « Les instruments traceurs du changement. La politique des retraites en France », in Pierre Lascoumes et Patrick Le Gales, *Gouverner par les instruments*, Sciences Po les Presses, pages 273 à 300

PALIER.B (2006 a), »La politique des réformes dans les États providence bismarckiens », *Revue française des affaires sociales*, pages 51 à 80

PALIER.B (2008 a), « De la demande à l'offre, les réformes de la protection sociale en France », dans Anne-Marie Guillemard, *Où va la protection sociale en France ?*, PUF, pages 119 à 138

PALIER.B (2008 b), « De l'ambigüité en politique », dans Olivier Giraud et Philippe Warin *Politiques publiques et démocratie*, La Découverte/ PACTE, pages 93 à 107

PALIER.B (2009 a), « L'Europe et les États-providence », *Sociologie du travail*, vol 51, n°4, pages 518 à 535

PALIER.B (2009 b), « Un long adieu à Bismarck ? les évolutions de la protection sociale », dans Pepper.D.Culpepper, Peter.A.Hall et Bruno Palier, *la France en mutation 1980-2005*, Les Presses de Sciences Po, juin 2009, 476 pages

PALIER.B (2020), « La réforme des systèmes de santé », Paris, Que sais-je ? PUF, 126 pages

PALIER.B, BONOLI.G, (1995), « Entre Bismarck et Beveridge « Crises » de la sécurité sociale et politique(s) », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, 45ème année, n°4, pages 668 à 699

PALIER.B, BONOLI.G, (1999), « Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, n°3, pages 399 à 420

PALIER.B, CREPIN.C, DAUPHIN.S (2013), « Les défis de la protection sociale française dans un contexte d'européanisation », Caisse nationale d'allocations familiales, *Informations sociales*, n°175, pages 14 à 24

PARSONS.T (1969), « Politics and Social Structures ? » New-York, The Free press, 557 pages

PELLET.R (2006), « Les lois de financement de la sécurité sociale depuis la loi organique du 2 août 2005 », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Dalloz, pp.136 à 148, halshs-02236560

PELLET.R, SKZRYERBAK.A (2008), « Leçons de droit social et de droit de la santé », Sirey, 642 pages

PETERS.G DAHLSTROM.C PIERRE.J (2011), « Steering from the Center. Strengthening Political Control in Western Democraties », Toronto, University of Toronto, Press 2011, 288 pages

PHILIP.L (1997), « Nouvelles réflexions sur la nature et le devenir des lois de financement de la sécurité sociale », *Droit social*, septembre octobre, pages 782 à 787

PICQ.J (1994), « L'État en France. Servir une nation ouverte sur le monde », Rapport de la mission sur les responsabilités et l'organisation de l'État », Paris, 192 pages

PIERRU.F (1999), l'« hôpital-entreprise ». une *self-fulfilling prophecy* avortée », Politix, n°46, pages 7 à 47

PIERRU.F (2007), « Un mythe bien-fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°14, pages 73 à 83

PIERRU.F (2010), « Napoléon au pays du new public management. L'exemple de la « deconcentralisation » de la politique de santé », *Savoir/agir*, éditons du croquant, (1), n°11, pages 29 à 37

PIERRU.F (2011 a), « Budgétiser l'assurance maladie –Heurts et malheurs d'un instrument de maitrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976-2010) », in Philippe BEZES.P et Alexandre SINE.A, *Gouverner (par) les finances publiques*, Presses de Sciences Po, pages 395 à 449

PIERRU.F (2011 b), « La santé en fusions. L'accouchement des agences régionales de santé au forceps institutionnel », Communication au XIème congrès de l'association française de science politique, 20 pages

PIERRU.F (2012), « Les recompositions paradoxales de l'État sanitaire français. Transnationalisation, étatisation et individualisation des politique de santé », *Éducation et sociétés*, 2012/2, n°30, pages 107 à129

PIERRU.F (2012), « Planifier la santé, une illusion technocratique », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°37, pages 83 à 94

PIERRU.F (2020), « Agences régionales de santé : mission impossible », École nationale d'administration, *Revue française d'administration publique*, n°174, pages 385 à 403

PIERRU.F (2021), « Le grand chaudron du PLFSS », Global Media, *Les Tribunes de la santé*, n°67, pages 69 à 79

PIERRU.F (2022), « De la résilience des politiques publiques de santé françaises par temps de crise », dans Bernard Dolez, Anne-Claire Douillet, Julien Fretel, Remi Lefebvre *l'entreprise Macron à l'épreuve du pouvoir*, Presses universitaires de Grenoble, pages 261 à 273

PIERRU.F (2022), « Le « système de santé français » ou la réforme par la crise », dans Olivier Giraud et Gwennaelle Perrier, *Politiques sociales : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, pages 79 à 96

PIERRU.F, BUTON.F (2012), « Les dépolitisations de la santé », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°34, pages 51 à 70

PIERRU.F, ROLLAND.C (2016), « Bringing back the Health Care State Back In. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des agences régionales de santé », Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, (3), pages 483 à 506

PIERSON.P (1994), « Dismantling the Welfare State ? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment », Cambridge University Press, 213 pages

PIERSON.P (1996), « The New Politics of the Welfare State », World politics, 48, 1, pages 143 à 179

PIERSON.P (1998), « Irrestible Forces, Immovable Objects : Post-industrial Welfare States Confront Permanent Austerity », *Journal of European Public Policy* 5(4), pages 539 à 560

PIERSON.P (2000), « Increasing returns, path dependance and the study of politics », *American political science review,* 94, 2, pages 251 à 267

PIERSON.P (2001), « The New Politics of the Welfare State », Oxford, Oxford University Press, 530 pages

PIERSON.P (2002), « Coping with permanent austerity : welfare state resrtucturing in affluent democracies », *Revue française de sociologie*, 43-2, pages 396 à 406

PIERSON.P (2011) : « The welfare state over the very long run », *ZeS-Arbeitspapier*, No. 02/2011, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Bremen, 30 pages

PLANEL.M-P (2009), « le Parlement et les politiques de santé », dans Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville et Didier Tabuteau, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences Po, pages.369-377

PLANEL.M-P (2016), « Le pilotage des politiques de santé », dans Pascal Penaud, *Politiques sociales*, Les Presses de Sciences Po, Dalloz, 4ème édition, 1179 pages

PLANEL.M-P (2017), « le prix des médicaments en question(s) », Rennes, Presses de l'EHESP, 102 pages

PLANEL.M-P, VARNIER.F (2017), « Les fondements du virage ambulatoire », Rennes, Presses de l'EHESP, 235 pages

POLLIT.C (1984), « Manipulating the Machine, Changing the Pattern of Ministerial Departments 1960-1983, Londres, Allen&Unwin,

POLLIT.C, BOUKAERT.G (2004), « Public Management Reform. A comparative Analysis », Oxford, Oxfors University Press, 2eme edition, 345 pages

PRETOT.X (2004), « L'évolution des finances sociales. Quelques réflexions d'ordre économique, juridique et politique », *Revue française des finances publiques*, n°87, pages 129 à 145

RITTER.P (2008), Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS), présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, Paris, 63 pages

ROLLAND.C, SICOT.F (2012), « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical ou pouvoir néo-managérial », Presses de Sciences po, *Gouvernement et action publique*, n°3, pages 53 à 75

ROSANVALLON.P (1992), « la crise de l'État-providence », Paris, points Seuil, 183 pages

ROUSSET.G (2019) « La promotion de l'accès aux soins dans le plan « Ma santé 2022 » : entre innovation et timidité », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, janvier-février, n°1, pages 5 à 14

RUBIN.I (1997), « The Politics of Public Budgeting.Getting and Spending. Borrowing and Balancing » Chatham, Chatham House, 310 pages

RUELLAN.R (2002), « Rapport sur les relations entre l'État et l'assurance maladie », Groupe de travail de la Commission des comptes de la sécurité sociale, Paris, 24 pages

RUELLAN.R (2003), « Vers une réconciliation de la politique de santé et de l'assurance maladie », *Droit social*, n°4 avril 2003, pp 410-419

SAINT-LARY.O PLUS.I NAIDITCH.M (2011), « *Adhérer ou pas au CAPI : de quel clivage des généralistes le paiement à la performance est-il le révélateur ? »,* La Documentation française, Revue française des affaires sociales, (2), pages 180 à 209

SAINT-MARTIN.D (2021), « Les gardiens discordants de la discipline budgétaire : les ministères des Finances et les conséquences politiques de l'autonomie bureaucratique », dans Patrick Hassenteufel et Sabine Saurugger, *Les politiques publiques dans la crise, 2008 et ses suites*, Les Presses de Sciences Po, pages 235 à 262

SAOUT.C (2008), « Santé : changer de logiciel », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n° 19, pages 103 à 108

SAOUT.C (2019), « L'engagement des usagers en santé : un cours nouveau ? », La Documentation française, *Revue française des affaires sociales*, 3, pages 125 à 133

SAVAGE.J, SCHWARTZ.H (1998), « Cutback Budgeting », dans Roy T.Meyers, *Handbook of Government Budgeting*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, pages 529 à 547

SAVOIE.D (1996), « Budgeting and Management of Public Spending », Cheltenham, Edward Elgar, 416 pages

SCHICK.A (1986), « Macro-Budgetray Adaptations to Fiscal Stress in Industrialized Democracies », *Public Administration Review*, 46 (2), pages 124 à 134

SCHICK.A (1988), « Macro-Budgetray Adaptations to Fiscal Stress in Industrialized Democracies », *Public Administration Review*, 48 (1), pages 523 à 533

SCHLUDI.M (20025), « The reform of Bismarckian Pensions Systems : a Comparison of pension Politics in Austria, France, Germany, Italy and Sweden », Amsterdam University Press, 312 pages

SCHMID.A, CACACE.M, GOTZE.R, ROTHGANG.H (2010), Explaining Health Care System Change : Problem Pressure and the Emergence of « Hybrid » Health Care Systems », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol 35, n°4, pages 455 à 486

SCHARPF.F, SCHMIDT.V (2000), « Welfare and work in the open economy », vol1 : from vulnerability to competiveness, vol 2 : Diverse reponses to common challenges, Oxford, Oxford University press, 420 pages

SCHWEYER.F-X (2019), « Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelle : entre instrumentation et professionnalisation », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2019/1, pp 33 à 53

SCHWEYER.F-X, VEZINAT.N (2019), « Ecologie des maisons de santé pluriprofessionnelles : une gouvernance multi-niveaux », ESKA, *Journal de gestion et d'économie de la santé*, (1), pp 3 à 10

SERMET.C, PICHETTI.S (2012), « Une prescription sous influence(s) », *Après-demain*, n ° 22, pages 25 à 27

SIMONET.D (2008), « The New Public Management Theory and European Health-Care reforms », *Canadian Public Administration*, 51(4), pp617-635

SINE.A (2006), « L'ordre budgétaire. L'économie politique des dépenses de l'État », Paris, Economica, 405 pages

SOUAL.H (2017), « les dépenses de santé sur longue période », *Études et résultats*, Paris, Drees, n°1017, 6 pages

SOUBIE.R (1993), « Santé 2010. Équité et efficacité du système », Groupe de prospective du système de santé présidé par R.Soubie, La documentation française, 512 pages

SYKES.R, PALIER.B, PRIOR.P (2001), « « Globalization and European Welfare States : Challenges and Changes », Londres, Palgrave, 256 pages

TABUTEAU.D (2001 a), « la politique de santé : entre sécurité sociale et sécurité sanitaire », *Droit social*, n°2, pages 186 à 189

TABUTEAU.D (2001 b), « Les nouvelles ambitions de la politique de prévention », *Droit social*, n°12, pages 1085 à 1089

TABUTEAU.D (2003), « Les nouvelles frontières de l'assurance maladie », *Droit social*, n°1, pages 125 à 127

TABUTEAU.D (2004), « Les agences sanitaires : balkanisation d'une administration défaillante ou retour de l'État hygiéniste ? » Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, pages 34 à 46

TABUTEAU.D (2006), « Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 aout 2004 », *Droit social*, n°2 Février 2006, pages 200 à 205

TABUTEAU.D (2007), « La santé en quête de politique », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°14, pages 29 à 44

TABUTEAU.D (2009 a), « La politique de santé, des lois d'aout 2004 à la loi HPST », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°4, pages 595 à 609

TABUTEAU.D (2009 b), « Crises et réformes », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, (1), n°22, pages 19 à 40

TABUTEAU.D (2010), « Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, 2010/5, HS 1, pages 37 à 51

TABUTEAU.D (2010), « Loi de santé publique et politique de santé », *Santé publique*, n°2-vol22, pages 253 à 264

TABUTEAU.D (2011), « L'assurance maladie dans la tourmente économique (2007-2011) », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n° 32, pages 77 à 88

TABUTEAU.D (2012 a), « Le Parlement et la santé », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n° 34, pages 95 à 115

TABUTEAU.D (2012 b), « Santé et politique en France », ARSI, *Recherche en soins infirmiers*, n°109, pages 6 à 15

TABUTEAU.D (2013 a), « 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 1 vol 31, pages 53 à 67

TABUTEAU.D (2013 b), « Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé », Odile Jacob, 290 pages

TABUTEAU.D (2013 c), « Les pouvoirs de la santé ? la complexité d'un système en quête de régulation », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°41, pages 37 à 55

TABUTEAU.D (2016 c), « Sécurité sociale et politique de santé », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°50, pages 25 à 35

TABUTEAU.D (2016 d), « Une politique d'assurance maladie ambivalente », Presses de Sciences Po, *Les Tribunes de la santé*, n°53, pages 95 à 102

TABUTEAU.D (2016 a), « Politique de santé », dans Anne Laude et Didier Tabuteau, *La loi de santé, regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, pages 11 à 24

TABUTEAU.D (2016b), « Politique de santé », dans François Bourdillon, Gilles Brücker, Didier Tabuteau, *Traité de santé publique*, Paris, Ed Lavoisier, pages 273 à-278

TABUTEAU.D, (2017), « Les agences régionales de santé (ARS) : cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Dalloz, pages 1056 à 1064

TREPREAU.M (2009), « Les nouvelles relations entre l'État et l'assurance maladie : le cadre institutionnel de la politique de gestion du risque », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Novembre-Décembre 2009, pages 1100 à 1110

TREPREAU.M (2016), « Sur les instruments de régulation des dépenses de médicaments remboursés », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Janvier-Février 2016, pages 119 à 130

VALAT.B (2001), « Histoire de la sécurité sociale », Paris, Economica, 544 pages

TREPREAU.M-P, VARNIER.F (2017), « La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Dalloz, (4), pp 620 à 632

TREPREAU.M (2018), « La stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ? », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Volume 29, pages 389 à 401

VALLANCIEN.G (2006), « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France », *Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand,* Paris, Ministère de la Santé et des Solidarités, 77 pages

VAN ZANTEN.A (2006), « La construction des politiques d'éducation. De la centralisation à la délégation au local », dans Pepper Culpepper, Peter Hall, Bruno Palier, *La France en mutation 1980-2005*, Les Presses de Sciences Po, pages 229 à 263

VANLERENBERGHE J-M (2015 a), « Malgré le poids inédit des prélèvements, une réduction limitée des déficits sociaux en 2014 ? » *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales,* Sénat, n° 580, 83 pages

VANLERENBERGHE J-M (2015 b), « La situation des maternités en France », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales,* Sénat, n° 243, 220 pages

VANLERENBERGHE J-M (2016 a), « Organisation et financement de la médecine de ville en Allemagne », *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 867, 23 pages

VANLERENBERGHE J-M (2016 b), « Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé », *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 668, 62 pages

VANLERENBERGHE J-M (2016 c), « L'équilibre des comptes sociaux : un objectif fragilisé par les dépenses nouvelles », *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, n° 740, 60 pages

VANLERENBERGHE J-M (2017), « Un impératif : l'équilibre des comptes sociaux », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n°635, 62 pages

VANLERENBERGHE J-M (2018), « Des comptes sociaux en équilibre instable ? » *Rapport d'information au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur la situation des finances sociales*, Sénat, *n° 627* 75 pages

VANLERENBERGHE J-M (2019), « Sécurité sociale : le retour à l'équilibre se dérobe », *Rapport d'information, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 661, 111 pages

VASSELLE.A (2010), « Finances sociales : un automne décisif », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales,* Sénat, n° 615 130 pages

VASSELLE.A (2011), « Finances sociales : redoubler d'efforts », *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*, Sénat, n° 704, , 98 pages

VASSELLE.A, CAZEAU.B (2006), « La dette sociale : mieux la connaître pour mieux l'affronter », R*apport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des Affaires sociales sur la dette sociale*, Sénat, n°345, 75 pages

VASSELLE.A, CAZEAU.B (2008), « Ouvrir la couverture maladie au secteur privé : l'expérience néerlandaise », *Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales*, n° 471 (2007-2008), 48 pages

VEZINAT.N (2021), « La fédération des maisons de santé comme adjuvant des pouvoirs publics. Un positionnement construit lors des contestations de la loi Touraine en 2015 », La Découverte, *Revue française de socio-économie*, (1), n°26, pages 87 à 106

VIGOUR.C (2011), « Choix politique et inertie des dépenses – l'augmentation et les efforts de maitrise du budget de la justice (1980- 2010) », dans Philippe Bezes et Alexandre Siné, *Gouverner (par) les finances publiques*, Presses de Sciences Po, pages 451 à 489

VINCENT.F ; JUVEN.P-A (2021), « De Charybde en Scylla : l'hôpital au gré des crises », *Savoir agir*, Éditions du croquant, (2) n°56, pages 11 à 20

WILDAVSKY.A (1966), « The Political Economy of Efficency », *Public Administration review*, Vol 26, n°4, pp 298-302

WILDAVSKY.A (1975), « Budgeting : A Comparative Theory Of Budgetary Processes », Boston, Little Brown, 232 pages

WILDAVSKY.A (1979), « The Politics of the Budgetary Process », Boston, Little Brown, 2ème ed, 271 pages

ZITTOUN.P (2013), « La fabrique politique des politiques publiques », Les Presses de Sciences Po, 339 pages

RESUMÉ(S)

Gouverner par les finances sociales : les influences de la LFSS sur la (re)configuration du système de de santé

L'État providence est confronté à de profondes recompositions. Les dynamiques de changement qui peuvent être identifiées ne présagent cependant pas de la fin de toute influence étatique. Ce retour de l'État s'accompagne d'un renouveau des processus de définition des objectifs de l'action publique. Ces travaux insistent sur le fait que le maintien des capacités d'action de l'État passe par un renouvellement des répertoires d'action étatique. Notre travail s'inscrit dans cette perspective qui insiste sur le maintien de l'influence étatique, voire son accroissement dans certains secteurs mais soutient qu'une partie de ces recompositions s'appuie non pas sur de nouveaux modes d'action mais plutôt sur une radicalisation des répertoires historiquement utilisés par l'État pour piloter les politiques publiques, répertoires qui sont importées progressivement dans le secteur de la santé dont l'organisation avait été historiquement laissée aux médecins, à l'assurance maladie et aux collectivités locales. La discussion de cette hypothèse repose sur l'analyse de l'influence des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) sur la (re)configuration du système de santé.

Nous devons partir du constat selon lequel l'analyse des questions budgétaires n'a tenu qu'une place secondaire dans l'analyse des politiques publiques durant de nombreuses années. Un renouveau de ces études est perceptible à compter de la fin des années 1990. Ces travaux permettent d'analyser le rôle des finances publiques comme instrument de l'exercice du pouvoir et comme moyen d'action publique. Selon A. Siné (2006), le Gouvernement des finances publiques est porteur de deux perspectives. La première est celle du processus de fabrication des lois budgétaires. « Il s'agit alors d'analyser l'ensemble du processus budgétaire et de considérer la spécificité des jeux qui s'y déroulent, engageant le Parlement, les commissions des finances, l'exécutif » (Bezes, Siné 2011). La seconde est celle des politiques de contrainte, « c'est-à-dire la manière dont se développent historiquement et s'exercent en période de crise budgétaire et/ou de politiques économiques faisant le choix de contracter les dépenses publiques » (Bezes, Siné 2011).

Cette grille d'analyse peut être transposée dans le champ des finances sociales, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) jouant le rôle des lois de finances.

Reposant sur une idée simple mais forte celle de l'enveloppe globale, la LFSS se propose de se substituer aux actions de baisse des prestations et hausse des recettes qui caractérisent les plans de redressement des comptes successifs.

De façon générale ces analyses ne portent que peu sur l'influence de la LFSS sur la (re)configuration du système de santé. Il s'agit maintenant de préciser notre démarche de recherche.

En premier lieu, nous poserons l'hypothèse qu'à compter du début des années 1990, la politique de retranchement menée par les pouvoirs publics ne porte plus principalement sur le niveau des prestations, ni sur l'apport de nouveaux financements mais sur l'encadrement de la rémunération des offreurs de soins.

En second lieu, nous essayerons de montrer que la création des LFSS institutionnalise la politique de contrainte budgétaire et que cet instrument est conçu pour mener une politique de régulation de l'offre.

Troisièmement nous voudrions montrer comment la création de la LFSS a ouvert une réflexion sur les modalités d'élaboration d'une politique globale de santé qui relève de la compétence de l'Etat. Et comment cette politique de santé permet de faire

émerger un processus de reconfiguration du système de santé porté par des valeurs apparemment non budgétaires et pourtant au service de la politique de contrainte.

Governing by Social Finances: Influences of the LFSS on the Recalibration of the Health System

The welfare state is facing profound changes. The dynamics of change that can be identified do not, however, presage the end of all state influence. This return of the state is accompanied by a renewal of the processes for defining the objectives of public action. These studies insist on the fact that maintaining the State's capacity for action requires a renewal of the repertoires of State action. Our work is in line with this perspective, which insists on the maintenance of state influence, and even its increase in certain sectors, but maintains that part of these recompositions is based not on new modes of action, but rather on a radicalization of the repertoires historically used by the state to steer public policies, repertoires that are being progressively imported into the health sector, the organization of which had historically been left to doctors, health insurance and local authorities. The discussion of this hypothesis is based on an analysis of the influence of social security financing laws (LFSS) on the (re)configuration of the health system.

We have to start from the observation that the analysis of budgetary issues has held only a secondary place in public policy analysis for many years. A revival of these studies has been perceptible since the end of the 1990's. This work makes it possible to analyze the role of public finances as an instrument for the exercise of power and as a means of public action. According to A. Siné (2006), the government of public finances has two perspectives. The first is that of the process of making budgetary laws. "It is a question of analyzing the entire budgetary process and considering the specificity of the games that take place there, involving Parliament, the finance committees, the executive, "the dedicated administrations, and the control or expert bodies" (Bezes, Siné 2011). The second is that of constraint policies, "that is, the way in which restrictive measures or budget cuts are historically developed and exercised in periods of budgetary crisis and/or economic policies that choose to contract public spending" (Bezes, Siné 2011). This perspective echoes many works.

This analytical framework can be transposed to the field of social finance, with the Social Security Financing Acts (LFSS) playing the role of finance acts.

Based on the simple but powerful idea of a global envelope, the LFSS is intended to replace the actions of reducing benefits and increasing revenues that characterize the successive plans to redress the accounts.

In general, these analyses do not address the influence of the LFSS on the (re)configuration of the health system. We will now specify our research approach.

Firstly, we shall assume that, from the beginning of the 1990s, the politics of retrenchment pursued by the public authorities no longer relates mainly to the level of benefits, nor to the provision of new funding, but to the regulation of the remuneration of health care providers.

Secondly, we will try to show that the creation of the LFSS institutionalizes the policy of budgetary constraint and that this instrument is designed to conduct a policy of supply regulation.

Thirdly, we would like to show how the creation of the LFSS has opened a reflection on the modalities of elaboration of a global health policy that falls within the competence of the State. And how this health politicy allows a process of reconfiguration of the health system to emerge, driven by apparently non-budgetary values and yet serving the politics of retrenchment.

UNIVERSITE PARIS-EST
École doctorale Organisations, Marchés, Institutions (OMI)

DOCTORAT EN SCIENCE POLITIQUE
Thèse sur travaux
PLANEL Maurice-Pierre

Gouverner par les finances sociales : les influences de la LFSS sur la (re)configuration du système de santé

Thèse sur travaux dirigée par Monsieur Yves Palau,
Professeur de science politique à l'université Paris-Est Créteil
Tome 2 : dossier de candidature

Soutenue le 15 décembre 2022

Jury :

Madame Anne-Claire Dufour, Maitresse de Conférences en droit public à l'Université de Nantes

Monsieur Fabrice Hamelin, Maître de Conférences en science politique à l'Université de Paris-Est Créteil

Monsieur Patrick Hassenteufel, Professeur de science politique à l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, Rapporteur

Madame Anne-Sophie Ginon, Professeur de droit privé à l'Université de Nice Côte d'Azur, Présidente

Monsieur Pierre Vercauteren, Professeur de science politique à l'Université catholique de Louvain-Mons, Rapporteur

SOMMAIRE

Pages

SOMMAIRE **68**

PREMIERE PARTIE: CURRICULUM VITAE ET PUBLICATIONS **71**

I. CURRICULUM VITAE **72**

II. PUBLICATIONS **76**

A. OUVRAGES 76

B. ARTICLES DE REVUES 77

C. CHAPITRES D'OUVRAGES 80

D. PARTICIPATION À DES MANIFESTATIONS/RECHERCHES ORGANISÉES PAR LE LARGOTEC 81

E. AUTRES INTERVENTION(S) 81

F. ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENTS 81

DEUXIEME PARTIE : NOTE PRÉSENTANT LES TRAVAUX DE RECHERCHE **83**

VERS UN RENFORCEMENT DU RÔLE DE L'ETAT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ? **85**

A. LA REFONTE DE LA GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE COMME INSTRUMENT DE CONQUÊTE DE NOUVELLES COMPÉTENCES ÉTATIQUES 87

1. Une nouvelle gouvernance financière axée sur la maitrise de la dépense *88*

a) Un instrument de renforcement de la capacité d'intervention de l'Etat en matière de maitrise de la dépense 89

b) l'impact des LFSS sur la gouvernance du système de santé 91

2. Le meccano institutionnel comme instrument de conquête de nouvelles compétences et d'un renforcement du rôle de l'Etat *93*

a) la création des agences nationales 94

b) L'intégration institutionnelle pour aller vers la construction d'un échelon régional des politiques de santé 96

c) Conclusion 99

B. UNE RÉFORME DE LA GOUVERNANCE À LA RECHERCHE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ UNIFIÉE FONDÉE SUR LES INSTRUMENTS DE PILOTAGE PAR LA PERFORMANCE (CONTRACTUALISATION, INDICATEURS, OBJECTIFS) 100

1. Un meccano institutionnel qui renforce le rôle de l'Etat dans la gouvernance des politiques sectorielles *101*
a) Le nouveau pilotage de la gestion du risque 102
b) L'implication de l'Etat dans l'élaboration d'un système national d'innovation 104
2. Un cadre nouveau pour conduire une politique de santé globalisante *109*
a) Un cadre pour une politique de santé globalisante 109
b) La SNS doit associer les acteurs et donner une vision cohérente des enjeux à relever pour transformer le système de santé 111
c) Conclusion 114

TROISIEME PARTIE : PUBLICATIONS JOINTES AU DOSSIER 119

LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ : UN INSTRUMENT DISRUPTIF DE MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ? 121

LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ SE NOURRIT-ELLE DE L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE ? 143

LES NOUVELLES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET L'ASSURANCE MALADIE : LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE 167

LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE AU SERVICE DE LA MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ (1) 185

LA PARTICIPATION DE L'UNOCAM AUX NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES 207

L'ONDAM PEUT-IL S'IMPOSER COMME OUTIL DE RÉGULATION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE ? 227

PREMIERE PARTIE: CURRICULUM VITAE ET PUBLICATIONS

I. CURRICULUM VITAE

Maurice-Pierre PLANEL
Né le 10 janvier 1965
Marié, 3 enfants
06 15 16 27 70
maurice-pierre.planel@sante.gouv.fr
11 rue Monge - 92 800 PUTEAUX

ADMINISTRATEUR DES SERVICES DU SENAT

PLUS DE 20 ANS D'EXPERIENCE DANS LE SECTEUR DE LA SANTE ET DE LA SECURITE SOCIALE

- Connaissance approfondie du secteur de la santé, de l'autonomie et de leurs acteurs (postes occupés : commission des affaires sociales du Sénat, Igas, cabinets ministériels, CEPS, Direction générale de la santé)
- Capacité à projeter son action dans le long terme (tant du point de vue des politiques publiques que sur le plan organisationnel)
- Forte expérience de dossiers sensibles et complexes (capacité de négociation et de synthèse, capacité d'organisation)
- Bonne connaissance du travail parlementaire (à la fois du côté du législatif et de l'exécutif)
- Pas de liens d'intérêts : déclaration publique régulièrement mise à jour depuis 2013, déclaration de situation patrimoniale déposée à la HATVP
- Collaboration fréquente avec les directions du ministère des affaires sociales et de la santé tout comme avec les opérateurs (ANSM, Cnam, CNSA, EFS, Inca notamment)

Sénat
(Administrateur principal, depuis le 1er février 2022)

– **Affecté au service de la commission des affaires sociales en charge du pôle autonomie**

✓ En charge des secteurs de l'autonomie, des personnes âgées, des personnes handicapées, des dispositifs d'accueil et d'hébergement. (rédaction de rapports législatifs et d'information : PLFSS, PLF et projets de loi relatifs à l'autonomie, relations avec les élus et les acteurs du secteur autonomie, en charge du secrétariat de la commission d'enquête Orpea)

Directeur général adjoint de la Santé (nommé lors du conseil des ministres du 17 juillet 2019 jusqu'au 31 janvier 2022)

- ✓ Définir et mettre en œuvre la politique de santé publique (à travers des plans sectoriels)
- ✓ Animer le comité dans sa dimension interministérielle la politique de santé (environnement, alimentation, etc..) ;
- ✓ Piloter les opérateurs de l'Etat dans le champ e la santé (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- ✓ , Agence nationale de sécurité du médicament, établissement français du sang, Institut national de la transfusion sanguine, Agence nationale de santé publique)
- ✓ Gestion de crise(s)

Président du Comité économique des produits de santé (depuis décembre 2015)

- ✓ Définir et mettre en œuvre la stratégie du comité pour atteindre les objectifs fixés par les Pouvoirs Publics
- ✓ Animer le comité dans sa dimension interministérielle et les relations avec les autres structures en charge des produits de santé (ANSM, HAS)
- ✓ Négocier avec les acteurs industriels (fixation et révision des prix, accords-cadres)
- ✓ Favoriser le bon déroulement de la vie conventionnelle tant avec les industriels qu'avec les associations de patients (ex signature du premier accord-cadre entre le CEPS et les associations de patients)
- ✓ Organiser une veille stratégique (à la fois dans le champ législatif et dans le champ de l'innovation)
- ✓ Manager les agents (21 ETP), accompagner la structuration et assurer le fonctionnement du secrétariat général du CEPS (SGCEPS) : développement du rôle d'instruction des dossiers, refonte du système d'information)
- ✓ Rédiger des notes pour présenter l'actualité des dossiers instruits par le CEPS et alerter les autorités de tutelle sur les évolutions en cours (ex : problématique de la gestion de l'innovation)

<u>Résultats</u> :

- 3 milliards d'économies en 2019 correspondant aux objectifs fixés par le Gouvernement
- Faire arriver les nouveaux traitements sur le marché (oncologie)
- Structuration des équipes et montée en compétences du CEPS permettant une réduction des délais de traitement des dossiers (98 dossiers traités en moyenne sur 1 an)

- ✓ Atteindre les objectifs fixes en matière d'économies et de respect des délais (le Gouvernement m'avait demandé de mettre en oeuvre un plan de réduction des délais d'instruction dans le secteur des dispositifs médicaux et de conclure, en application des décisions du conseil stratégique des industries de santé, un accord sur le décompte des délais dans le secteur du médicament

Cabinet de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé (Mme Marisol Touraine)
Conseiller produits de santé (décembre 2013 - décembre 2015)

- ✓ Préparation et suivi des textes législatifs (PLFSS, PLF, réglementation communautaire, projet de loi de modernisation de notre système de santé)
- ✓ Suivi de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (ex : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)
- ✓ Suivi des dossiers en interministériel et avec les directions d'administration centrale (Hépatite C, retrait de produit pour des raisons de sécurité, projet de réforme des modalités d'évaluation des médicaments)

Cabinet de la Ministre déléguée chargé de la Famille (Mme Dominique Bertinotti)
Conseiller prestations et services aux familles (mai 2012 - novembre 2013)

- ✓ Suivi de la négociation de la Convention d'objectifs de gestion (COG) 2013-2017 entre l'Etat et la Caisse nationale d'allocations familiales (création de place d'accueil du jeune enfant, financement de la réforme des rythmes scolaires, dématérialisation de l'instruction des dossiers, simplification des procédures)
- ✓ Réformes des prestations familiales (juin 2013)
- ✓ Suivi des dossiers en interministériel et avec les directions d'administration centrale (simplification)
- ✓ Relations avec les associations d'élus locaux (AMF, ADF) et le réseau de la Cnaf
- ✓ Organisation d'une consultation citoyenne

Mis à disposition de l'Igas pour exercer les fonctions d'inspecteur (avril 2011 - mai 2012)

- ✓ Rédaction de rapports, nouvelles approches des métiers du contrôle, de l'évaluation et de l'audit

Sénat
(grade : administrateur principal, période d'activité : octobre 1990 - avril 2011)

- **Affecté au service des collectivités territoriales, membre du secrétariat de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation (février 2009 - mars 2011)**

- ✓ En charge des aspects sociaux de la décentralisation (financement de l'action

sociale, action des acteurs locaux en matière de santé), relations avec les élus locaux et nationaux, rédaction de notes et de rapports

– **Affecté au service de la commission des affaires sociales en charge du pôle assurance maladie - santé (février 2003 - janvier 2009)**

✓ En charge des secteurs de l'assurance maladie et de la santé (rédaction de rapports législatifs et d'information : PLFSS, PLF et projets de loi relatifs à la santé ou l'assurance maladie, relations avec les élus et les acteurs du système de santé)

– **Affecté au service de l'informatique et des technologies nouvelles comme chef de bureau (avril 1998 - janvier 2003)**

✓ Management de l'équipe en charge des achats, de la maintenance informatique et des applications documentaires (commande publique, sécurité informatique, base de données)

– **Affecté au secrétariat de l'Office parlementaire d'Evaluation des Choix scientifiques et Technologiques (octobre 1990-mars 1998)**

✓ Rédaction de rapports (bioéthique, sureté nucléaire), organisation et suivi des missions de l'office

Association PARIS 89 (célébration du bicentenaire de la Révolution Française)

– **Chargé de mission (janvier 1989, février 1990) auprès de l'association Paris 89),** dont l'objectif était de faire participer 10 000 jeunes du monde entier au bicentenaire de la Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen (point d'orgue : concert inaugural au pied de la Grande Arche de la Défense)

✓ Organisation logistique (logement, déplacement, financement, relations avec les pouvoirs publics)

FORMATION----------

1999 DESS Administration locale (Université Paris XII)
1988 Maitrise de droit public (Université de Nice)

II. PUBLICATIONS

Avertissement : le candidat est fonctionnaire du Sénat en détachement au ministère de la santé. Le Sénat a retenu une conception très large de la notion d'obligation de réserve applicable aux fonctionnaires parlementaires, justifiée par leur collaboration avec des élus de toute obédience. En conséquence, l'administration du Sénat demande à ses agents soit de faire valider leurs publications par leur hiérarchie, soit de publier sous pseudonyme. C'est cette deuxième solution que j'ai choisi en publiant sous le pseudonyme de Maurice Trepreau avant de m'émanciper progressivement de cette contrainte en publiant sous mon nom.

A. OUVRAGES

Auteurs : PLANEL (Maurice-Pierre) ; VARNIER (Fréderic)
Titre : **Les fondements du virage ambulatoire**
Presses de l'EHESP
Juin 2017
235 Pages
ISBN 978-2-8109-0577-5

Auteur : PLANEL (Maurice-Pierre)
Titre : **Le prix des médicaments en question(s)**
Presses de l'EHESP
Octobre 2017
104 Pages
ISBN 978-2-8109-0598-0

Auteurs : GUEGAN Magali ; PLANEL (Maurice-Pierre)
Titre : **Santé : la transparence en question(s)**
Presses de l'EHESP
Mars 2018
109 Pages
ISBN 978-2-8109-0675-8

Auteurs : FERRAS (Benjamin) ; PLANEL (Maurice-Pierre)
Titre : **Assurance maladie en question(s)**
Presses de l'EHESP
Mai 2019
122 pages
ISBN 978-2-8109-0768-7

B. ARTICLES DE REVUES

Auteur : TREPREAU (Maurice)
Titre : **La stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé ?**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Juillet 2018
Volume 29
ISSN 0245-9469
Pages 389-401

Auteur : TREPREAU (Maurice)
Titre : **La transformation du système de santé se nourrit-elle de l'innovation organisationnelle ?**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Septembre-octobre 2018
Fascicule 5
ISSN 0245-9469
Pages 862-876

Auteur : TREPREAU (Maurice)
Titre : **Les nouvelles relations entre l'Etat et l'assurance maladie : le cadre institutionnel de la politique de gestion du risque**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Novembre-décembre 2009
Volume, fascicule 6
ISSN 0245-9469
Pages 1100-1110

Auteur : TREPREAU (Maurice)
Titre : **sur les instruments de régulation des dépenses de médicaments remboursés**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Janvier-Février 2016
Volume, fascicule 1
ISSN 0245-9469
Pages 119-130

Auteurs : GINON (Anne-Sophie), TREPREAU (Maurice)
Titre : **L'Ondam peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie ?**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Novembre-décembre 2008
Volume, fascicule 6
ISSN 0245-9469
Pages 1096-1109

Auteurs : TREPREAU (Maurice) ; VARNIER (Frédéric)
Titre : **la coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Juillet-Aout 2016
Volume, fascicule 4
ISSN 0245-9469
Pages 620-632

Auteurs : GINON (Anne-Sophie), TREPREAU (Maurice)
Titre : **La participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Janvier-février 2011
Volume, fascicule 1
ISSN 0245-9469
Pages 105-115

Auteur : TREPREAU (Maurice)
Titre : **La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie**
Périodique : REGARDS SUR L'ACTUALITE
Octobre 2004
Volume, fascicule 304
ISSN 0337-7091
Pages 17-30

Auteur : TREPREAU (Maurice)
Titre : **La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique**.
Périodique : REGARDS SUR L'ACTUALITE
Février 2005
Volume, fascicule 308
ISSN 0337-7091
Pages 79-92

Auteur : TREPREAU (Maurice), Chercheur associé au LARGOTEC (JE 2474, Université Paris 12)
Titre : **Les valeurs du Service public de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie. Perceptions et appropriation des acteurs gestionnaires**.
Périodique : REGARDS (En3s) n°34
Juillet 2008
ISSN 0988-6982
Pages 108-118

Auteur : TREPREAU Maurice, chercheur associé au Largotec (EA 4688, Université Paris Est)
Titre : **Un PLFSS 2010 à la hauteur des enjeux ?**
Périodique : REGARDS (En3s) n°39
Janvier 2010
ISSN 0988-6982
Pages 201-213

Auteur : TREPREAU Maurice, chercheur associé au Largotec (EA 4688, Université Paris Est)
Titre : **PLFSS 2011 : la promo 1996 à l'honneur**
Périodique : REGARDS (En3s) n°39
Janvier 2011
ISSN 0988-6982
Pages 169-184

Auteur : TREPREAU Maurice, chercheur associé au Largotec (EA 4688, Université Paris Est)
Titre : **PLFSS 2012 : Une impression de cafouillage pour conclure une législature placée sous le signe de la dégradation des comptes**
Périodique : REGARDS (En3s) n°41
Janvier 2012
ISSN 0988-6982
Pages 254-266

Auteur : TRÉPREAU (Maurice),
Titre : **« Revaloriser et améliorer l'APA à domicile** »,
Périodique : revue générale de droit médical
n° 59, juin 2016, p. 173-186.

Auteurs : TREPREAU (Maurice)
Titre : **La prévention de conflits d'intérêts dans le domaine de la santé**
Périodique : REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL
Novembre-décembre 2016
Volume, fascicule 6
ISSN 0245-9469
Pages 1116-1128

Auteur : PLANEL (Maurice-Pierre)
Titre : **Les enjeux de la fixation des prix des médicaments innovants**
Périodique : JOURNAL INTERNATIONAL DE BIOETHIQUE ET D'ETHIQUE DES SCIENCES
Mai-Juin 2018
Volume, fascicule 3
ISSN 0245-9469
Pages 15-33

Auteur(s) LEGAL (Renaud), MP PLANEL (Maurice-Pierre)
Titre : Avant-propos, Dossier thématique : Fixer le prix des médicaments : enjeux, outils, défis et prospective »
Périodique : REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2018/3 | pages 5 à 14
ISSN 0035-2985

Auteur(s) BENAMOUZIG (Daniel), MP PLANEL (Maurice-Pierre)
Titre : Avant-propos, Dossier thématique : Sécurité sanitaire et réactions au Covid-19 »
Périodique : REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES
2021/2 | pages 7 à 12
ISSN 0035-2985

Ces articles ont été publiés dans des revues qui ne comportent pas de comité de lecture au sens strict du terme. Toutefois, ces publications ont fait l'objet de validation par le directeur de la revue et au moins un membre du comité de rédaction. A titre d'illustration, la Revue de Droit Sanitaire et Social, publiée par Dalloz, est dirigée par Michel Borgetto, Professeur à Paris 2 et comporte un comité de rédaction de 18 membres (dont 17 universitaires).

C. CHAPITRES D'OUVRAGES

Auteur : PLANEL (Maurice-Pierre)
Titre : 38. **Le Parlement et les politiques de santé**
Ouvrage : Traité d'économie et de gestion de la santé, juin 2009
Dir : Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville, Didier Tabuteau
PARTIE 6 | LA GOUVERNANCE ET LES ACTEURS
Science po les presses

Auteur : PLANEL (Maurice-Pierre)
Chapitres 28, 30 et 31
Ouvrage : **Politiques sociales** (4ème édition), juin 2016
Dir : Pascal PENAUD
Collection Amphi
Science po les presses/Dalloz

Les ouvrages publiés aux presses de l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) ont fait l'objet de relecture par un enseignant de l'EHESP désigné par l'éditeur. Les chapitres d'ouvrages publiés aux presses de Science po et chez Dalloz ont fait l'objet de relecture de la part des directeurs de l'ouvrage.

D. PARTICIPATION À DES MANIFESTATIONS/RECHERCHES ORGANISÉES PAR LE LARGOTEC

Journée de recherche Largotec/EN3S
19 septembre 2006
Les directeurs de caisse d'assurance maladie : vers la constitution d'une nouvelle élite ?
Présentation des résultats de l'enquête sur les directeurs de caisse d'assurance maladie

Séminaire Regimen : « La gouvernance des sociétés contemporaines au regard des mutations de la normativité »
Samedi 15 décembre2007 : 11h30-12h15 : communications
« Gouvernance ou efficience du système d'assurance maladie », Maurice Pierre PLANEL,
LARGOTEC, Université de Paris XII "

Journée de recherche Largotec/EN3S
14 janvier 2008
Les valeurs du service de la sécurité sociale et de l'assurance maladie : perceptions et dynamiques d'appropriation des acteurs gestionnaires
Présentation des résultats de l'enquête auprès des directeurs de caisse d'assurance maladie

E. AUTRES INTERVENTION(S)

Chaire Gouvernance et Régulation, Université Paris-Dauphine
13 décembre 2018
Prix du médicament

Les entretiens du Conseil d'Etat en droit social (organisés par les sections sociale et du rapport et des études du Conseil d'Etat)
1er février 2019
La régulation économique de la santé
Table ronde n°1 : la régulation économique des produits de santé

F. ACTIVITÉS D'ENSEIGNEMENTS

2021-2022

Préparation à l'épreuve de questions sociales du concours de l'ENA/EN3S et de l'EHESP, Direction d'études, Sciences Po Paris, école d'affaires publiques, préparation aux concours administratifs français

M1 politiques publiques, parcours politiques de santé et risques environnementaux (acteurs et système de santé ; politique de santé et risques environnementaux), Ecole internationale d'études politiques, Université Paris-Est

2018-2019, 2019-2020

Préparation à l'épreuve de questions sociales du concours de l'ENA/EN3S et de l'EHESP
Direction d'études
Sciences Po, école d'affaires publiques, préparation aux concours administratifs français

2015-2016, 2016-2017, 2017-2018

Préparation à l'épreuve de questions sociales du concours de l'ENA/EN3S et de l'EHESP
Conférence méthodologique
Sciences Po, école d'affaires publiques, préparation aux concours administratifs français

Années antérieures
Préparation à l'épreuve de questions sociales du concours de l'EN3S, 2007-2011, UPEC
Intervention dans la M2 Droit de la santé et de la sécurité sociale, 2007-2010, Université Paris X

DEUXIEME PARTIE : NOTE PRÉSENTANT LES TRAVAUX DE RECHERCHE

VERS UN RENFORCEMENT DU RÔLE DE L'ETAT DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Le champ de recherche que je parcours, individuellement ou collectivement s'inscrit dans celui de l'analyse des politiques publiques, et plus spécifiquement celui des transformations de la politique de santé (Bergeron, Castel, 2014, Jobert 1985). J'ai consacré plusieurs articles, ou ouvrages, à ces évolutions depuis la première moitié des années 2000.

Ils visent à analyser les réformes régulières dont ont fait l'objet les politiques de santé depuis la fin des années 1990 (plan Juppé 1996[1]). Ces réformes ont eu pour objectif la maitrise les dépenses, la prise en compte du développement de politiques porteuses d'ambitions alternatives à celles des politiques curatives (prévention, sécurité sanitaire) ou des contraintes de la transition épidémiologique (vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques).

Les travaux d'analyse de ces évolutions ont souvent mis l'accent sur l'évidement de l'Etat, sa banalisation dans les configurations d'acteurs gouvernant l'action publique ainsi que le recours à des principes marchands (Bezes, 2005, 2008, Birnbaum 1985, Hassenteufel 2008).

Cette approche repose sur une analyse des effets de la nouvelle gestion publique (Merrien 1999) sur l'organisation de l'Etat et d'une évolution organisationnelle sous-tendue par trois principes : la séparation des fonctions de stratégie et de pilotage d'avec les fonctions d'exécution, la fragmentation des

[1] *Sous le vocable de plan Juppé, peuvent regrouper la création des lois de financement de la sécurité sociale par la loi constitutionnelle et la loi organique ainsi que 5 ordonnances portant sur la régulation des dépenses et l'organisation de l'assurance maladie. la loi constitutionnelle ° 96-138 du 22 février 1996 permettant au Parlement de voter chaque année une loi de financement de la Sécurité sociale, la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale, l'ordonnance 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, l'ordonnance 96-51 du 24 janvier 1996 relative au rééquilibrage des comptes de la Sécurité sociale, l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 relative à l'organisation de la Sécurité sociale, l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Pour une présentation synthétique de chaque texte : https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/plans-de-reforme-de-l-assurance-maladie-en-france.pdf*

grandes bureaucraties verticales en entités administratives conçues autour de politiques publiques (agencification) ; le développement de nouveaux instruments pesant sur les définition des priorités et sur les dispositifs de suivi afin de permettre à l'Etat de piloter à distance.

Partiellement à rebours de ces analyses, nos recherches montrent, d'une part, que les réformes de la gouvernance du système de santé ne sont pas réductibles à un désengagement de l'Etat et à une marchandisation du secteur (Pierru, Rolland, 2016) mais ont aussi pour objectif de réarmer l'Etat (renforcement des *State capacities*) et d'en faire l'acteur majeur de ces politiques et, d'autre part, comment ces réformes poursuivent l'objectif de bâtir une politique publique nouvelle : la politique de santé.

Notre analyse s'appuie sur la notion de gouvernance (Chevallier 2003, Epstein 2013, Gaudin 1998) qui permet de rendre compte des transformations de l'action publique ainsi que des transformations du rôle de l'Etat. Cette notion met l'accent sur le caractère moins hiérarchisé de l'action publique et donc sur la perte de centralité de l'Etat. Appliquée à l'analyse du système de santé, elle suggère l'idée que si le pilotage du système de santé est fondé sur la négociation entre une multiplicité d'acteurs, l'Etat a développé des instruments de pilotage « à distance » adaptés à cette nouvelle organisation et renforcé sa position par rapport à la situation antérieure.

Le recours aux instruments appartenant au répertoire de la nouvelle gestion publique s'il est réel procéderait donc de cet effort de l'Etat de bâtir et piloter un système global en intégrant des systèmes d'action fragmentés, héritage de l'histoire du secteur et de ses luttes.

Ce processus doit être analysé comme autant d'indices d'une revalorisation du rôle de l'Etat dans le système de santé, voire de la construction d'une politique « globale » de santé.

La construction d'une politique de santé conçue et pilotée par l'Etat ne se traduit pas automatiquement par la fin de l'intervention de plusieurs acteurs dans les domaines concernés. La persistance de cette intervention, et donc d'une gouvernance multi niveaux, se traduisent par le maintien de scènes de négociation entre l'Etat, l'assurance maladie et les professions de santé.

A. LA REFONTE DE LA GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE COMME INSTRUMENT DE CONQUÊTE DE NOUVELLES COMPÉTENCES ÉTATIQUES

La période 1996-2016 se caractérise par une refonte majeure de la gouvernance du système de santé.

Cette refonte est soutenue par une activité législative intense (plan Juppé, création des agences sanitaires, démocratie sanitaire, loi de santé publique, réforme de l'assurance maladie, loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, loi de modernisation de notre système de santé, loi portant transformation de notre système de santé[1]) qui promeut de nombreuses mesures visant à transformer le système de santé. Cette transformation s'appuie largement sur le répertoire de la nouvelle gestion publique et se fixe comme objectif la construction d'un environnement institutionnel propre à piloter une politique de santé adaptée aux enjeux tant du point de vue budgétaire que sanitaire. La première priorité est l'affirmation d'une nécessaire maitrise des dépenses sociales et notamment des dépenses d'assurance maladie. Cette maitrise est recherchée par la diffusion de nouvelles modalités de régulation des dépenses de santé par le biais de la création de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et de ses déclinaisons sectorielles ainsi que par une nouvelle répartition des pouvoirs entre les partenaires sociaux et l'Etat. Présentée comme une mesure technique, la création des LFSS a des conséquences profondes sur la gouvernance de l'ensemble du secteur. La seconde priorité est poursuivie à travers la création d'agences nationales spécialisées et des agences régionales de santé, il s'agit de réguler de nouveaux champs de la politique de santé et d'assurer la coordination des différents ensembles qui la composent.

---

[1] *Outre le Plan Juppé, nous citerons, la loi n° 98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme ; la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*

1. Une nouvelle gouvernance financière axée sur la maitrise de la dépense

La place occupée par les enjeux du financement de la politique de santé reste très limitée dans l'analyse des politiques publiques. Autant l'impact de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) a été abondamment commentée, notamment sous l'angle de la performance, autant les LFSS font l'objet de peu d'études qu'il s'agisse tant des mécanismes développés, pourtant distincts des mécanismes budgétaires classiques que des objectifs recherchés.

Par ailleurs, les analyse de ces réformes mettent presque uniquement en exergue des préoccupations liées à la maitrise des dépenses ou au déploiement de solutions issues du répertoire de la nouvelle gestion publique (maitrise des dépenses, recours à des incitations financières pour infléchir les comportements, mise en concurrence des acteurs) n'accordant qu'une place limitée à l'analyse de nouvelles répartitions de compétences et une réaffirmation du pouvoir de l'Etat sur d'autres acteurs comme les partenaires sociaux ou les acteurs locaux ou la recherche de solutions d'organisations nouvelles par le biais d'incitations financières.

Or, ces questions budgétaires constituent un enjeu central de la nouvelle organisation de l'Etat dans le champ de la santé et un terrain à explorer en matière de rapports de pouvoirs politiques, administratifs et sociaux (Bezes, Siné 2011).

A cet égard la LFSS constitue un instrument majeur de renforcement de la capacité d'intervention de l'Etat et de l'évolution de la gouvernance du système de santé.

D'une part, elle modifie les conditions de pilotage des dépenses de santé tant du pont de vue des acteurs responsables que des objectifs poursuivis, elle permet à l'Etat d'intervenir chaque année et de ne plus afficher de réformes structurelles (Réforme Jeanneney, Plan Seguin, Plan Juppé[1]) la dernière

[1] *Pour une présentation synthétique de chaque texte : https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/plans-de-reforme-de-l-assurance-maladie-en-france.pdf*

« grande réforme » ayant eu lieu en 2004, en pratiquant des ajustements annuels. D'autre part, cette évolution de la gouvernance budgétaire entraine d'autres conséquences dans la gouvernance de l'assurance maladie et par extension du système de santé. Le réarmement de l'Etat en matière de régulation de la dépense s'accompagne d'une nouvelle répartition des compétences d'abord dans le champ budgétaire stricto sensu puis par un transfert des partenaires sociaux vers l'Etat, du conseil d'administration vers le directeur général nommé en conseil des ministres.

a) Un instrument de renforcement de la capacité d'intervention de l'Etat en matière de maitrise de la dépense

Notre analyse des effets de la LFSS sur le renforcement de l'Etat dans plusieurs articles (Ginon, Trépreau 2009, Trépreau 2016) permet d'illustrer ces évolutions. Les arguments avancés pour justifier de la nécessité de créer des lois de financement de la sécurité sociale font explicitement référence à la nécessité de renforcer les capacités de l'Etat à contrôler la dépense sociale et donc les dépenses d'assurance maladie qui en constituent une part substantielle. L'argument principal porté par les promoteurs de la réforme est que l'intervention du Parlement dans le contrôle des dépenses de sécurité sociale, qui représente près d'un quart de la richesse nationale et une dépense très supérieure au budget de l'Etat, est considéré comme indispensable tant sur le plan des principes (art 17 de la DDHC) que sur le plan de la gouvernance de l'assurance maladie (maintenir la solvabilité de la dépense en luttant contre les déficits).

Cette maitrise des dépenses va être recherchée par le déploiement d'un outil spécifique la loi de financement de la sécurité sociale, pendant des lois de finances.

Si les LFSS rassemblent l'ensemble du champ de la sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille accidents du travail/maladies professionnelles), le champ de l'assurance maladie présente une spécificité avec un outil spécifique de maitrise des dépenses : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et ses outils de régulation intra sectoriels.

L'Ondam illustre la tentative de budgétisation de l'assurance maladie et l'affirmation de la primauté de la régulation des dépenses dans ce secteur de l'action publique.

L'Ondam est un outil de régulation sans équivalent au sein de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Il se distingue des objectifs de dépenses fixés pour les différentes branches de la sécurité sociale. En effet, seule la branche maladie donne lieu à l'élaboration d'un objectif chiffré fixant des prévisions de dépenses annuelles dans le but de les réguler. Cette singularité octroie à l'Ondam une place unique et fait de lui l'illustration d'une volonté législative de réguler les dépenses de l'assurance maladie. Sa conception repose sur l'idée qu'il serait aujourd'hui possible de déterminer, voire de « probabiliser » le coût à venir des dépenses de soins.

L'Ondam constitue un objectif global qui rassemble les dépenses des secteurs composant la dépense de santé principalement les soins de ville (honoraires, médicaments, indemnités journalières) et les dépenses hospitalières.

Son fonctionnement repose sur une démarche en deux niveaux ; un montant global puis une ventilation par dépenses sectorielles (aussi appelée sous-objectifs). Pour assurer la régulation de la dépense globale des mécanismes infra sectoriels sont prévus des mécanismes de régulation classique (clause de sauvegarde, gel de crédits, dotation). La clause de sauvegarde destiné à réguler les dépenses de médicaments illustre cette démarche.

La création d'une clause de sauvegarde par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 visait à réguler les dépenses annuelles de médicaments. Elle doit être replacée dans son contexte ainsi que j'ai essayé de le montrer dans un article consacré à ce sujet (Trépreau 2016). Elle traduit à la fois un souci de disposer d'instruments spécifiques permettant le respect de l'Ondam et une préoccupation de maitrise de dépenses des médicaments. Son principe est simple, en cas de dépassement du taux de progression des dépenses annuelles fixé par la LFSS, les laboratoires pharmaceutiques doivent reverser à l'Etat une partie du chiffre d'affaires réalisé dans l'année.

La clause de sauvegarde illustre donc le souhait des pouvoirs publics de développer des mécanismes de régulation susceptibles de maitriser l'évolution des dépenses et d'assurer le respect de l'Ondam annuel.

Le recours à ces mécanismes est rendu nécessaire par les caractéristiques propres de l'Ondam qui est un objectif de dépense et pas un instrument budgétaire soumis aux règles classiques applicables à la dépense publique (enveloppe limitative et contraignante). En effet, les dépenses d'assurance maladie « ne procèdent pas, sauf rares exceptions, d'une allocation de crédits à caractère limitatif gérés par une autorité centrale. Elles sont la résultante de décisions prises de façon décentralisée à la fois par les producteurs de soins et les assurés sociaux, décisions qui sont à l'origine des prestations à la charge de l'assurance maladie ».

A côté de ces mécanismes budgétaires classiques, la LFSS a été l'occasion d'une réflexion sur les modes de financement du système de santé ainsi que j'ai essayé de le montrer dans une analyse consacrée au Parlement et aux politiques de santé (Planel 2009). Ainsi La LFSS pour 2004 a procédé à une réforme profonde du financement des établissements de santé publics et privés. Pour les établissements publics qui représentent une part substantielle de l'offre de soins, la réforme organise le passage d'un mode de financement appelé dotation globale vers un mode de financement lié à l'activité des établissements (appelée tarification à l'activité ou T2A).

b) l'impact des LFSS sur la gouvernance du système de santé

Outre son impact sur la régulation des dépenses, la création des LFSS a eu pour effet de réduire les compétences financières des partenaires sociaux en charge de la gestion de l'assurance maladie. Si les recettes de l'assurance maladie relevaient déjà de la compétence étatique, les LFSS ont élargi cette compétence aux dépenses et à la régulation globale du « budget » de l'assurance maladie.

La suppression de la compétence budgétaire des partenaires sociaux induite par la création des LFSS a déclenché un transfert de compétence plus large des partenaires sociaux vers l'Etat. La création des LFSS est donc à l'origine d'une gouvernance profondément rénovée de l'assurance maladie, tant sur le plan budgétaire que du point de vue de la répartition globales des compétences entre les acteurs.

La création des LFSS se traduit donc par une nouvelle gouvernance des finances sociales qui est désormais de la responsabilité de l'Etat. Cette création

place les partenaires sociaux, dont la légitimité historique à gérer l'assurance maladie trouve notamment son fondement dans l'assiette massivement salariale des recettes, dans une situation de subordination à l'Etat pour les mesures financières relatives à l'assurance maladie.

Cette subordination est d'autant plus forte que depuis 2004 la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie a confié au Directeur général, nommé en conseil des ministres, des compétences fortes en matière conventionnelle (négociation avec les professionnels de santé) en lieu et place des partenaires sociaux.

La réforme de 2004 illustre ce renouvellement de la gouvernance de l'assurance maladie qui s'appuie sur un double mouvement de renouvellement des relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé d'une part, de la recherche d'une articulation avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, d'autre part.

La création de trois structures nationales destinées à représenter les trois pôles de la gouvernance de l'assurance maladie : l'Union nationales des caisses d'assurance maladie (qui regroupe les trois principaux régimes obligatoires de base), L'union nationale des professions de santé et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

La création de ces structures est porteuse de plusieurs démarches.

La création d'une représentation nationale des professions de santé qui s'inscrit dans le prolongement de la création des Unions régionales de professions de santé par le plan Juppé. Ces structures régionales sont déterminantes dans la vie des organisations professionnelles puisque c'est sur le fondement de leurs résultats électoraux qu'est déterminée leur représentativité et donc leur participation à la vie conventionnelle. La création d'une structure nationale vise à assurer une représentation nationale qui sera le pendant du négociateur national qu'est le directeur général de la Cnam.

La création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est celle qui illustre le renforcement du rôle de l'Etat. Ce n'est pas tant la création de cette structure qui illustre ce renforcement que la répartition des pouvoirs internes. Alors que depuis la création de la sécurité sociale les négociations avec les professionnels de santé étaient l'apanage des partenaires sociaux (du président

et du conseil d'administration), cette compétence est transférée au nouveau directeur général de l'Uncam, nommé en conseil des ministres.

Le transfert des compétences conventionnelles du conseil d'administration vers le directeur général de la Cnam et comme conséquence la quasi éviction des partenaires sociaux.

La loi de 2016 poursuit cette évolution avec la recherche d'un alignement stratégique entre Etat et assurance maladie. C'est l'intitulé d'un chapitre de la loi de modernisation de notre système de santé[1]. Deux articles sont consacrés à cette question à travers la question de la gestion du risque et à l'expression des principes cadres définis par l'Etat pour la négociation des conventions entre l'Uncam et les professionnels de santé.

Le cadre fixé par les ministres ne se substitue pas aux orientations relatives à la négociation de l'ensemble des accords conventionnels qui continuent de relever de la responsabilité du conseil de l'Uncam.

La création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, à laquelle j'ai consacré un article (Ginon, Trépreau, 2011) s'inscrit dans une démarche différente. Il ne s'agit là d'une création nouvelle, aucune structure de représentation des complémentaires n'avait fait l'objet d'une création législative. Cette création doit permettre d'associer les complémentaires à la vie conventionnelle lorsqu'elles payent de façon majoritaire et d'assurer une meilleure articulation entre AMC et AMO. Cette articulation est par ailleurs traitée par le biais de cahier des charges et d'incitations fiscales.

2. Le meccano institutionnel comme instrument de conquête de nouvelles compétences et d'un renforcement du rôle de l'Etat

Le meccano institutionnel intense de la période 1996-2016 va prendre en compte des évolutions notables dans le champ de la politique de santé avec notamment la création de nouveaux secteurs de l'action publique comme la

[1] *Loi de 2016*

sécurité sanitaire à la suite de plusieurs crises (sang contaminé, vache folle) ou la conquête de nouveaux échelons territoriaux (la région)[1].

Ces évolutions vont se traduire par une mutation profonde de la gouvernance du système de santé avec la création de structures nouvelles[2] qui ont d'abord signifié l'affirmation de compétences étatiques nouvelles (sécurité sanitaire par exemple) ou par des fusions de structures existantes qui là encore sont porteuses de stratégies de renforcement des compétences étatiques.

La création d'agences en charge de l'action publique en santé, tant au niveau national, qu'au niveau régional illustre cette évolution.

La création de ces agences est souvent analysée sous le prisme du recours aux instruments de la nouvelle gestion publique et comme une dépossession du politique ou profit de structure technocratique. « Les agences incarnent des idées de modernisation, d'efficacité et de réactivité de l'État. Elles répondent aux objectifs d'un nouveau service public, conjuguant souplesse d'organisation interne, flexibilité de gestion, atténuation des lourdeurs hiérarchiques, meilleur service à l'usager. » (Benamouzig, Besançon, 2008)

Leur éloignement vis-à-vis des structures administratives de l'Etat (et des cabinets ministériels) est interprété comme une de neutralité et de crédibilité (dans le domaine du médicament par exemple).

a) la création des agences nationales

Entre 1998 et 2016, ont ainsi été mis en place sous la tutelle du ministère de la Santé, l'Agence du médicament (qui a eu plusieurs dénominations en fonction de l'évolution de ses compétences et qui s'appelle aujourd'hui l'agence nationale de la sécurité du médicament), l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) est chargée d'une mission d'évaluation des risques alimentaires. Une Agence de sécurité sanitaire environnementale voit le jour par la loi du 9 mai 2001, dont un amendement prévoit la création de l'Institut de

---

[1] *Loi n° 98-535 du 1 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme mais aussi la création des agences régionale d'hospitalisation par le plan Juppé (1996) puis des agences régionales de santé par la Loi HPST (2009)*

[2] *Comme la création de l'agence du médicament par la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament*

radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), regroupant l'OPRI et l'Institut de protection et de sûreté nucléaire (IPSN). En 2002, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) se substitue au Comité français d'éducation pour la santé. Le système d'agences est encore transformé en 2004 par la création de l'Agence de la biomédecine (ABM), qui élargit les missions de l'EFG aux domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaine, et par la mise en place d'une Haute Autorité de Santé (HAS), qui élargit les missions de l'ANAES à l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie » enfin en 2016, l'INPES, l'INVS et l'Eprus sont regroupés au sein d'une agence dénommée Santé Publique France.

La création des agences a permis la construction d'une politique publique nouvelle : la sécurité sanitaire composante de la politique de santé et pour laquelle la responsabilité de l'Etat ne souffre d'aucune discussion.

Il faut noter que la création de ces agences ne s'est pas traduite par une réduction des moyens mis à disposition des administrations (une seule direction d'administration centrale a été supprimée à l'occasion de la création de l'agence du médicament).

Cette création s'est accompagnée d'une modification du rôle des DAC liée à la répartition des rôles entre administration centrale et agences.

Les agences se sont vu octroyer des moyens et ont ainsi pu développer de nouvelles régulations sectorielles pour le compte de l'Etat et étant doter de moyens.

Elles ne sont pas de simples alternatives aux administrations publiques. Un partage s'est effectué entre des directions d'administration chargé du pilotage telles que la direction générale de la santé qui assure la tutelle de six agences (ANSM, ANSES, EFS, INTS, ABM, SPF) et ces agences qui concentre les moyens d'expertise[1].

[1] *Dans la cadre de ces fonctions à la Direction générale de la santé, l'auteur est chargé de la tutelle de ces agences et siège au conseil d'administration de plusieurs d'entre elles*

Si les agences sont parées de qualité nouvelles synonyme de flexibilité et d'efficience, elles se révèlent surtout être un instrument de conquête ou de reconquête d'un domaine d'activité par l'autorité publique.

Ce phénomène est particulièrement marqué dans le secteur de la santé qui se caractérisait par une situation qui voyait d'un côté une administration centrale relativement faible, plutôt centrée sur la gouvernance du secteur hospitalier et de l'autre une administration de la sécurité sociale qui assurait la gouvernance des soins de ville. L'ensemble se caractérisait par une grande influence de la profession médicale (hospitalière ou libérale).

La création des agences a permis de développer des politiques publiques plus actives sous la responsabilité de l'Etat dans des secteurs qui ne faisait pas ou peu l'objet d'interventions publiques alors qu'une attente forte de la population pouvait être constatée.

b) L'intégration institutionnelle pour aller vers la construction d'un échelon régional des politiques de santé

La création des ARS peut être considérée comme le plus important mouvement de cette mutation de la gouvernance du système de santé de cette période débutée par la plan Juppé. Ainsi que je l'ai analysé à l'occasion de plusieurs publications (Trépreau 2009, Trépreau, Varnier 2016, Planel, Varnier, 2017)

La création des ARS est le fruit d'un processus de rationalisation administrative et de transformation de l'action publique, d'autant plus vanté par ses promoteurs que l'attente a été longue entre la naissance de cette idée et sa traduction juridique.

Dans un schéma de de réforme globale intitulé « solidarité nationale, régulation locale : un modèle pour 2010 » le rapport du commissariat général du plan publié en 1993 préconisait la création d'agences régionales de santé investies d'une compétence de pilotage du système de soins. La création de telles agences avait pour objectif d'intégrer au sein d'une même structure les services compétents de l'Etat et ceux de l'assurance maladie. Elles devaient également gérer des enveloppes budgétaires régionales limitatives.

L'objectif poursuivi était donc double : refondre la gouvernance du système de santé par l'intégration des services de l'Etat et de l'assurance maladie, assurer la maitrise des dépenses par une nouvelle gouvernance financière assurée au niveau régional.

Il faudra attendre plus de 15 ans après la publication du rapport (Bras, Tabuteau 2009) avant que les ARS ne soient créées. Entretemps, le législateur aura procédé à la création d'instances régionales visant, d'une part à créer un échelon régional afin d'ajuster les politiques nationales, organiser la coopération entre les services de l'Etat et de l'assurance maladie, créer une politique de santé en lieu et place d'un système très prioritairement organisé sur la prise en charge des épisodes aigus (agence régionale d'hospitalisation, union régionale des caisses d'assurance maladie, union régionale des professionnels de santé, groupement régional de santé publique, mission régionale de santé).

Les prises de paroles du Gouvernement durant le débat parlementaire ne manquent pas de souligner que les ARS se substituent à sept structures préexistantes et qu'ainsi elles vont mettre fin à la gestion segmentée, aussi dite « en tuyau d'orgue », du système de santé au profit d'une organisation transversale parée de nombreux mérites.

Le cœur du métier des ARS demeure l'organisation de l'offre de soins et son adaptation aux besoins de la population. J'ai essayé de montrer comme la relance du processus de coopération hospitalière (Trépreau, Varnier 2016) doit contribuer à donner du sens au priorités assignées à l'ensemble des acteurs de l'offre de soins s'agissant de leurs pratiques et de leurs conceptions même de la prise en charge des patients.

La coopération hospitalière retrouve ainsi sa vocation originelle au centre de la réorganisation de l'offre hospitalière/ pour atteindre cet objectif. La loi va modifier les formes de coopération existantes et rendre cette stratégie obligatoire renforçant ainsi le pouvoir de la tutelle ministérielle. Cette obligation repose sur un constat simple mais resté longtemps sans conséquence qui est celui des résultats modestes de la coopération spontanée pour compléter cette

obligation, une incitation financière est prévue. Cette obligation est assortie d'une incitation/sanction financière puisque l'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est désormais subordonnée à la conclusion d'un GHT.

Cette obligation permet de prendre en compte d'un seul tenant les deux finalités possibles de la coopération : logique de parcours de santé et rationalisation de la carte hospitalière.

Toutefois, un des objectifs est bien de générer des économies d'échelle sur les services support, la baisse du nombre de lits induite par le développement de la prise en charge ambulatoire et la révolution du premier recours. Cette réforme est sous-tendue par la nécessité de développer une véritable stratégie hospitalière sur un même territoire. Il s'agit de réaffirmer que la coopération est un moyen de rechercher la complémentarité des activités de soins de chaque établissement mais également de répondre aux demandes de la population de bénéficier d'une offre de soins de proximité. Elle répond aussi à une logique budgétaire.

De façon globale, l'analyse des politiques hospitalière repose sur l'idée qu'elles prennent appui sur un référentiel libéral associant régionalisation, contractualisation et marchandisation (Domin, 2014). La première est censée rapprocher la décision des citoyens par la création d'une agence dédiée. La contractualisation a pour objectif de clarifier la relation entre cette agence et les établissements hospitaliers par un système d'incitation. Enfin le développement de mécanisme de concurrence par comparaison doit favoriser la baisse des dépenses par un jeu d'incitations.

In fine, la création des ARS relève d'un compromis plus ou moins cohérent entre plusieurs référentiels. Le premier, dans la perspective de la nouvelle gestion publique vante la flexibilité et entend favoriser le passage d'une régulation bureaucratique à une régulation managériale, jugée plus souple par ces partisans. Ce référentiel participatif privilégie la négociation. Le second, dit directif, repose sur des critères uniquement comptables et renforce le poids du ministère de la santé. La mise en œuvre des ARS ne constitue pas une

territorialisation de la politique hospitalière, le référentiel choisi n'est pas managérial mais comptable. Il ne s'agit pas d'une territorialisation mais d'une mise en cohérence de l'action publique.

Cette réforme porte en germe une contradiction entre un référentiel qui s'inscrit dans une perspective de la nouvelle gestion publique et la libéralisation du secteur de l'offre de soins et une réalité qui est l'intervention croissante de l'Etat et de ses opérateurs (ministère chargé de la santé, agences régionales de la santé) dans le financement et la restructuration de l'offre hospitalière.

c) Conclusion

L'action entreprise au travers ces réformes vise à doter l'Etat des moyens d'atteindre les objectifs politiques qu'il a fixé qu'il s'agisse de la maitrise budgétaire par le biais de la LFSS ou de la recherche d'une plus grande efficience du système de santé notamment par le biais d'une articulation des interventions des différents acteurs. Il s'agit à travers ce meccano de pallier les effets d'une gouvernance fragmentée (Etat, assurance maladie et plus résiduellement collectivités territoriales) en renforcer l'Etat face aux pouvoirs professionnels grâce à des instruments puisés dans le registre de la nouvelle gestion publique.

La création des ARS a ouvert un débat sur l'opportunité d'une intégration organisationnelle au niveau national. Ce débat fait écho à un constat partagé sur la gouvernance de du système de santé partagé entre l'Etat et l'assurance maladie, entre l'offre hospitalière et les soins de ville.

Le choix a été fait de ne pas aller vers une intégration organisationnelle forte qui se traduise par une structure de pilotage de la politique de santé par une agence spécialisée mais plutôt de développer un comité national de pilotage des agences régionales de santé.

D'autres instruments ont été actionnés pour aller vers une unification de la politique de santé.

Ils s'inscrivent dans une refonte plus globale de la gouvernance du système de santé et dans la nécessité de développer de nouvelles formes d'organisation adaptées à la transition épidémiologique et cours.

B. UNE RÉFORME DE LA GOUVERNANCE À LA RECHERCHE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ UNIFIÉE FONDÉE SUR LES INSTRUMENTS DE PILOTAGE PAR LA PERFORMANCE (CONTRACTUALISATION, INDICATEURS, OBJECTIFS)

Outre une refonte profonde de la gouvernance institutionnelle du système de santé, la période 1996-2016 se caractérise par un effort de l'Etat pour renforcer et structurer une politique de santé, par des approfondissements et une évolution majeure de la gouvernance instrumentale.

Le recours à des instruments de pilotage par la performance (contractualisation, indicateurs, objectifs) peut être analysé comme participant à un mouvement d'unification/coordination renforcée, sous la responsabilité de l'Etat, des actions fragmentées dans le domaine de l'offre de soins, de la gestion du risque ou d'autres sous-ensembles constitutifs de la politique de santé.

Ces évolutions se caractérisent également par le déploiement de nouveaux instruments de pilotage de la politique de santé afin de renforcer à la fois l'efficience du système et le poids de l'Etat. C'est le cas de la politique de gestion du risque ou de l'ébauche d'un système national d'innovation. Elles débouchent sur la création d'une politique de santé renouvelée par le biais de la stratégie nationale de santé (SNS).

Cette refonte de la gouvernance instrumentale se traduit par un renforcement du rôle de l'Etat dans la construction et le pilotage de la politique de santé. Pourtant ce renforcement n'a pas été perçu immédiatement et les analyses se sont d'abord portées sur les apports de la nouvelle gestion publique à la conception de ces réformes qui ont été analysées comme un retrait de l'Etat, voire une privatisation sur la partie prise en charge des dépenses de santé (Tabuteau 2010).

Un mouvement de transformation de l'Etat peut être constaté au niveau central par le biais de l'agencification de l'Etat. Cette agencification, c'est-à-dire un transfert de compétences des administrations centrales vers des agences, peut être perçu comme un retrait mais elle permet également à l'Etat de se doter de nouveaux instruments d'action publique qui pour être moins directs n'en sont pas moins efficace pour « conduire les conduites » (Epstein 2013).

Ce mouvement de transformation se double d'un mouvement de reconstruction, de réaffirmation du pouvoir central, grâce au renforcement des

fonctions de stratégie, de pilotage par le biais d'instruments pesant sur la définition des priorités et sur des dispositifs de suivi qui assurent l'internalisation des priorités de l'Etat par les agences et l'ensemble des tiers concernés par la politique de santé.

Mais ces évolutions ne marquent pas seulement le réarmement de l'Etat dans l'action publique, elles signent un élargissement du périmètre d'intervention avec la construction d'une politique nouvelle, la politique de santé, qui se distingue d'une simple politique d'offre de soins. Cette évolution peut être illustrée par le vote de la loi de santé de 2004, la première depuis 1902. Cette construction vise à rassembler sous un objectif commun l'ensemble des acteurs du système de santé.

Cette ambition de renforcer le rôle de l'Etat dans le pilotage de la politique de santé poursuit également un objectif de construction d'une politique de santé structurée, instrumentée et dotées d'objectifs clairs ainsi que j'ai essayé de le montrer dans deux publications récentes (Trépreau 2018a, 2018b)

Elle poursuit la dynamique initiée par les évolutions de la gouvernance institutionnelle en regroupant les objectifs de la politique de santé dans un support unique.

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) illustre le positionnement de l'Etat comme stratège, elle indique une double volonté : élaborer une politique de santé « globalisante » et ainsi aller vers une transformation profonde de notre système de santé.

1. Un meccano institutionnel qui renforce le rôle de l'Etat dans la gouvernance des politiques sectorielles

Ces évolutions de la gouvernance du système de santé se traduisent par un renforcement du rôle de l'Etat dans de nombreux secteur de la politique de santé. La création des ARS est l'occasion pour l'Etat de renforcer sa présence dans la gouvernance de l'offre de soins mais également pour s'approprier un certain nombre d'actions relevant de la compétence de l'assurance maladie comme la gestion du risque. Cette évolution se déroule selon des formes contractuelles devenues classiques et la création d'un environnement

réglementaire favorable à l'objectif central : une plus grande efficience du système de santé.

Deux grandes politiques sectorielles permettent de mesurer ces évolutions : la gestion du risque et l'accueil de l'innovation.

a) Le nouveau pilotage de la gestion du risque

Notre analyse (Trépreau 2009) mettait en exergue comment les évolutions de la politique de gestion du risque illustrent cette nouvelle gouvernance de la politique de santé. Se trouvent mêlés dans cette transformation de l'action publique, une volonté de réarmement de l'Etat, le recours à des instruments appartenant au registre de la nouvelle gestion publique (contractualisation en cascade, indicateurs de performance), la volonté de mieux coordonner l'action publique ici entre l'Etat, représenté en région par les ARS et l'assurance maladie et enfin la volonté d'inclure la gestion du risque, action appartenant au registre assurantiel, à la politique de santé.

Cette évolution met en exergue une démarche incrémentale du plan Juppé de 1996 à la loi de modernisation de notre système de santé vingt ans plus tard.

Dans une première séquence (1996-2009), les pouvoirs publics se sont attachés à faire de la gestion du risque une politique structurante et prioritaire de l'assurance maladie. Cette démarche s'appuyait sur un constat établi par la Cour des comptes en 1999 : « gérer le risque est le cœur de métier de l'assurance »et donc, moyennant quelques limites, le métier de l'assurance maladie.

Dans une deuxième séquence (2009-2016), la loi HPST a introduit un nouveau pilotage de la gestion en prévoyant une contractualisation spécifique entre l'Etat et l'assurance maladie. La politique de gestion du risque est désormais déterminée dans le cadre d'un contrat conclu entre l'Etat et l'assurance maladie qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque.

Il s'agit d'un dispositif totalement nouveau distinct des conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et les caisses de sécurité sociale. Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) avaient pourtant permis de tracer les contours de la politique de gestion du risque. La COG 2006-2009, conclue avec la CNAM, a ainsi déterminé des objectifs à la politique de gestion

du risque destinés à améliorer l'état de santé de la population tout en garantissant l'équilibre financier du système d'assurance maladie. Le recours à une double contractualisation permettra de clarifier les objectifs poursuivis dans chaque contrat. Service aux usagers, fonctionnement du réseau et politique d'action sociale d'un côté, détermination des objectifs pluriannuels de gestion du risque de l'autre.

Cette nouvelle contractualisation, affirme pour la première fois la place de l'État dans la détermination de cette politique. L'action de l'assurance maladie en matière de gestion du risque sera désormais encadrée puisque les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat.

Avec cette contractualisation, l'État dispose d'un outil susceptible de permettre l'articulation de la politique de gestion du risque avec les objectifs de santé publique, ce qui constitue une avancée majeure. En effet, depuis 2004 l'articulation entre politique de gestion du risque et politique de santé ne faisait pas l'objet d'une articulation institutionnelle forte. Seule la COG 2006-2009 indiquait que la politique de gestion du risque devait s'inscrire « dans les objectifs de santé publique définit par la loi du 9 août 2004 », sans qu'aucun dispositif institutionnel commun à l'État et à l'assurance maladie ne soit mis en œuvre pour atteindre cet objectif. Avec cette réforme, les pouvoirs publics ont ainsi probablement souhaité pallier certaines insuffisances dans la mise en œuvre de la politique de gestion du risque, qui avait fait l'objet d'évaluations critiques de la part de la Cour des comptes, de l'IGAS ou des observateurs du système de santé.

L'association des ARS au pilotage de la gestion du risque au niveau régional constitue un deuxième axe d'évolution. La réforme proposée par la loi HPST obéit à une logique en apparence simple : tout d'abord les ARS doivent pallier la suppression des Urcam et pour être efficaces, elles doivent disposer d'un champ de compétences et d'objectifs suffisamment larges ; la politique de gestion du risque, définie comme un processus d'amélioration du recours aux soins, a toute sa place dans les politiques conduites par les agences régionales. La transformation des procédures d'élaboration de la politique de gestion du risque s'inscrit donc naturellement dans cette réforme plus globale, afin de mettre en

adéquation les mécanismes de définition de cette politique avec l'émergence d'un niveau régional nouveau.

Les effets de cette transformation dépassent une simple réforme administrative puisqu'ils modifient la répartition des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie.

Dans une troisième séquence, la loi de 2016 prévoit que la politique de gestion du risque contribue à la mise en œuvre de la politique de santé et doit faire l'objet d'une déclinaison régionale. Sa définition est désormais confiée à un comité ad hoc dans le respect d'un contrat type défini par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé.

Les pouvoirs publics ont mis à profit la création des ARS pour opérer un rapprochement des politiques de l'assurance maladie et de la santé publique (Ruellan, 2003) après plusieurs tentatives infructueuses. Dans cette réorganisation, la nouvelle procédure d'élaboration de la politique de gestion du risque favorise donc une approche globale des politiques d'amélioration de la qualité des soins, sous l'autorité de l'Etat ou des ARS. Avec cette réforme, la politique de gestion du risque s'inscrit désormais dans une recherche de la performance destinée, d'une part, à s'assurer de la coordination de l'intervention des différents acteurs (ARS, caisses d'assurance maladie), et, d'autre part, à obtenir que les législations relatives à la politique de santé et à l'assurance maladie, notamment en termes d'élaboration des programmes d'action, se complètent plutôt qu'elles ne se superposent.

b) L'implication de l'Etat dans l'élaboration d'un système national d'innovation

La transformation de l'action publique a pour objectif d'adapter le système de santé aux nouveaux défis que sont la transition épidémiologique et l'innovation.

La recherche de l'efficience placée au centre de ces transformations ne se limite pas à l'efficience budgétaire. L'évolution de l'état de santé de la population oblige notre système de santé à se réformer pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Les acteurs sont invités à partager un même objectif : la coordination des soins. C'est d'abord une question organisationnelle avant d'être une question technique (même si le numérique peut être un moyen de réorganiser) ou scientifique (même si de nouvelles solutions thérapeutiques

peuvent contribuer à une meilleure prise en charge).

Malgré l'ancienneté de ce constat, le système a du mal à innover dans son organisation de façon radicale. Les autorités sanitaires ont privilégié des ajustements successifs comme en témoigne l'activité législative importante depuis le début des années 2000 qui propose de nouvelles formes d'organisations des soins. Ce « bricolage » s'est concentré sur la structuration des soins de premier recours portée de façon incrémentale sous les effets de la dépendance au sentier (Palier, Bonoli, 1999) accentué par les effets du corporatisme et de la rigueur budgétaire.

La difficulté réside dans la capacité des acteurs à faire émerger des modes d'organisation nouveaux et à les faire adopter par les acteurs. Pour contourner cette difficulté, la méthode retenue par les autorités sanitaires est de recourir à des évolutions incrémentales, souvent sous forme d'expérimentations.

Au milieu des années 2010, pour structurer ces évolutions, l'intervention de l'Etat va avoir pour objectif de créer un environnement favorable à l'innovation, comme j'ai essayé de le démontrer (Trépreau 2018b), à travers un système national d'innovation, c'est à-dire un ensemble de règles ou de structures destinées à favoriser l'innovation. De façon générale ce système devra donc définir une série d'incitations en vue d'orienter ces innovations. Ces incitations peuvent être à la fois juridiques ou financières, porter sur la formation et les ressources humaines. Ce cadre doit également permettre de susciter l'innovation à l'intérieur du système de santé, en incitant les acteurs à innover puis à diffuser ces innovations à l'ensemble du système.

Il faut rompre avec la période précédente, qui a vu émerger des innovations organisationnelles, souvent à l'initiative des acteurs de terrain, comme les maisons de santé.

Cette rupture n'est pas motivée par le manque de pertinence de ces expérimentations mais parce ces exemples relèvent d'une activité faiblement structurée dans une perspective de transformation du système de santé que l'on peut qualifier de « bricolage ».

Ce « bricolage » apparaît comme une réaction aux évolutions initiés par les acteurs locaux (maisons de santé) ou de problèmes nouveaux (transition épidémiologique, aspiration des professionnels de santé, démographie

médicale), il permet de gérer des systèmes complexes de relations, de contraintes et d'interdépendances multiples et changeantes.

L'intervention de l'Etat est nécessaire car le système de santé se distingue d'autres modèles par le fait que son organisation est sujette à une régulation, notamment juridique, importante, que les métiers qui les composent ont des frontières très étanches et qu'elles ont pour beaucoup d'entre elles un niveau de complexité particulièrement élevé.

L'émergence d'une innovation organisationnelle nécessitera donc dans la plupart des cas des évolutions législatives ou réglementaires comme l'illustre le cas des maisons de santé.

Le développement de l'exercice regroupé débute dans les années 1970. L'exercice regroupé n'est pas entendu ici comme un regroupement pour mutualiser l'acquisition de matériel mais bien comme une rupture avec l'exercice libéral individuel et monodisciplinaire pour développer une autre pratique fondée sur la coordination des soins. Cette pratique était initialement combattue par l'ordre des médecins au motif qu'il entache la liberté des patients.

Ce n'est que trente ans après, alors que les détours vers les dispensaires, les centres de santé et les réseaux de santé n'ont pas répondu aux espoirs placés en eux, que vont apparaître les maisons de santé.

L'année 2007 marque de ce point de vue un tournant politique et juridique puisqu'elle voit la consécration de l'expression maison de santé pluridisciplinaire et sa première définition législative qui s'inspire d'ailleurs très fortement de la définition des réseaux de santé.

Cette définition juridique marque un double tournant. Elle offre un cadre juridique à une pratique professionnelle qui s'était développée en dehors des cadres établis et des réglementations applicables aux acteurs engagés dans cette évolution. Elle marque également le début d'une intervention plus importante de l'Etat dont l'objet est d'accompagner le développement des maisons de santé notamment pour régler les questions juridiques qui freinent leur développement.

A cette occasion, en accord avec les promoteurs de cette forme d'organisation, les experts et les élus locaux, la maison de santé (Moyal 2019)

devient le modèle idéal d'organisation d'un exercice coordonné de la médecine, le modèle vers lequel le système doit basculer car il permet d'aller vers une meilleure coordination des soins (les fameux parcours) mais aussi de lutter contre les effets indésirables de la démographie médicale puisque les maisons de santé sont supposées faciliter l'installation des jeunes médecins, de permettre une meilleure organisation du temps médical et de favoriser la délégation des taches entre professionnels de santé.

Malgré l'engouement politique qu'elles suscitent et cette activité législative intense, les maisons de santé peinent à s'imposer. On touche ici au paradoxe des maisons de santé. Elles sont apparues à l'initiative des acteurs locaux avant d'être érigées en modèle par les autorités publiques qui n'ont pas anticipé leur émergence. Leur nombre, peut être autour d'un millier, est insuffisant pour faire basculer le système des soins de ville vers un nouveau mode d'organisation dominant. Toutefois, malgré un poids faible en termes d'effectifs médicaux et paramédicaux, elles vont contribuer fortement à créer un nouveau « sentier de dépendance » et à faire de la restructuration des soins de premier recours et de la coordination des soins le nouveau paradigme du système de santé.

Pour poursuivre cette évolution en rupture avec l'exercice isolé libéral, tout en prenant en compte la réticence, réelle ou supposée, des professionnels de santé notamment paramédicaux à venir exercer en maison de santé (avec la crainte d'être subordonné aux médecins de la structure), la loi de 2016 a proposé d'autres modes d'organisation des soins de ville, plus souples : les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), désormais considérées comme le levier de coopération entre tous les professionnels de santé.

Un rapport Igas est ensuite venu constater la faiblesse des incitations à se rassembler en CPTS avant que le Président de la République n'annonce leur généralisation pour 2022 afin de mailler l'ensemble du territoire.

L'exemple des maisons de santé puis des autres formes d'organisation proposées par la loi de 2016 illustrent donc bien la succession de tâtonnements pour faire émerger une organisation innovante.

La nécessité de recourir à la loi permet d'établir un lien entre ces expérimentations et l'examen des projets de loi de financement de la sécurité

sociale qui sont devenus le véhicule législatif naturel de ces projets qui viennent souvent en application de plans nationaux décidés par les autorités sanitaires. Le recours à la loi permet de donner une visibilité forte au projet, de sécuriser le cadre juridique, d'identifier des financements et donc mobiliser des acteurs. L'Etat va néanmoins chercher à rationaliser ces recours en définissant un cadre unique visant à promouvoir l'innovation par le biais d'expérimentations (article 51 de la LFSS pour 2018).

L'objectif annoncé est d'abandonner la méthode de la « tranche de salami » (un cadre limité à un projet) pour viser la création d'un cadre pérenne à l'expérimentation. Plutôt que de procéder par mesures législatives successives et expérimentations thématiques, il s'agit de créer les conditions d'émergence de nouvelles formes d'organisation innovantes dans un cadre juridique unique, définissant des objectifs prioritaires au regard de la transformation du système de santé.

Les expérimentations doivent concourir à améliorer le parcours de santé et améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire ou médico-sociale ; décloisonner la prise en charge des patients pour une séquence de soins ; accompagner les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ; favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones les plus fragilisées à faible densité médicale. L'éligibilité à ce dispositif expérimental doit d'abord être motivée par la nécessité d'une dérogation à la réglementation existante.

Un double système de financement est prévu avec la création d'un fonds national (fonds pour l'innovation du système de santé) doté de 20 millions d'euros en 2018 pour accompagner les projets de portée nationale ou interrégionale. Les projets de portée régionale ou locale sont financés par le biais du fonds d'intervention régional (lointain successeur du fonds d'aide à la qualité de soins de ville dont l'objet était de financer les initiatives locales favorisant la coordination des soins).

Il s'agit d'aller au-delà du cadre habituel des expérimentations et de proposer un système national d'innovation. Produit d'un retour d'expérience qui a mis en exergue les effets indésirables liés à la multiplication de cadres juridiques ad hoc et à l'absence d'un cadre législatif standard pour encadrer ces innovations.

La mise en place de ce cadre juridique pérenne ne doit pas masquer des difficultés structurelles à transformer les expérimentations en mode d'organisation dominant. La principale difficulté provient de la difficulté à évaluer ces expérimentations pour en faire la référence d'un nouveau modèle d'organisation.

2. Un cadre nouveau pour conduire une politique de santé globalisante

La mise en œuvre d'une politique de santé sous l'autorité de l'Etat se fait désormais dans un cadre bien défini, celui de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), analysée dans une de mes publications (Trepreau 2018a). L'analyse des dispositions législatives constitutives la SNS, c'est-à-dire la procédure d'élaboration et le contenu de la politique de santé, font apparaître des éléments qui illustrent une évolution incrémentale avec la période antérieure.

La SNS, prend appui sur une évolution normative, la nouvelle rédaction de l'article L.1411-1 du code de la santé publique, qui va proposer de regrouper les différents pans de l'action publique en santé (santé publique, sécurité sanitaire, offre de soins). L'objectif de la SNS est « de refonder dans une seule et même politique l'ensemble des champs de l'action publique sanitaire. »

a) Un cadre pour une politique de santé globalisante

Si ces transformations du système de santé se traduisent par le développement de nouveaux instruments souvent inspirés par la nouvelle gestion publique et un renforcement du rôle de l'Etat, le point le plus notable des transformations en cours est la construction d'une politique de santé identifiée, cohérente, globalisante. Cette construction est le fruit de progrès effectué réformes après réformes mais également un objectif cible depuis le milieu des années 2000. J'ai consacré mes derniers travaux (Trépreau 2018 a et b) à cette émergence.

Pourquoi la situation actuelle nécessite-t-elle l'élaboration d'une politique de santé ?

Notre analyse est que la réponse est double. Il y a tout d'abord des éléments liés au degré de maturité du système. La généralisation de l'assurance maladie a permis l'accès de la population à des soins curatifs. La question de l'articulation

entre assurance maladie et politique de santé qui ne se posait pas initialement ne s'est véritablement imposée que près de quarante ans après la création de la Sécurité sociale sous l'effet du développement considérable du système de soins, de l'apparition de situations sanitaires particulières : crises et développement de la sécurité sanitaire, démographie médicale, lutte contre la mortalité évitable puis transition épidémiologique, sans oublier les tensions liées à la maitrise des dépenses publiques et donc des dépenses de santé.

Il y a ensuite le développement à compter des années 1990 de politiques porteuses d'ambitions alternatives à celle des politiques curatives. Ces politiques alternatives ont posé les jalons qui ont ouvert une réflexion sur la nécessité d'élaborer une politique de santé globalisante afin de répondre à un élément de diagnostic consensuel qui fonde en bonne partie l'esprit de la nouvelle politique de santé : le constat d'un pilotage déficient des politiques de santé, fruit d'une bipartition historique, pilotage de l'État pour la prévention, la sécurité sanitaire, les soins hospitaliers et pilotage de l'assurance maladie pour les soins de ville, le remboursement et l'indemnisation. Ce cloisonnement est contraire aux ambitions de la nouvelle politique de santé. Cette politique doit être conçue/menée de manière à garantir une réponse cohérente aux enjeux de santé, de dépendance ou de handicap, pour l'ensemble de la population et tout au long de la vie de chacun.

Il y a enfin une demande du public qui se retourne vers l'Etat pour résoudre les dysfonctionnements réels ou supposé du système de santé (répartition de l'offre de soins sur le territoire, sécurité des médicaments, impacts sanitaires des accidents industriels).

La prise en compte de ces évolutions est désormais inscrite dans la loi et rassemblée dans un dispositif spécifique : la stratégie nationale de santé (SNS). Depuis 2016, le Code de la santé publique propose une définition du périmètre de la politique de santé qui répond à cet objectif. L'élaboration d'une politique de santé globalisante s'accompagne de l'émergence d'un acteur nouveau, l'Etat, qui assume la responsabilité de l'élaboration de cette politique et se dote d'instruments.

C'est la construction de la sécurité sanitaire comme nouveau service public (après le service public hospitalier et le développement des politiques de

régulation) qui va contribuer à structurer l'action de l'Etat dans le champ de la santé et permettre ces nouveaux développements.

Les lois de santé adoptées depuis 2004 (Tabuteau 2013), comme le plan Juppé, sont des marqueurs intéressants de cette transformation. Elles favorisent un renforcement des acteurs étatiques dans la gouvernance du système de santé et plus largement dans le système de protection maladie obligatoire.

Si la création de la SNS s'inscrit dans cette affirmation de la responsabilité de l'Etat, elle correspond aussi à une nouvelle phase, elle propose une définition de la politique de santé qui englobe offre de soins, santé publique et protection sociale contre la maladie. Il s'agit d'une évolution forte de la conception de la politique de santé.

L'objectif de la SNS est donc bien de refonder dans une seule et même politique l'ensemble des champs de l'action publique sanitaire.

b) La SNS doit associer les acteurs et donner une vision cohérente des enjeux à relever pour transformer le système de santé

La SNS est aussi un instrument méthodologique pour élaborer la politique de santé. Procéduralement, elle cristallise les évolutions entamées au milieu des années 1990 visant à faire émerger une procédure d'élaboration de la politique de santé.

Cette procédure se décompose en cinq éléments : une expertise préalable ; des orientations qui reposent sur cette expertise et énoncent des priorités ; un débat public ; la durée au-delà de laquelle ces orientations doivent être revues ; une évaluation.

Le retour d'expérience de ces vingt dernières années doit principalement se concentrer sur deux étapes principales que sont, en la matière, le plan Juppé de 1996 et la loi de 2004.

La législation relative à la sécurité sociale a été la première à prévoir une procédure d'élaboration et de formalisation d'une politique de santé par le biais des lois de financement de la sécurité sociale. Ces dernières devaient permettre l'approbation annuelle des orientations de la politique de santé et de sécurité sociale (par le biais d'un rapport annexé à la LFSS).

Concrètement, un dispositif en trois temps était prévu : une expertise réalisée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP), une phase de concertation avec la conférence nationale de santé (CNS), une phase de délibération à l'occasion de l'examen annuel de la loi de financement de la sécurité sociale.

Dans les faits, la chaîne vertueuse imaginée à cette occasion n'a pas fonctionné. Le rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale, après avoir repris la première année les dix priorités de santé publique arrêtées par la CNS, s'est transformé au fil du temps en document énumérant les actions entreprises plutôt que définissant de véritables orientations stratégiques de la politique de santé, et s'adressant ainsi plus au passé qu'au futur.

Ce dispositif a néanmoins eu la vertu de faire progresser le questionnement sur les modalités d'élaboration de la politique de santé. Ces débats ont fait naitre la nécessité de distinguer le débat annuel autour des comptes de la sécurité sociale de la nécessité de fixer des objectifs pluriannuels en matière de santé. Ces dispositions ont été aménagées en 2002 afin d'améliorer l'organisation du débat parlementaire ouvrant la voie à une véritable loi de programmation en santé, avant d'être profondément aménagé par la loi de 2004.

La SNS est le produit de cette évolution institutionnelle entamée en 1996 qu'elle cherche à moderniser.

Le recours à l'expertise a peu évolué depuis sa création. Il repose en priorité sur les travaux du Haut Conseil de la Santé Publique.

Si le principe de bâtir la politique de santé autour d'orientations est pérenne depuis l'origine, La forme et le nombre de ces orientations ont substantiellement évolué depuis 1996. Cette évolution a deux raisons. La première tient au fait que les 100 objectifs de la loi de 2004 sont aujourd'hui considérés comme une absence d'orientation stratégique et qu'il convient donc définir des axes prioritaires clairs, ce que fait la SNS. La seconde est de rechercher une coordination plus forte entre les différents éléments de la politique de santé, dont le périmètre est maintenant défini par la loi.

La forme du débat public a elle aussi évolué. Limitée à la CNS et au débat parlementaire en 1996, elle est maintenant organisée sous forme d'une

consultation publique qui doit permettre d'associer à la fois les usagers et les professionnels du secteur. Et c'est bien la SNS, donc la politique de santé choisie par le Gouvernement, qui doit être soumise à cette consultation qu'il y ait ou non un débat parlementaire.

La question de la temporalité du débat et de la nécessité de reformuler des orientations a elle aussi connu des changements profonds après les tâtonnements initiaux. L'impossibilité dans laquelle s'étaient trouvés les Pouvoirs publics de procéder à la révision quinquennale de la loi de 2004 a conduit à étendre jusqu'à 10 ans la durée maximale de la SNS. Le Gouvernement actuel a toutefois fait le choix d'une SNS qui couvre la législature en cours (2018-2022). Cette durée est fixée par voie réglementaire et non plus législative.

L'évaluation, déjà prévue par les textes antérieurs, est également modernisée. Elle fait désormais l'objet d'un suivi annuel, et d'une évaluation pluriannuelle. Ces résultats sont rendus publics. Il y a donc bien au moment de la conception de la SNS et de son évaluation la volonté d'assurer la publicité des travaux, illustrant ainsi le fait que la « transparence est devenue une composante majeure de l'action publique ».

L'ensemble de ces dispositions est rappelé dans la loi. Elles tracent les contours d'une stratégie nationale de santé conçue comme un instrument clé (une stratégie et un plan national) pour conduire une politique de santé globalisante, bâtie sur le fondement des travaux d'expertise (le Haut conseil de santé publique), une concertation des usagers et des professionnels au service de priorités fortement affirmées. Au-delà du processus de co-construction associant usagers et experts, la question qui se pose est celle de sa mise en œuvre avec, d'une part, de la répartition des tâches et des compétences entre les acteurs, et, d'autre part, celle des instruments utilisés.

Il convient donc non seulement de d'élaborer une stratégie nationale de santé, et une politique de santé mais également d'en définir les modalités de mise en œuvre.

Les modalités de mise en œuvre de la SNS sont prévues par la réglementation. Elles font référence, d'une part, aux plans et programmes

nationaux dont la cohérence sera notamment assurée par le plan national de santé publique et, d'autre part, aux projets régionaux de santé et d'autres outils régionaux.

Cette construction se veut rationnelle et tenant compte de l'expérience passée. Elle pèse sur les services de l'Etat, services centraux et déconcentrés mais aussi sur les agences nationales qui doivent apporter leur expertise sectorielle (par exemple l'agence nationale de santé publique) et va se décliner sur des supports contractuels.

Mais au-delà de la volonté de rassembler sous un même chapeau, la SNS, l'ensemble de la politique de santé, cette construction vise également à proposer un nouveau référentiel. Alors que les réformes des années 1990 et du début des années 2000 se focalisaient sur les modalités d'une évolution de la gouvernance du système et notamment d'une meilleure articulation entre politique de santé et assurance maladie, se développe désormais une nouvelle priorité, le virage ambulatoire dont j'ai essayé de mettre en exergue les fondements dans un ouvrage éponyme (Planel, Varnier 2017). Celle-ci est exprimée par la notion de parcours de santé et plus largement par un ensemble de mesures visant à favoriser la coordination des soins, les éventuelles délégations de taches et l'émergence de nouvelles professions (infirmière de pratique avancée). La rupture proposée aujourd'hui est illustrée par les dispositions de l'article 51 de la LFSS 2018 dont l'objet est de « *permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins* ».

c) Conclusion

Le recours à une Stratégie Nationale de Santé semble donc indiquer une double volonté : élaborer une politique de santé « globalisante » et ainsi aller vers une transformation profonde de notre système de santé.

Plus que des objectifs, la SNS illustre le positionnement de l'Etat comme stratège ou régulateur, évolution qui a fait l'objet de nombreuses analyses. Ce renforcement du rôle de l'Etat est réel malgré le recours à des outils issus du répertoire de la nouvelle gestion publique et les analyses sur la privatisation de la prise en charge des soins ou l'hôpital-entreprise.

Cette transformation s'appuie sur une activité législative importante, des évolutions institutionnelles majeures (création des agences sanitaires, des agences régionales de santé) et un foisonnement d'objectifs ou de plans illustrent cette transformation dont l'objet est d'adapter notre système aux grands enjeux de santé publique (transition épidémiologique, innovations organisationnelles).

Bibliographie de la note

BENAMOUZIG Daniel, BESANCON, Julien	2008	Les agences nouvelles administrations publiques, in O.Borraz, V.Guiraudon, Politiques publiques, 1.La France dans la gouvernance européenne, SciencePo, 2008
BERGERON Henri,	2010	Les politiques de santé publique, in O.Borraz, V.Guiraudon, Politiques publiques, 2.Changer la société, SciencePo, 2010
BERGERON, Henri, CASTEL, Patrick	2014	Sociologie politique de la santé, PUF, 2014, 479 p
BEZES Philippe	2005	Le modèle de « l'Etat stratège » : genèse d'une forme organisationnelle de l'administration française, sociologie du travail, 2005 (47), p431-450
BEZES Philippe	2008	Le tournant néomanagérial de l'administration française in O.Borraz, V.Guiraudon, Politiques publiques, 1.La France dans la gouvernance européenne, SciencePo, 2008
BEZES, Philippe, SINE, Alexandre	2011	Gouverner par les finances publiques, Science po les presses, 2011
BIRNBAUM Pierre	1985	L'action de l'Etat, différenciation et dédifférenciation, In J.Leca et M.Grawitz, traité de science politique, vol 3, l'action publique, 1985
BRAS, Pierre-Louis, TABUTEAU, Didier	2009	Santé 2010, un rapport de référence pour les politiques de santé, les tribunes de la santé, presses de science po, 2009/4, p79-93
CHEVALLIER Jacques	2003	La gouvernance un nouveau paradigme étatique ?, revue française d'administration publique, p203-217, 2003/1-2
DOMIN, Jean-Paul	2014	Etablissements de santé : comment l'Etat fait-il son marché ? in l'Etat recomposé, Le GALES, Patrick, VEZINAT, Nadège, PUF la vie des idées, p 59-71
EPSTEIN Renaud	2013	La rénovation urbaine, démolition-reconstruction de l'Etat, Science po les presses, 2013
GAUDIN Jean-Pierre	1998	La gouvernance moderne, hier et aujourd'hui : quelques éclairages à partir des politiques publiques françaises, revue internationale de sciences sociales, 155, mars 1998, p51-60
GINON Anne-Sophie, TREPREAU Maurice	2008	L'Ondam peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie ? Revue de droit sanitaire et social, Novembre-décembre 2008, p 1096-1109
GINON Anne-Sophie, TREPREAU Maurice	2011	La participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles Revue de droit sanitaire et social Janvier-février 2011 Pages 105-115
HASSENTEUFEL Patrick	2008	Sociologie politique : l'action publique, 2008, Armand Colin, 294 p

JOBERT Bruno	1985	Les politiques sociales et sanitaires, In J.Leca et M.Grawitz, traité de science politique, vol 4 les politiques publiques, 1985
LE GALES Patrick	1995	Du gouvernement des villes à la gouvernance urbaine, revue française de science politique, n°1, 1995, p57-95
MERRIEM, François-Xavier	1999	La nouvelle gestion publique : un concept mythique, Lien social et politique, n°41, 1999, p 95-103
PALIER, Bruno, BONOLI, Giuliano	1999	Phénomènes de Path Dependence et réformes des systèmes de protection sociale. Revue française de science politique. 49, 1999
PIERRU, Frédéric, ROLLAND, Christine	2016	Bringing The Health Care State Back In. Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des agences régionales de santé, Revue française de science politique, 2016/3, p483-506
PLANEL Maurice-Pierre	2009	Le Parlement et les politiques de santé, in Traité d'économie et de gestion de la santé, Pierre-Louis Bras, Gérard de Pouvourville, Didier Tabuteau, Science po les presses, 2009
MOYAL Anne	2019	Rationalisation des pratiques professionnelles en maison de santé pluriprofessionnelles / Le paradoxe d'un exercice libéral sous contraintes, Revue française de science politique , 2019/5 Vol. 69, p 821 à 843
PLANEL Maurice-Pierre ; VARNIER Fréderic	2017	Les fondements du virage ambulatoire Presses de l'EHESP Juin 2017 235 Pages
RUELLAN Rolande	2003	Vers une réconciliation de la politique de santé et de l'assurance maladie, Droit social, n°4, avril 2003, p410-419
TABUTEAU Didier	2013	1983-2013 : les évolutions de la politique de santé, Journal de gestion et d'économie médicale, 2013/1, vol 31, p53-67
TABUTEAU, Didier	2010	La métamorphose silencieuse des assurances maladie, Droit social, 2010-01, p.85-92
TREPREAU Maurice	2009	Les nouvelles relations entre l'Etat et l'assurance maladie : le cadre institutionnel de la politique de gestion du risque Revue de droit sanitaire et social, Novembre-décembre 2009, p 1100-1110
TREPREAU Maurice	2016	Sur les instruments de régulation des dépenses de médicaments remboursés, Revue de droit sanitaire et social, Janvier-Février 2016, Pages 119-130
TREPREAU Maurice	2018a	La stratégie nationale de santé : un instrument disruptif de mise en œuvre de la politique de santé, Revue de droit sanitaire et social, Juillet 2018, p 389-401
TREPREAU Maurice	2018b	La transformation du système de santé se nourrit-elle de l'innovation organisationnelle ? Revue de droit sanitaire

et social, Septembre-octobre 2018, p862-876

TREPREAU Maurice, VARNIER, Frédéric — 2016 — La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé, Revue de droit sanitaire et social Juillet-Aout 2016, p 620-632

TROISIEME PARTIE : PUBLICATIONS JOINTES AU DOSSIER

LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ : UN INSTRUMENT DISRUPTIF DE MISE EN OEUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ?

RDSS 2018 p.389

Maurice Trépreau, Chercheur associé au laboratoire interdisciplinaire d'étude du politique Hannah Arendt (LIPHA Paris Est, EA 7373)

Dans le monde des politiques sanitaires et sociales, déjà riches en sigles et acronymes connus de seuls quelques experts, vient d'émerger un nouveau venu, immédiatement repris dans le débat public, la SNS pour Stratégie Nationale de Santé.

La SNS s'inscrit dans un choix sémantique qui dépasse la seule politique de santé. L'expression « stratégie nationale » fait florès puisque, depuis le début des années 2010, sont apparues des stratégies nationales pour plusieurs secteurs de l'action publique : architecture, biodiversité, prévention et délinquance, enseignement supérieur et recherche.

La question qui se pose légitimement est de savoir s'il ne s'agit que d'une entrée supplémentaire dans les longs glossaires qui concluent les rapports et ouvrages consacrés à la politique de santé ou d'un instrument proposant un répertoire d'action renouvelé. S'agit-il simplement d'un nouvel habillage de dispositions existantes ou d'un véritable changement dans l'élaboration et la conduite de la politique de santé ?

La SNS illustre le positionnement de l'État comme stratège ou régulateur, évolution qui a fait l'objet de nombreuses analyses (1). La spécificité du champ sanitaire tient au fait que ce positionnement affirme le renforcement du rôle de l'État (2). Cette évolution est considérée comme un des faits marquants des trente dernières années.

Une activité législative importante, des évolutions institutionnelles majeures (création des agences sanitaires, des agences régionales de santé) et un foisonnement d'objectifs ou de plans illustrent cette transformation. La nécessité d'adapter notre système « aux grands enjeux de santé publique » (3) par l'intermédiaire d'une nouvelle stratégie motive le choix des pouvoirs

publics. Le recours à une Stratégie Nationale de Santé semble donc indiquer une double volonté : élaborer une politique de santé « globalisante » et ainsi aller vers une transformation profonde de notre système de santé.

I - Un cadre nouveau pour conduire une politique de santé globalisante

La SNS offre un cadre nouveau pour élaborer et mettre en oeuvre une politique de santé sous l'autorité de l'État. Il y a deux manières d'apprécier cette évolution : considérer que la SNS est une simple rénovation d'un processus ancien, ou identifier les éléments de rupture intervenus avec l'émergence ce de la SNS.

L'analyse des dispositions législatives constitutives de la SNS, c'est-à-dire la procédure d'élaboration et le contenu de la politique de santé, fait apparaître des éléments qui illustrent une rupture avec la période antérieure. La SNS, avec la nouvelle rédaction de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, va en effet proposer de regrouper les différents pans de l'action publique en santé (santé publique, sécurité sanitaire, offre de soins) dans un ensemble homogène avec l'appui d'une procédure d'élaboration de la politique de santé clarifiée et complétée.

A - Concevoir une politique de santé globalisante

Aussi étonnant que puisse apparaître ce constat, longtemps la France n'a pas élaboré de politique de santé. Poser ce constat peut apparaitre paradoxal à double titre : pourquoi n'existerait-il pas une politique de santé alors que des politiques publiques sont mises en oeuvre dans de nombreux domaines ? Pourquoi dire qu'il n'existe pas de politique de santé alors que les besoins de nos concitoyens en termes d'accès aux soins ont pu être considérés comme satisfaits à partir de la création de la Sécurité sociale ?

La réponse se trouve dans les choix faits de la Révolution à nos jours en matière de répartition de compétences. Pour ne pas remonter à une période plus ancienne, la création de la sécurité sociale en 1945 a durablement ancré une dichotomie entre les missions de l'État et celles de l'assurance maladie : « la seconde partie du XXe siècle a donné lieu à une véritable conquête du système de santé par l'assurance maladie ». Ce mode de gouvernance et cette

primauté accordée aux soins curatifs ont « été un étouffoir (...) reléguant au second plan la politique de santé publique » (4).

Pourquoi la situation actuelle nécessite-t-elle l'élaboration d'une politique de santé ? La réponse est double.

Il y a tout d'abord des éléments liés au degré de maturité du système. La généralisation de l'assurance maladie a permis l'accès de la population à des soins curatifs. La question de l'articulation entre assurance maladie et politique de santé qui ne se posait pas initialement ne s'est véritablement imposée que près de quarante ans après la création de la Sécurité sociale sous l'effet du développement considérable du système de soins, de l'apparition de situations sanitaires particulières : crises et développement de la sécurité sanitaire, démographie médicale, lutte contre la mortalité évitable puis transition épidémiologique, sans oublier les tensions liées à la maitrise des dépenses publiques et donc des dépenses de santé (5).

Il y a ensuite le développement, à compter des années 1990, de « politiques porteuses d'ambitions alternatives à celle des politiques curatives » (6). Ces politiques alternatives ont posé les jalons qui ont ouvert une réflexion sur la nécessité d'élaborer une politique de santé globalisante afin de « répondre à un élément de diagnostic consensuel qui fonde en bonne partie l'esprit de la stratégie nationale de santé : le constat, souligné notamment par le rapport du Comité des sages, d'un pilotage déficient des politiques de santé, fruit d'une bipartition historique, pilotage de l'État pour la prévention, la sécurité sanitaire, les soins hospitaliers et pilotage de l'assurance maladie pour les soins de ville, le remboursement et l'indemnisation. Ce cloisonnement est contraire aux ambitions de la stratégie nationale de santé. La politique de santé doit être menée de manière à garantir une réponse cohérente aux enjeux de santé, de dépendance ou de handicap, pour l'ensemble de la population et tout au long de la vie de chacun » (7).

Le code de la santé publique (8) propose désormais une définition du périmètre de la politique de santé qui répond à cet objectif. Cette politique repose sur un principe général : « garantir le droit à la protection de la santé

de chacun », référence au Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 (9) et 11 items qui énumèrent ses différentes facettes. Pour illustrer l'évolution proposée par la SNS, il semble important d'en retenir trois.

L'objectif premier de la politique de santé est « la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ».

Deux autres points (5e et 6e items) viennent rappeler l'approche globale qui est désormais préconisée en insistant sur d'une part, « l'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » ; d'autre part, « la prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale ». L'objectif de la SNS est donc bien « de refonder dans une seule et même politique l'ensemble des champs de l'action publique sanitaire » (10).

Cette volonté de rassembler sous un seul chapeau l'ensemble des actions menées pour améliorer la santé de la population ne va pas jusqu'à retenir le périmètre issu de la définition de l'OMS « un état complet bien-être physique, psychique et social ». Cette définition propose en effet un périmètre très large et il n'est « pas possible de prendre en compte toutes les formes d'action publique ayant un impact sur la santé sous peine de dissoudre la préoccupation dont elle est porteuse » (11).

Si la référence à la définition de l'OMS est reprise par la SNS qui rappelle le principe « selon lequel la santé doit être un objectif de toutes les politiques publiques menées en France » (12), approche dite HIAP (Heath in all

policies), c'est principalement par la liste des ministres en charge de mettre en œuvre la SNS (13) que cette affirmation trouve une traduction concrète.

L'élaboration d'une politique de santé globalisante s'accompagne de l'émergence d'un acteur nouveau, l'État, qui assume la responsabilité de l'élaboration de cette politique.

Une politique publique se caractérise par « des programmes d'action suivis par les autorités étatiques » (14) ; elle combine deux notions fondamentales : celles d'État et de programme d'action. Dans le cas de la politique de santé, l'intervention de l'État n'allait pas de soi du fait des choix faits antérieurement de laisser la gestion des soins de ville à l'assurance maladie et du caractère limité des actions de santé publique gérées par l'État.

C'est la construction de « la sécurité sanitaire comme nouveau service public (après le service public hospitalier et le développement des politiques de régulation) qui va contribuer à structurer l'action de l'État dans le champ de la santé » (15) et permettre ces nouveaux développements.

Les lois de santé adoptées depuis 2004 (16), comme le plan Juppé, sont des marqueurs intéressants de cette transformation. Elles favorisent un renforcement des acteurs étatiques dans la gouvernance du système de santé et plus largement dans le système de protection maladie obligatoire.

La création de la SNS s'inscrit dans cette affirmation de la responsabilité de l'État. Cette responsabilité s'affirme dans une conception globalisante en renforçant l'articulation entre politique de santé et assurance maladie (17) tandis que la loi de 2016 complète le dispositif avec un chapitre relatif au « renforcement de l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie ». L'objectif est de « permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de définir les attentes de l'État » notamment en matière de politique conventionnelle et de gestion du risque.

La SNS correspond à une nouvelle phase, elle propose une définition de la politique de santé qui englobe offre de soins, santé publique et protection sociale contre la maladie. Il s'agit d'une évolution forte de la conception de la politique de santé.

B - Définir une procédure d'élaboration « moderne »

La SNS est aussi un instrument méthodologique pour élaborer la politique de santé. Procéduralement, elle cristallise les évolutions entamées au milieu des années 1990 visant à faire émerger une procédure d'élaboration de la politique de santé. Elle consolide les éléments de cette procédure à la lumière de l'expérience acquise et y intègre des éléments « modernisateurs ».

Cette procédure se décompose en cinq éléments : une expertise préalable ; des orientations qui reposent sur cette expertise et énoncent des priorités ; un débat public ; la durée au-delà de laquelle ces orientations doivent être revues ; une évaluation.

Le retour d'expérience de ces vingt dernières années doit principalement se concentrer sur deux étapes principales que sont, en la matière, le plan Juppé de 1996 et la loi de 2004 (18). La législation relative à la sécurité sociale a été la première à prévoir une procédure d'élaboration et de formalisation d'une politique de santé par le biais des lois de financement de la sécurité sociale (19). Ces dernières devaient permettre l'approbation annuelle des orientations de la politique de santé et de sécurité sociale (par le biais d'un rapport annexé à la LFSS).

Concrètement, un dispositif en trois temps était prévu : une expertise réalisée par le Haut conseil de la santé publique (HCSP), une phase de concertation avec la Conférence nationale de santé (CNS), une phase de délibération à l'occasion de l'examen annuel de la loi de financement de la sécurité sociale.

Dans les faits, la chaîne vertueuse imaginée à cette occasion n'a pas fonctionné. Le rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale, après avoir repris la première année les dix priorités de santé publique arrêtées par la CNS, s'est transformé au fil du temps en document énumérant les actions entreprises plutôt que définissant de véritables orientations stratégiques de la politique de santé, et s'adressant ainsi plus au passé qu'au futur.

Ce dispositif a néanmoins eu la vertu de faire progresser le questionnement sur les modalités d'élaboration de la politique de santé. Ces

débats ont fait naitre la nécessité de distinguer le débat annuel autour des comptes de la sécurité sociale de la nécessité de fixer des objectifs pluriannuels en matière de santé. Ces dispositions ont été aménagées en 2002 afin d'améliorer l'organisation du débat parlementaire ouvrant la voie à une véritable loi de programmation en santé, avant d'être profondément aménagé par la loi de 2004 (20).

À cette occasion, la procédure est précisée avec l'annonce d'une définition quinquennale des objectifs de santé publique. Ces objectifs de santé publique ainsi que les principaux plans doivent figurer dans un rapport annexé (21) à la loi de santé. Le rôle du Haut Conseil de la Santé Publique et de la Conférence Nationale de Santé est rappelé, les dispositions de la loi de 2002 (22) relative au rôle des usagers dans le système de santé sont conservées.

La SNS est le produit de cette évolution institutionnelle entamée en 1996 qu'elle cherche à moderniser. Le recours à l'expertise a peu évolué depuis sa création. Il repose en priorité sur les travaux du Haut Conseil de la Santé Publique, même si des analyses complémentaires (c'était le cas en amont de la loi de 2016) peuvent venir enrichir cette expertise proprement sanitaire. Si le principe de bâtir la politique de santé autour d'orientations est pérenne depuis l'origine, la forme et le nombre de ces orientations ont substantiellement évolué depuis 1996. Cette évolution a deux raisons. La première tient au fait que les 100 objectifs de la loi de 2004 sont aujourd'hui considérés comme une absence d'orientation stratégique et qu'il convient donc de définir des axes prioritaires clairs, ce que fait la SNS. La seconde est de rechercher une coordination plus forte entre les différents éléments de la politique de santé, dont le périmètre est maintenant précisé par la loi.

La forme du débat public a elle aussi évolué. Limitée à la CNS et au débat parlementaire en 1996, elle est maintenant organisée sous forme d'une consultation publique qui doit permettre d'associer à la fois les usagers et les professionnels du secteur. Et c'est bien la SNS, donc la politique de santé choisie par le Gouvernement, qui doit être soumise à cette consultation, qu'il y ait ou non un débat parlementaire.

La question de la temporalité du débat et de la nécessité de reformuler des orientations a connu également des changements profonds après les tâtonnements initiaux. L'impossibilité dans laquelle s'étaient trouvés les pouvoirs publics de procéder à la révision quinquennale de la loi de 2004 a conduit à étendre jusqu'à 10 ans (23) la durée maximale de la SNS. Le Gouvernement actuel a toutefois fait le choix d'une SNS qui couvre la législature en cours (2018-2022). Cette durée est fixée par voie réglementaire et non plus législative.

L'évaluation, déjà prévue par les textes antérieurs, est également modernisée. Elle fait désormais l'objet d'un suivi annuel, et d'une évaluation pluriannuelle. Ces résultats sont rendus publics. Il y a donc bien, au moment de la conception de la SNS et de son évaluation, la volonté d'assurer la publicité des travaux, illustrant ainsi le fait que la « transparence est devenue une composante majeure de l'action publique » (24).

L'ensemble de ces dispositions est rappelé dans la loi (25). Elles tracent les contours d'une stratégie nationale de santé conçue comme un instrument clé (une stratégie et un plan national) pour conduire une politique de santé globalisante, bâtie sur le fondement des travaux d'expertise (le Haut conseil de la santé publique), une concertation des usagers et des professionnels au service de priorités fortement affirmées.

II - La SNS doit donner une vision cohérente des enjeux à relever pour transformer le système de santé

L'élaboration d'une politique de santé, au regard de son périmètre potentiellement très large, doit rechercher un équilibre complexe entre des domaines d'action prioritaires et des mesures visant à traiter l'ensemble des besoins : « les orientations majeures constituent la stratégie proprement dite, la stratégie est la part centrale d'une politique de santé. Le niveau de réponse fixé pour faire face à l'ensemble des besoins constitue l'autre part d'une politique de santé » (26).

La recherche d'orientations prioritaires susceptibles d'identifier cette politique, et d'entrainer les acteurs, n'est pas un choix propre à la France. De nombreux pays européens ont recouru à la définition d'orientations

prioritaires ces vingt dernières années selon le modèle des Health Targets préconisé par l'OMS à la fin des années 1990.

La définition de ces axes prioritaires poursuit un objectif central qui est de donner une vision des transformations à réaliser pour améliorer le fonctionnement du système de santé. La SNS doit également définir des instruments, des leviers d'action qui vont permettre la mise en oeuvre des orientations retenues.

A - Proposer une vision renouvelée des transformations à accomplir

Avec la construction d'une politique globalisante, la SNS poursuit plusieurs objectifs dont celui « de proposer, en amont de tout programme opérationnel et du recours aux outils classiques de l'action publique (plans sectoriels, lois, etc.), une vision globale et prospective pour l'action publique » (27).

Cette démarche s'inscrit dans la construction d'un récit (policy narative) qui donne « de la signification au présent et suggère ce qui devrait être fait pour le futur » (28). La construction de ce récit est d'autant plus nécessaire que la politique de santé doit apporter une réponse globale aux enjeux sanitaires et ne pas se borner à des réponses factuelles sous la pression d'un lobby ou d'une urgence sanitaire. Elle doit, en outre, entraîner l'adhésion de l'ensemble des acteurs. L'élaboration de la SNS doit donc être conçue comme une opération de mise en sens (29) (signification et direction) d'initiatives éparpillées et non coordonnées.

Plusieurs documents permettent de suivre l'élaboration de la stratégie nationale 2018-2022 (30) et la vision du système de santé qui est porté à travers ses orientations principales. Sont également disponibles le rapport Cordier (31) et les documents préparatoires à la loi de 2016 (32). Les 227 articles de ce texte peuvent être considérés comme la mise en forme normative et instrumentale d'une SNS.

Le rapport Cordier propose une ligne directrice : la nécessité de décloisonner, de mettre fin à la logique de silo qui commande le fonctionnement de notre système de santé. Ce point est identifié comme l'orientation majeure que doit se fixer une stratégie nationale de santé. Ce

diagnostic est accueilli dans un consensus quasi complet. Comme le souligne le Haut conseil de la santé publique, l'objectif de ce rapport était de « rendre lisible un changement de système bâti autour des patients et non autour des structures » (33).

Il s'agit en fait d'actionner le virage ambulatoire, une réforme qui « suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, établissements médico-sociaux) et impose donc des efforts de coordination plus importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé » (34).

Pour atteindre ces objectifs, le rapport Cordier pointe cinq défis à relever : le défi de l'accès aux soins, notamment pour les populations les plus fragilisées ; le défi de la transition épidémiologique et démographique ; le défi des évolutions scientifiques et des techniques ; le défi du financement durable ; le défi de la combinaison entre l'égalité de traitement et la réponse personnalisée, sans pour autant faire fi de la solidarité ; le défi de l'impact des différentes politiques publiques sur la santé collective et les inégalités sociales de santé.

Mais, formellement, c'est au Gouvernement installé après l'élection présidentielle de 2017 qu'a incombé la tache de définir la première SNS. Cette procédure est lancée sans attendre, dès le mois de mai 2017, tandis que l'adoption des plans régionaux de santé dont les ARS sont en charge est retardée au premier trimestre 2018 afin de les articuler avec la politique définie au niveau national.

La procédure débute par la consultation du Haut conseil de la santé publique. À cette occasion, plutôt qu'une approche par pathologies ou sous-populations, privilégiée dans ses précédentes expertises, le HCSP a identifié les grands domaines qui constituent une menace potentielle pour l'état de santé des français et pour notre système de santé (35) : les risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques ; l'exposition de la population aux risques infectieux ; l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques ; l'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux.

Il propose également cinq axes d'action (36) :

- une politique de prévention et de promotion de la santé ambitieuse et soutenue (prévoir une structuration et un financement de l'effort de prévention à la hauteur des ambitions ; développer une culture de la prévention et de la promotion de la santé auprès des acteurs de santé ; lutter contre les risques environnementaux avérés) ;

- les cinq orientations du système de santé (engager le système de santé et donc de soins dans un virage préventif ; réorienter l'offre de soins vers les soins de ville ; améliorer la sécurité des patients ; améliorer la qualité de vie au travail des personnels du système de santé ; renforcer les réponses face aux risques sanitaires émergents) ;

- le développement de l'innovation en santé (développer l'accès à l'innovation, concevoir la révolution technologique digitale comme une révolution sociétale ; prendre en compte le développement des big data en santé) ;

- le développement et le soutien à la formation et à la recherche en santé publique (formation des professionnels, soutien à une politique de recherche en santé publique ;

- une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents (poursuivre les politiques en faveur des jeunes ; agir dès la petite enfance ; soutenir les professionnels de la PMI et de la santé scolaire ; accompagner la mise en place du parcours éducatif en santé.

Dans sa version définitive (37), la SNS retiendra 4 axes (et autant de têtes de chapitre) qui, s'ils ne reprennent pas exactement la rédaction proposée par le HCSP, en conservent l'esprit et permettent de définir des orientations prioritaires :

- mettre en place une politique de promotion de la santé incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie ;

- lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;

- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;

- innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

À ces 4 axes viennent s'ajouter des priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte. Ces axes prioritaires répondent à l'objectif d'une politique de santé globalisante, associant des préoccupations populationnelles, d'organisation de soins, de qualité, de démocratie sanitaire et d'innovation. Ils permettent de fixer des orientations prioritaires. Ces documents peuvent être examinés séparément ou mis en regard les uns par rapport aux autres, y compris avec les premières priorités définies par la Haut Conseil de la Santé Publique et la Conférence Nationale de Santé au milieu des années 1990. Cette analyse des thématiques retenues montre, nonobstant des variations rédactionnelles, la permanence d'un certain nombre d'items (38).

Ces thématiques s'inspirent de « solutions qui sont réputées engendrer de profondes transformations du système de santé » et qui peuvent être schématiquement regroupées en trois ensembles : les « mesures destinées à modifier la nature des relations entre les différents intervenants du secteur » ; « le contrôle des dépenses de santé » ; « l'amélioration de la qualité des soins (39) ». Ces trois thématiques se retrouvent dans les propositions du rapport Cordier, la loi de 2016 et la SNS 2018-2022.

La modification des relations entre les différents intervenants est au coeur de ces travaux. Mais alors que cette préoccupation se focalisait sur les modalités d'une évolution de la gouvernance du système et notamment d'une meilleure articulation entre politique de santé et assurance maladie, elle développe désormais une nouvelle priorité. Celle-ci est exprimée par la notion de parcours de santé et, plus largement, par un ensemble de mesures visant à favoriser la coordination des soins, les éventuelles délégations de taches et l'émergence de nouvelles professions (infirmière de pratique avancée). La rupture proposée aujourd'hui est illustrée par les dispositions de l'article 51 de la LFSS 2018 dont l'objet est de « permettre l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients,

de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins ». La question glisse d'une problématique axée sur la gouvernance du système à celle de la promotion de l'innovation organisationnelle.

L'amélioration de la qualité des soins (qui ne peut se limiter à une simple préoccupation budgétaire) connait des développements nouveaux depuis le milieu des années 2000 avec le déploiement d'un système de rémunération assis sur l'atteinte d'objectifs de qualité et la promotion d'un objectif de transparence des pratiques. Cette thématique est directement portée par la ministre en exercice (40), par ailleurs ancienne présidente de la Haute autorité de santé, instance chargé de promouvoir cette qualité, qui souhaite en faire un axe prioritaire de sa politique.

Le contrôle des dépenses de santé n'est pas oublié. Outre qu'il s'agit d'une priorité énoncée par le Président de la République et le Premier ministre, le texte rappelle dès la première page que la SNS « s'inscrit dans la cadre économique et financier fixé par le Gouvernement pour un rétablissement durable de la situation des finances publiques » (41).

Le thème de la promotion de la santé (et du développement de la prévention) est, quant à lui, une constante de ces orientations. Il illustre à la fois le caractère consensuel du diagnostic posé depuis plus de 20 ans et la difficulté de réformer le système pour lui imposer de nouvelles priorités. La place de la promotion de la santé comme premier axe de la SNS 2018-2022 s'explique à la fois par l'antériorité du thème, sa pertinence et l'annonce par le Président de la République de faire de la prévention l'axe prioritaire de la politique de santé de son Gouvernement.

A contrario, la question de l'innovation occupe une place à part : si la diffusion des innovations organisationnelles peut être rattachée à la problématique des relations entre les acteurs, les questions sur le numérique en santé ou l'accès aux produits de santé innovants ont des aspects nouveaux, ou en tout cas profondément renouvelés.

B - Atteindre les objectifs fixés constitue une question centrale

Comme le rappelle le rapport Cordier, « définir une stratégie, c'est déterminer des priorités d'action et de programmation, et identifier les

conditions de succès de leur mise en oeuvre, avec comme préconisation première, voire unique, de considérer que le temps est à la décision et à l'action » (42). Il convient donc non seulement de d'élaborer une politique de santé, et une stratégie nationale de santé, mais également d'en définir les modalités de mise en oeuvre.

Cette préoccupation n'est pas nouvelle : « depuis longtemps, il est question de difficultés récurrentes et de changement trop lents (...) ; depuis longtemps, les rapports se succèdent avec souvent des recommandations qui renforcent les précédentes, et les principaux axes d'action sont connus. Il existe un matériau conceptuel extrêmement riche. Et tout a été écrit ou presque » (43).

La mise en oeuvre de la politique de santé se heurte à des questions de financement. Cette question est d'autant plus prégnante qu'il faut faire avec le financement de l'assurance maladie, véritable « budget de la santé » (44). Ensuite parce que, comme l'ont montré les débats autour de la loi de 2004, des moyens budgétaires doivent être alloués aux objectifs fixés par le législateur ou les autorités sanitaires : « l'absence d'incitations financières fait obstacle à la mise en oeuvre car les acteurs sont alors peu intéressés à la mise en oeuvre d'un nouveau programme d'action » (45).

La question des moyens est également liée à la perception et à la crédibilité des objectifs définis. La loi de 2004 (46) représente ainsi, à son corps défendant, l'exemple de ce qu'il ne fallait pas faire (47). Collectivement, nous avons retenu les 100 objectifs figurant dans le rapport annexé, dont personne ne conteste la légitimité mais dont le nombre est considéré comme contraire au principe de définition de priorités pour la politique de santé. Personne ne se souvient que les orientations proposées était d'abord structurées autour de plans stratégiques de santé publique, développés dans quatre domaines soulignés par le Président de la République : cancer, violence routière, handicap et santé environnementale, maladies rares tandis que les cent objectifs de santé publique représentaient « les problèmes [priorités] de santé retenus à l'issue de la consultation nationale » lancé concomitamment à la préparation du projet de loi (48). Enfin, se pose la

question de l'adhésion des acteurs. Si les « opérateurs de l'État » dans le champ de la santé devront contribuer chacun dans leur périmètre d'action à la mise en oeuvre de la SNS (c'est le cas notamment des ARS) (49), il faudra convaincre les professionnels de santé de faire évoluer leurs pratiques.

Les modalités de mise en oeuvre de la SNS sont prévues par la réglementation. Elles font référence, d'une part, aux plans et programmes nationaux (50) dont la cohérence sera notamment assurée par le plan national de santé publique et, d'autre part, aux projets régionaux de santé et d'autres outils régionaux.

Cette construction se veut rationnelle et tenant compte de l'expérience passée. Un petit doute subsiste seulement sur la façon dont le plan national de santé publique peut venir assurer la cohérence des plans et programmes nationaux. Ce qui peut laisser penser que la SNS n'est pas le seul instrument destiné à assurer la cohérence de l'ensemble.

S'il est trop tôt pour porter un jugement d'ensemble sur la bonne mise en oeuvre de la SNS, il convient de souligner que le travail a débuté à des degrés de détail variés. Le Gouvernement a ainsi rendu public (51), à la suite du conseil interministériel de la santé du 26 mars 2018, un plan national de santé publique, intitulé « priorité prévention » et présenté comme l'un des quatre piliers de la stratégie nationale de santé.

Des mesures concrètes sont aussi déjà prises ou en cours de préparation. C'est le cas de la limitation de la vitesse à 80 km/h (prévenir les risques liés à la conduite dangereuse sur la route, axe 1 : mettre en place une politique de promotion de la santé, qui rappelle que la vitesse excessive ou inadaptée est la première cause des accidents mortels), de l'obligation vaccinale (renforcer la protection vaccinale de la population axe 1 : mettre en place une politique de promotion de la santé) ou encore de l'engagement présidentiel de limiter les dépenses de santé notamment pour les prothèses dentaires et auditives et pour l'optique médicale (lever les obstacles sociaux et économiques à l'accès au système de santé, axe 2 : lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé) qui fait l'objet de négociations entre les professionnels concernés et les autorités sanitaire compétentes. Il en est de même de la

télémédecine (généraliser dans la pratique quotidienne l'usage de la télémédecine, axe 2 : lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé), de la pertinence des soins (développer une culture de la qualité et de la pertinence, axe 3 : garantir la qualité) ou des nouvelles mesures législatives visant à faciliter, par l'expérimentation, l'émergence et la diffusion des organisations innovantes (axe 4 : innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers).

Si le législateur a eu la volonté de rationaliser le cadre de l'élaboration et de la conduite de la politique de santé, les autorités sanitaires conservent la possibilité de répondre à des problèmes nouveaux ou de susciter des chantiers complémentaires. Le chantier de transformation du système de santé annoncé par le Premier ministre et la ministre des Solidarités et de la santé le 13 février dernier se trouve sans doute au croisement d'une double préoccupation : mise en oeuvre de la SNS et nécessité de répondre à la grogne hospitalière.

Il s'agit cette fois d'engager « le mouvement de transformation qui devra dessiner une vision de notre futur système de santé autour de cinq chantiers : la qualité et la pertinence de soins, les modes de financement et de régulation, le virage numérique, la formation et la qualité de vie au travail des professionnels de santé et enfin l'organisation territoriale des soins » (52).

Cette nécessité peut s'expliquer de plusieurs façons. Tout d'abord, si comme le rapport Cordier le soulignait, « la convergence des points de vue entre tous les acteurs du système de santé est forte sur le diagnostic », des divergences profondes peuvent être constatées sur les évolutions à mettre en oeuvre. Ce mouvement constitue donc un effort pédagogique supplémentaire ; il est d'ailleurs précédé d'une phase de concertation spécifique qui se déroule de mars à mai 2018.

Ensuite, cette démarche permet d'insister sur des points qui sont sans doute insuffisamment mis en exergue dans un document visant à présenter la politique de santé : c'est notamment le cas des problématiques liées au financement des soins et, plus généralement, de la santé. Sont visées la

réforme de la tarification à l'activité et l'émergence de modèles de financement nouveaux afin de réduire à 50 % la part des rémunérations à l'acte avant la fin de la législature. L'idée qui semble sous-jacente à ces travaux est bien de définir de nouveaux modes de financement. Leur rôle est aussi d'apporter une réponse au malaise exprimé, notamment en début d'année par les hôpitaux.

Enfin, cette démarche a pour effet d'ouvrir des chantiers simultanés qui peuvent être interprétés soit comme la volonté de réformer le système après des années d'immobilisme, soit comme une opération de « carpet bombing » destinée à annihiler toute réaction corporatiste ou toute possibilité d'opposer un veto à la réforme. Elle confirme également que « l'inscription à l'agenda de la réforme de la bureaucratie [entendu ici comme les silos qui composent le système de santé] est fortement indexée à l'arrivée au pouvoir d'une nouvelle majorité mais aussi aux modalités d'appropriation de l'enjeu administratif par le leader de l'exécutif » (53). La réforme du système de santé proposé par la SNS et le projet de transformation de notre système de santé participent alors à la construction d'une identité stratégique et politique de l'exécutif.

Mots clés :

SANTE PUBLIQUE * Généralités * Politique de santé publique * Stratégie nationale de santé * Mise en oeuvre

(1) V. par ex. P. Hassenteufel, Sociologie de l'action publique : l'action publique, Armand Colin, 2008.

(2) En ce sens, v. D. Tabuteau, 1983-2013 : les évolutions de la politique de santé, Journal de gestion et d'économies médicales, 2013/1, vol. 3, pour qui la « transformation de l'action publique en matière de santé (a) pour fil directeur l'affirmation progressive d'un pouvoir d'État pour l'organisation et la régulation du système de santé ».

(3) « C'est tout un système de santé qu'il faut reconstruire », J.-M. Ayrault, Premier ministre, Discours de politique générale, 3 juill. 2012.

(4) D. Tabuteau, Sécurité sociale et politique de santé, in Les tribunes de la santé, 2016/1.

(5) D. Tabuteau, La politique de santé : entre sécurité sociale et sécurité sanitaire, Dr. soc. 2001. 186 ; R. Ruellan, Vers une réconciliation de la politique de santé et de l'assurance maladie, Dr. soc. 2003. 410 .

(6) H. Bergeron, Les politiques de santé publique, in O. Borraz, V. Guiraudon, Politiques publiques, 2. Changer la société, SciencePo, 2010.

(7) Exposé des motifs du projet de loi de modernisation de notre système de santé.

(8) CSP, art. L. 1411-1.

(9) « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

(10) M. Heard et F. Cremieux, Stratégie nationale de santé, in F. Bourdillon, G. Brücker et D. Tabuteau, Traité de santé publique, Lavoisier Médecine Sciences, 3e éd., 2016.

(11) A. Lopez, Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable, Santé publique 2012/3 (vol. 24).

(12) Annexe du décret n° 2017-1866 du 29 déc. 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

(13) Outre le Premier ministre, 19 ministres sont signataires du décret n° 2017-1866 du 29 déc. 2017.

(14) P. Hassenteufel, Sociologie de l'action publique… (op. cit.).

(15) D. Tabuteau, Santé et politique en France, Recherche en soins infirmiers, 2012/2, n° 109, p. 6 s.

(16) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; loi n° 2009-879 du 21 juill. 2009 portant réforme de l'hôpital et

relative aux patients, à la santé et aux territoires ; loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé.

(17) « La SNS détermine (…) des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie » : CSP, art. L. 1411-1-1.

(18) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

(19) Loi organique n° 96-646 du 22 juill. 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale

(20) Art. 2 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifiant l'article L. 1411-1 CSP.

(21) Le rapport annexé à la LFSS sera supprimé en 2005 lors de l'adoption de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(22) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé modifiant l'art. L. 1411-1 CSP.

(23) CSP, art. R. 1411-1.

(24) M. Guegan, M.-P. Planel, Santé : la transparence en question(s), Presses de l'EHESP, mars 2018.

(25) Art. L. 1411-1-1 CSP.

(26) A. Lopez, Réguler la santé, Presses de l'EHESP, 2013.

(27) M. Heard et F. Cremieux, Stratégie nationale de santé, in F. Bourdillon, G. Brücker et D. Tabuteau (dir.), Traité de santé publique, Lavoisier Médecine Sciences, 3e éd., 2016.

(28) C.-M. Radaelli, Récits, in L. Boussaguet, S. Jacquot, P. Ravinet (dir.), Dictionnaire des politiques publiques, Science po les presses, 3e éd., 2010.

(29) H. Bergeron, Les politiques de santé publique, in O. Borraz, V. Guiraudon, Politiques publiques, 2. Changer la société, SciencePo, 2010.

(30) Notamment les travaux préparatoires du HCSP et la version de la SNS soumise à la concertation.

(31) A. Cordier, G. Chene, G. Duhamel et al., Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 recommandations du comité des « sages », 2013.

(32) P.-L. Bras, A. Loth, Rapport sur la gouvernance des données de santé, 2013 ; E. Couty, C. Scotton, Le pacte de confiance pour l'hôpital, 2013 ; C. Compagnon, V. Ghadi, Pour l'an II de la démocratie sanitaire, 2014 ; B. Devictor, Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH) : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, 2014 ; IGAS, Stratégie Nationale de Santé, synthèse des débats régionaux, 2014.

(33) Stratégie nationale de santé, contribution du HCSP, sept. 2017.

(34) M.-P. Planel, F. Varnier, Les fondements du virage ambulatoire, Presses de l'Ehesp, 2017.

(35) Les priorités ont été définies en tenant compte : du poids de la maladie actuel ou futur ; du poids économique du problème pour la société ; l'identification d'un ou plusieurs déterminants connus ; l'existence d'actions efficaces connues, de capacités potentielles de prévention sur ces déterminants ; les problèmes d'organisation des soins induits ; l'existence d'inégalités sociales ou territoriales ; la perception sociale (importance que la société donne au problème) ; le fait que la problématique concerne plusieurs déterminants à la fois ; la capacité de partage de ce problème entre les professionnels et le grand public, stratégie nationale de santé, contribution du HCSP, sept. 2017.

(36) Avis relatif à la saisine du 17 mai 2017 sur la stratégie nationale de santé, Haut Conseil de la Santé Publique.

(37) Décret n° 2017-1866 du 29 déc. 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

(38) Le rapport Santé 2010 publié en 1993 avait été organisé autour de quatre ateliers préparatoires : les perspectives financières du système de santé ; les inégalités sociales de santé ; les déterminants des états de santé ; les rémunérations des producteurs et participations financières des usagers.

(39) H. Bergeron, P. Castel, Sociologie des politiques de santé, PUF, 2014, p. 78.

(40) Voilà plus de 20 ans que nos concitoyens s'interrogent sur l'opportunité de certaines pratiques médicales ou parcours de soins et pourtant les politiques publiques ne s'en sont saisies que très récemment : A Buzyn, ministre des Solidarités et de la santé, ouverture du colloque de la HAS consacré à la pertinence des soins, nov. 2017, Le Généraliste, 14 nov. 2017.

(41) Annexe du décret n° 2017-1866 du 29 déc. 2017.

(42) A. Cordier, rapport précité.

(43) A. Cordier, rapport précité.

(44) M.-P. Planel, Le Parlement et les politiques de santé, in P.-L. Bras, G. de Pouvourville, D. Tabuteau (dir.), Traité d'économie et de gestion de la santé, juin 2009.

(45) P. Hassenteufel, Sociologie politique, l'action publique, Armand Colin, 2008.

(46) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

(47) B. Goudet, La loi de santé publique du 9 août 2004 : une analyse sociologique, Santé publique n° 4, 2014.

(48) Rapport d'objectifs de santé publique annexé à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

(49) CSP, art. L. 1431-1 : une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en oeuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé.

(50) La SNS comporte quatre axes, détermine onze domaines d'action prioritaires déclinés en 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie de l'accident et du handicap.

(51) https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante

(52) E. Philippe, Premier ministre, Stratégie de transformation du système de santé, lancement des travaux, dossier de presse, 9 mars 2018.

(53) P. Bezes, Les politiques de réforme sous Sarkozy, rhétorique de rupture, réforme de structures et désorganisations, in J. de Maillard et Y. Surel (dir.), Les politiques publiques sous Sarkozy, Sciences Po les presses, 2012.

Copyright 2022 - Dalloz – Tous droits réservés

LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ SE NOURRIT-ELLE DE L'INNOVATION ORGANISATIONNELLE ?

RDSS 2018 p.862

Maurice Trépreau, Chercheur associé au laboratoire interdisciplinaire d'étude du politique Hannah Arendt (LIPHA Paris Est, EA 7373)

L'essentiel

La transformation du système de santé est inscrite à l'agenda des pouvoirs publics en raison de l'évolution des besoins de la population (transition épidémiologique) et des objectifs de maîtrise des dépenses. L'innovation organisationnelle est considérée comme un levier de cette transformation. Les maisons de santé illustrent ce rôle : la difficulté pour une innovation à trouver sa place dans un système fortement réglementé et à devenir un modèle dominant mais aussi la capacité de cette même innovation à imposer un nouveau mode d'organisation des soins : l'exercice coordonné. A l'aune de cet exemple, l'enjeu pour les pouvoirs publics est donc de créer un creuset susceptible d'accueillir ces innovations, d'encourager les initiatives locales, de permettre leur financement mais aussi leur évaluation. C'est à ces conditions que les innovations organisationnelles pourront être un levier de cette transformation.

La question de la transformation, selon l'expression utilisée par le Gouvernement actuel, est au coeur de la politique de santé. Des chantiers, nombreux, sont ouverts traçant les contours d'une volonté réformatrice affichée dont l'objet est de réformer en profondeur le système de soins autour de cinq chantiers prioritaires : la qualité et la pertinence ; le financement et les rémunérations ; le numérique en santé ; les ressources humaines ; l'organisation territoriale.

L'énoncé de ces objectifs ne soulève pas d'opposition spectaculaire : ils répondent à un diagnostic partagé des transformations souhaitables du système de santé.

La principale critique qui pourrait leur être portée est finalement leur caractère ancien. Le rapport Santé 2010 (1) publié en 1993 avait été organisé autour de quatre ateliers préparatoires : les perspectives financières du système de santé ; les inégalités sociales de santé ; les déterminants des états de santé ; les rémunérations des producteurs et participations financières des usagers.

Comme le soulignait le rapport Cordier, vingt ans plus tard : « depuis longtemps, il est question de difficultés récurrentes et de changement trop lents [...] ; depuis longtemps, les rapports se succèdent avec souvent des recommandations qui renforcent les précédentes, et les principaux axes d'action sont connus. Il existe un matériau conceptuel extrêmement riche. Et tout a été écrit ou presque » (2).

La question centrale qui est posée à travers cette volonté transformatrice est celle de l'organisation des soins. Cette organisation des soins doit être adaptée « à la transition épidémiologique et à la dépendance. Ces deux phénomènes transforment profondément l'objet même des organisations (...). Or, l'organisation actuelle du système est pensée autour d'interventions ponctuelles, par des acteurs indépendants les uns des autres (...). Si cette inadaptation est souvent considérée sous l'angle des modes de financement, elle concerne en réalité l'ensemble des dimensions d'organisation » (3).

Cette organisation des soins doit aussi relever les défis scientifiques et techniques. Enfin, selon le Hcaam, elle est indispensable en raison de l'épuisement du modèle actuel qui « malgré les efforts d'adaptation entrepris, connaît un désajustement de plus en plus flagrant nourrissant la mise en doute sur sa capacité à répondre aux besoins et aux aspirations de la société contemporaine » (4).

La stratégie nationale de santé (5) a fait de l'émergence et de la diffusion des organisations innovantes un de ses objectifs. L'innovation organisationnelle doit donc servir de levier afin de transformer le système de santé et permettre à chaque malade d'accéder à une offre de soins coordonnée et complémentaire. L'atteinte de cet objectif suppose de faire

évoluer les modes de prise en charge actuels pour aller vers une plus grande coordination de la prise en charge et une hiérarchisation des interventions.

Cette perspective est bousculée par un récent rapport du Hcaam qui s'interroge sur l'intérêt de poursuivre « une démarche d'adaptation progressive du système de santé à partir d'expérimentations ou d'ajustements locaux et en attendre une transformation structurelle de notre offre de santé » ? (6)

La question qui se pose alors est de savoir en quoi l'intérêt renouvelé pour expérimenter de nouvelles formes d'innovations organisationnelles participe à la transformation des systèmes de santé.

I - L'innovation organisationnelle bénéficie d'un intérêt renouvelé

La question de la transformation du système de santé n'est pas nouvelle. Au cours des soixante dernières années, notre système de santé a évolué sous l'effet des évolutions techniques et thérapeutiques qui sont venues réduire les durées d'hospitalisations, modifier les techniques chirurgicales ou permettre la prise en charge d'un patient à son domicile. Ces transformations ont généré de nouveaux modes d'organisation.

Les évolutions des besoins de la population (vieillissement, développement des maladies chroniques), les objectifs de maitrise de la dépense sont d'autres éléments qui incitent à recourir à l'innovation organisationnelle pour optimiser la prise en charge des patients.

L'innovation organisationnelle est donc un élément central de la transformation de notre système de santé ; il convient d'en favoriser l'émergence : une préoccupation partagée par d'autres pays, ainsi que l'illustrent les réformes en cours aux États-Unis, en Angleterre ou en Allemagne.

A - Des actions pour favoriser l'émergence de l'innovation organisationnelle dans le domaine de l'organisation des soins

La notion d'innovation s'applique prioritairement à la politique industrielle. La typologie classique de l'innovation inspirée des travaux de Schumpeter identifie cinq formes d'innovation : l'émergence de nouveaux

produits, l'introduction de nouvelles méthodes de production, l'ouverture de nouveaux débouchés, le développement de nouvelles sources d'approvisionnement en matières premières intrants, la création d'une nouvelle organisation.

1 - D'où vient la référence à l'innovation organisationnelle ?

L'innovation peut donc se définir comme « la mise en oeuvre d'un produit ou d'un procédé nouveau ou sensiblement amélioré, d'une nouvelle méthode de commercialisation ou d'une nouvelle méthode organisationnelle dans les pratiques de l'entreprise, l'organisation du lieu de travail ou les relations extérieures » (7).

L'innovation organisationnelle est donc l'une des formes de l'innovation, elle se caractérise par la mise en oeuvre d'une nouvelle organisation, elle a pour objectif « d'améliorer les performances d'une entreprise en réduisant les couts administratifs (.) en améliorant le niveau de satisfaction au travail (.) en réduisant les couts d'approvisionnement » (8).

Elle comprend : la mise en place de structures sensiblement modifiées dans l'organisation, la mise en oeuvre de techniques avancées de gestion, l'adoption par la firme d'orientations stratégiques nouvelles ou sensiblement modifiées.

Dans ces travaux, le Hcaam reprend ces catégories d'analyse et distingue trois catégories d'innovation dans le champ de la santé : les progrès des sciences et des techniques (chirurgie ambulatoire, nouveaux produits de santé), le numérique et donc les innovations organisationnelles (9).

La notion d'innovation peut ainsi être utilisée dans le domaine de la santé soit pour présenter des évolutions scientifiques ou techniques, soit des évolutions organisationnelles qui concernent les établissements de santé, les soins de ville ou l'appréhension d'objectifs plus vastes comme le virage ambulatoire.

Les organisations de santé présentent des caractéristiques propres dans leur capacité à s'approprier l'innovation. En effet, elles sont encadrées par des dispositions législatives importantes qui expliquent en grande partie que

là où dans d'autres secteurs d'activité on a assisté dans les dernières décennies à des modifications, voire des transformations majeures, des formes et des pratiques des organisations, les organisations de santé, sans rester figées, ont connu des transformations beaucoup moins importantes.

L'innovation organisationnelle se définira également en référence aux politiques publiques passées : les difficultés rencontrées par le système de santé sont interprétées comme en termes d'organisation inappropriée (l'organisation en silo) qu'il convient de transformer alors même que le poids des institutions et des choix politiques passés contraint les choix.

La question qui se pose aux acteurs publics, dans le domaine industriel, comme dans le domaine de la santé, est de créer un environnement favorable à l'innovation.

Cet environnement peut être crée à travers un système national d'innovation (10), c'est-à-dire un ensemble de règles ou de structures destinées à favoriser l'innovation. Le rôle des autorités publiques est de mettre en place les conditions favorisant l'émergence de l'innovation. De façon générale, ce système devra se concentrer sur les moyens de développer les activités de recherche et développement. Il devra donc définir une série d'incitations en vue d'orienter ces innovations. Ces incitations peuvent être à la fois juridiques ou financières, porter sur la formation et les ressources humaines. Ce cadre doit également permettre de susciter l'innovation à l'intérieur d'un secteur en particulier, ici le système de santé, en incitant les acteurs à innover puis à diffuser ces innovations à l'ensemble du système.

2 - L'innovation organisationnelle dans la problématique du changement

Plutôt que de recourir à la notion d'innovation, l'analyse des politiques publiques privilégie celle de changement. Définir le changement dans une politique publique, « c'est caractériser ce qui change au sein d'une politique, autrement dit étudier l'objet du changement mais aussi le degré du changement et ses effets » (11). Les analyses peuvent favoriser des angles d'approche différents, se focalisant sur les infrastructures, les acteurs, les instruments de l'action publique ou les idées.

Pour expliquer le changement, deux types d'approche ont longtemps structuré le débat : l'approche cognitive qui envisage des changements à la fois rapides et radicaux et l'approche institutionnaliste qui explique avant tout la continuité et n'envisage que des transformations marginales et lentes des politiques (12).

L'approche institutionnaliste juge que le changement n'est introduit qu'à la marge, contraint par les choix précédents, d'une part, et suppose des compromis complexes à établir entre les acteurs du système, d'autre part. Elle fonde son analyse sur la formation de chemins (paths) institutionnels : le chemin déjà emprunté réduit la capacité des acteurs à réaliser des changements radicaux. Ce phénomène dénommé dépendance au chemin (path dependence) insiste sur les phénomènes de stabilité, cette approche considérant comme très rare la possibilité de procéder à une réforme profonde, porteuse d'innovations radicales. Cette analyse se fonde tout autant sur les structures que sur les technologies.

Or s'il ne faut pas sous-estimer les contraintes liées aux organisations et consensus existants, il est possible d'« inventer des stratégies visant à contourner les obstacles posés par les phénomènes de path dependence. Ce que ces stratégies ont en commun, c'est qu'elles produisent leurs effets dans le moyen ou même long terme, ce qui les rend parfois peu visibles au départ » (13).

Dans ce contexte, « des changements mineurs, incrémentaux peuvent s'avérer fondamentaux pour deux raisons, d'une part, ils sont susceptibles de créer de nouveaux sentiers de dépendance et donc de faire dévier du chemin initial, d'autre part, une fois introduit, leur périmètre ou leurs effets peuvent être renforcés et donc accentuer leur capacité à sortir du cadre initial » (14).

B - L'innovation organisationnelle n'est ni un sujet nouveau, ni limité à l'espace franco-français

Notre système de santé a connu des évolutions organisationnelles qui sont venues améliorer les prises en charge des patients. Il s'agit, soit de réformes partielles qui ont plutôt privilégié l'organisation de la sphère hospitalière

comme avec la réforme dite Debré, ou la sphère ambulatoire avec l'instauration du médecin traitant et la définition de ses missions.

Le phénomène nouveau est le regain d'intérêt, constaté dans d'autres pays, de procéder à des transformations organisationnelles sur l'ensemble de la prise en charge des patients et de se placer dans une perspective qui ne privilégie plus l'offre mais la demande (besoins des patients, approche populationnelle).

1 - La réforme Debré n'est pas le seul exemple de réforme organisationnelle bien qu'elle soit considérée comme l'idéal type

Selon le Hcaam, « les réformes intervenues au cours des années 1960 à 1970, à la suite des travaux du comité interministériel présidé par Robert Debré, sont exemplaires d'une approche systémique, embrassant l'organisation des soins, les conditions de formation et la recherche, pour opérer une révolution du système de santé français au service d'une modernisation qui devrait favoriser le progrès et l'innovation » (15).

La réforme Debré vise à moderniser le système de santé en refondant l'organisation des soins hospitaliers et l'articulation entre médecine et recherche. Il s'agit à la fois de moderniser le système pour offrir de meilleurs soins aux patients mais également de le rendre attractif afin de disposer des professionnels compétents.

Cette période se caractérise par l'attribution de moyens financiers supplémentaires permettant d'atteindre les objectifs ainsi définis. Le poids des dépenses d'hôpital a, lui, très fortement augmenté entre 1955 et 1980, passant de 37 % à 54 % des dépenses. Il a ensuite diminué pour s'établir autour de 47 % au début des années 2000, niveau resté stable depuis.

Selon le Hcaam, « la dynamique de l'innovation s'y fait selon le modèle caractéristique des Trente Glorieuses par la constitution d'organisations de grande taille qui en incorporent les effets par la reconfiguration des équipements et des ressources humaines qu'ils mobilisent » (16) ; la période se caractérise donc par des innovations organisationnelles et technologiques qui imposent une recomposition des métiers.

Cette réforme présente trois caractéristiques fortes. Elle est impulsée par les plus hautes autorités de l'État (alliance entre l'État et le milieu hospitalier ; elle est top-down et ne repose pas sur des initiatives locales ; elle intervient alors que l'hôpital fonctionne encore sur des principes du XIXe siècle (passer d'une médecine hospitalière qui lutte contre la misère et les grands fléaux sociaux à une médecine de spécialistes de la santé vue sous un angle technique).

In fine, la réforme Debré structure encore aujourd'hui l'organisation de notre système de santé : « le système est hospitalo-centré avec un partage d'activités réservant les pathologies lourdes aux établissements de santé fonctionnant sur le modèle de la grande organisation et les soins courants aux professionnels de ville exerçant dans la cadre d'un exercice libéral individuel. Peu d'interactions existent entre les différents secteurs d'activités. Dans un contexte où dominent les pathologies aigues, les besoins de coordination restent limités » (17).

Qu'il soit permis d'apporter une approche complémentaire à l'évaluation du Hcaam en mettant en exergue trois points. Sans entrer dans la problématique de la gouvernance de l'offre de soins, cette réforme a fait l'objet d'un financement spécifique plus difficile à débloquer en période de maitrise de la dépense ; elle était portée par un leader d'opinion et a occupé un terrain vierge (en créant l'hôpital moderne) ; elle n'a pas traité la question de l'organisation des soins de ville ni celle de la coordination des soins.

2 - La dynamique législative comme marqueur de l'innovation organisationnelle

Si la réforme Debré peut être considérée comme l'illustration d'une innovation organisationnelle et d'une transformation systémique de l'organisation des soins (hospitaliers), elle ne doit pas non plus être considérée comme un exemple isolé. Il est possible d'identifier depuis les années 1980 (et même en intégrant la loi de 1970) une activité législative intense dans le domaine de la santé et, plus particulièrement, de l'organisation des soins.

Sans tenir compte des mesures de régulation du système (création des agences sanitaires ou des agences régionales de soins, développement des dispositifs de maitrise médicalisée), il est possible de souligner la construction législative visant à développer la coopération hospitalière, la création du médecin traitant et la réflexion sur l'organisation des soins primaires, le développement de structure de coopération pour les soins de ville et hospitaliers, des réseaux de soins aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

A contrario de la réforme Debré, toutes ces réformes n'ont pas été marquées par le succès. L'exemple des réseaux illustre l'échec d'une tentative d'innovation organisationnelle pourtant fortement soutenue par les autorités sanitaires. Comme le souligne le Hcaam, ils n'ont jamais dépassé le stade de prototype « faute d'une doctrine partagée par les professionnels de santé, les différentes administrations et l'assurance maladie sur les servies attendus et les perspectives de généralisation » (18).

3 - La promotion de l'innovation organisationnelle comme levier de transformation est une problématique partagée par d'autres systèmes de santé

L'innovation organisationnelle n'est donc ni une question que l'on découvre, ni une question propre à la France.

Plusieurs réformes menées à l'étranger ont placé l'innovation organisationnelle au coeur de leurs préoccupations. L'objectif poursuivi est de faire apparaître de nouvelles pratiques afin d'optimiser la pris en charge des malades.

Cette priorité accordée à l'innovation organisationnelle se retrouve dans plusieurs réformes menées depuis le début des années 2010 dans des systèmes aussi peu semblables que les États-Unis, la Grande Bretagne ou l'Allemagne.

Aux États-Unis, l'Obamacare (Patient Protection and Affordable care act) ne se borne pas à étendre la couverture maladie des patients ou à modifier le financement du système de santé : il comporte un volet sur la modernisation de l'offre de soins. La loi identifiait sept programmes (19). Ils sont dotés d'un

budget de 10 milliards de dollars, pour une période allant de 2011 à 2019. Fin 2016, environ 6,5 milliards de dollars avaient été utilisés. Ces crédits couvrent les frais de conception, de mise en oeuvre et d'évaluation des modèles expérimentés.

L'objectif poursuivi est bien de faire émerger de nouvelles pratiques médicales visant à favoriser la coordination des soins (Accountable care organization) e s'appuyant sur de nouvelles modalités de financement (Bundle payment).

Cette réforme s'appuie sur un constat mettant en évidence que les américains ne recevaient pas les soins pertinents et notamment que l'organisation traditionnelle de soins de premier recours n'était pas adaptée à la transition épidémiologique. L'innovation organisationnelle doit permettre une meilleure coordination des soins et « rechercher l'efficacité (comparative effectivness research) en évitant par exemple les examens redondants » (20), diminuer le coût de prise en charge des maladies chroniques et celui des réadmissions hospitalières.

En Angleterre, dans un souci de maitrise de la dépense et d'amélioration de la qualité de soins, le National Health Service (NHS) a conçu un plan stratégique à échéance de 2020 (21).

Ce plan s'appuie sur plusieurs objectifs : un renforcement du rôle de la prévention, l'implication du patient dans les décisions médicales, un transfert de soins spécialisés de l'hôpital vers la ville, la reconfiguration des services hospitaliers, le renforcement de la coordination entre professionnels avec la mise en place d'équipes pluridisciplinaires et l'intégration des soins, etc. La priorité de la stratégie est de modifier les modalités de coopération entre acteurs, d'une part, et de prise en charge des patients, d'autre part, avec dans un second temps la mise en place de nouveaux modes de financement ».

Les réformes en cours en Allemagne offrent une autre illustration de cette préoccupation en faisant la promotion du regroupement des médecins de ville dans des centres médicaux (Medizinische Versorgungszentren ou MVZ). Ces centres, au nombre de 2 500 (22), regroupent des médecins (jusqu'à 60) de spécialités différentes et peuvent pratiquer la chirurgie ambulatoire.

Contrairement au modèle des maisons de santé, il ne compte pas de paramédicaux.

Plusieurs traits communs émergent de ces exemples étrangers. Ils ont fait de l'innovation un point nodal de leur stratégie de transformation. Ils ont recours à des expérimentations plus ambitieuses que celles pratiquées en France (population, professionnels de santé concernés, financement). Ces réformes organisationnelles disposent d'un financement spécifique et pérenne. Par ailleurs, le choix est fait, dès l'initiation des premières expérimentations, de s'inscrire dès le début dans « une perspective de diffusion ou de généralisation, et donc de concevoir un dispositif à cet effet » (23).

Enfin, il faut constater qu'en dépit de systèmes de santé reposant sur des logiques organisationnelles et financières radicalement différentes, ces réformes partagent un même objectif : la coordination des soins.

II - L'innovation organisationnelle au service de la transformation du système de santé

L'évolution de l'état de santé de la population oblige notre système de santé à se réformer pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. C'est d'abord une question organisationnelle et pas une question technique (même si le numérique peut être un moyen de réorganiser) ou scientifique (même si de nouvelles solutions thérapeutiques peuvent contribuer à une meilleure prise en charge).

Deux reproches principaux sont aujourd'hui adressés au système de santé : son organisation en silo (24), d'une part, et un financement qui ne favorise pas la coordination des soins, d'autre part.

Malgré l'ancienneté de ce constat, le système a du mal à innover organisationnellement de façon radicale. Les autorités sanitaires ont privilégié des ajustements successifs, comme en témoigne l'activité législative importante depuis le début des années 2000 qui propose de nouvelles formes d'organisations des soins (ainsi, par exemple, des tentatives de structuration des soins de premier recours) mais pas de réforme systémique.

La difficulté réside dans la capacité des acteurs à faire émerger des modes d'organisation nouveaux et à les faire adopter. Pour contourner cette difficulté, la méthode retenue par les autorités sanitaires est de recourir à des évolutions incrémentales ou à des expérimentations.

L'innovation incrémentale et le recours à l'expérimentation sont donc les deux voies qui sont utilisées pour faire de l'innovation organisationnelle un levier de transformation de notre système de santé.

A - L'innovation organisationnelle par tâtonnements successifs

Depuis le début des années 2000, pour s'en tenir, à cette seule période, il faut constater l'émergence d'innovations organisationnelles, soit à l'initiative des acteurs de terrain (c'est le cas par exemple avec les maisons de santé), soit par le biais de mesures législatives (coopération hospitalière (25)).

Ces exemples relèvent d'une activité faiblement structurée, dans une perspective de transformation du système de santé que l'on peut qualifier de bricolage. Cette activité de bricolage institutionnalisé peut se définir comme une action « visant à résoudre certains problèmes survenant en fonction d'un calendrier contingent (à la fois programmé et improvisé selon les urgences, mais aussi de disponibilités en temps variables), au moyen de savoir-faire, d'outils et de technologies disponibles, mais plus ou moins appropriés ou incertains » (26).

Ce bricolage apparaît comme une réaction aux évolutions initiées par les acteurs locaux (maisons de santé) ou de problèmes nouveaux (transition épidémiologique, aspiration des professionnels de santé, démographie médicale), il permet de gérer des « systèmes complexes de relations, de contraintes et d'interdépendances multiples et changeantes » (27).

1 - Le bricolage législatif pour accompagner l'émergence d'une innovation organisationnelle : les maisons de santé

Le système de santé se distingue d'autres modèles par le fait que son organisation est sujette « à une régulation, notamment juridique, importante, que les métiers qui les composent ont des frontières très

étanches et qu'elles ont pour beaucoup d'entre elles un niveau de complexité particulièrement élevé » (28).

L'émergence d'une innovation organisationnelle nécessitera donc, dans la plupart des cas, des évolutions législatives ou réglementaires, comme l'illustre le cas des maisons de santé.

Le développement de l'exercice regroupé débute dans les années 1970. L'exercice regroupé n'est pas entendu ici comme un regroupement pour mutualiser l'acquisition de matériel mais bien comme en rupture avec l'exercice libéral individuel et monodisciplinaire pour développer une autre pratique fondée sur la coordination des soins. Cette pratique était initialement combattue par l'ordre des médecins au motif qu'il entache la liberté des patients (29).

Ce n'est que trente ans après, alors que les détours vers les dispensaires, les centres de santé et les réseaux de santé n'ont pas répondu aux espoirs placés en eux, que vont apparaître les maisons de santé.

L'année 2007 marque de ce point de vue un tournant politique (30) et juridique puisqu'elle voit la consécration de l'expression maison de santé pluridisciplinaire et sa première définition législative (31) qui s'inspire d'ailleurs très fortement de la définition des réseaux de santé.

Cette définition juridique marque un double tournant. Elle offre un cadre juridique à une pratique professionnelle qui s'était développée en dehors des cadres établis et des réglementations applicables aux acteurs engagés dans cette évolution. Elle illustre ainsi la remarque de la Cnam sur les innovations « qui peuvent tomber dans une forme de no man's land institutionnel et juridique » (32) lorsqu'elles sont porteuses de modifications importantes de l'organisation du système de santé. Elle marque également le début d'un bricolage, puisque c'est par évolutions successives que le législateur va intervenir pour régler les questions juridiques qui freinent le développement de ces maisons de santé.

La définition législative des maisons de santé, et donc leur organisation et leurs missions, évoluera à plusieurs reprises (33) avant d'arriver à la rédaction actuelle. Ces évolutions concernent à la fois des éléments

juridiques (la maison de santé dispose désormais d'une personnalité morale spécifique), organisationnels (avoir un projet de santé), ses missions (premier et deuxième recours), l'articulation de son intervention avec les schémas régionaux et enfin sa composition (quels professionnels de santé, quels autres intervenants) qui est définie plus précisément que dans le texte d'origine.

Une étape de ce bricolage sera la définition d'un cadre d'exercice ad hoc, la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) (34) dont la création répond à un double objectif. Premièrement, permettre aux différents professionnels de santé un exercice pluri-professionnel et coordonné et autoriser la mise en commun des revenus entre les associés de diverses professions de santé (ou facturer à l'assurance maladie des prestations coordonnées). Deuxièmement, partager, avec le consentement exprès des patients, l'information médicale, sous couvert du secret médical bien évidemment, entre les différents professionnels de santé prenant en charge le patient d'une façon coordonnée, dans le cadre d'une maison de santé ou d'un pôle de santé. La création de la SISA était indispensable puisque les modes d'organisation traditionnelle (SCP et SEL), et les règles déontologiques propres à chaque profession, ne répondaient pas à aux objectifs qui sont la raison d'être des maisons de santé.

Malgré l'engouement politique qu'elles suscitent et cette activité législative intense, les maisons de santé peinent à s'imposer. On touche ici au paradoxe des maisons de santé. Elles sont apparues à l'initiative des acteurs locaux avant d'être érigées en modèle par les autorités publiques qui n'ont pas anticipé leur émergence. Leur nombre, peut-être autour d'un millier, est insuffisant pour faire basculer le système des soins de ville vers un nouveau mode d'organisation dominant. Toutefois, malgré un poids faible en termes d'effectifs médicaux et paramédicaux, elles vont contribuer fortement à créer un nouveau sentier de dépendance et à faire de la restructuration des soins de premier recours et de la coordination des soins le nouveau paradigme du système de santé.

Pour poursuivre cette évolution en rupture avec l'exercice isolé libéral, tout en prenant en compte la réticence, réelle ou supposée, des professionnels de santé notamment paramédicaux à venir exercer en maison de santé (avec la crainte d'être subordonné aux médecins de la structure), la loi de 2016 (35) a proposé d'autres modes d'organisation des soins de ville, plus souples : les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), désormais considérées comme le levier de coopération entre tous les professionnels de santé (36).

Un rapport Igas (37) est ensuite venu constater la faiblesse des incitations à se rassembler en CPTS avant que le Président de la République n'annonce leur généralisation pour 2022 afin de mailler l'ensemble du territoire (38).

L'exemple des maisons de santé puis des autres formes d'organisation proposées par la loi de 2016 illustre donc bien la succession de tâtonnements pour faire émerger une organisation innovante. Il montre également qu'une diversité d'organisation est possible pour aller vers une meilleure coordination des interventions et que le périmètre des activités couvertes est variable. Enfin, il souligne la difficulté de faire émerger des modes de financements nouveaux pour accompagner ces innovations organisationnelles.

L'exemple des maisons de santé n'est qu'une illustration, majeure certes, des tâtonnements successifs permettant de transférer l'innovation organisationnelle et de l'utiliser comme levier de transformation. Le recours à l'expérimentation est une autre facette des moyens déployés pour y parvenir.

2 - La multiplication des expérimentations

Le recours à l'expérimentation n'est pas exceptionnel dans le domaine des politiques sociales ou sanitaires (39). Il permet de déroger au droit commun dans un espace limité tant du point de vue temporel (limitation dans le temps de la durée de l'expérimentation) que du secteur concerné (cette limitation se doublant souvent d'une limitation de l'objet de l'expérimentation et de la zone géographique dans laquelle elle est autorisée). Une évaluation de leurs

résultats est prévue, même s'il apparait que le législateur n'en tient pas toujours compte.

Ce recours à l'expérimentation n'est pas une exception française comme le montrent les exemples américain (expérimentation sur l'organisation des soins primaires prévue dans le cadre de l'Obamacare) ou britannique (nouveaux modèles d'organisation des soins dans le cadre du plan stratégique National Health Service 2020).

Toutefois, le modèle français est sujet à critique de la part des acteurs qui relèvent plusieurs limites. La première est celle d'une « approche trop centralisatrice et peu adaptée aux réalités locales ». La seconde tient à la difficulté de mobiliser des compétences opérationnelles, ce qui peut se traduire par des « retards ou des difficultés parfois importantes, mettant le calendrier et le résultat en situation de risque » (40). Il faudrait également évoquer la faiblesse des moyens mobilisés au service de ces expérimentations.

La nécessité de recourir à la loi permet d'établir un lien entre ces expérimentations et l'examen des projets de loi de financement de la sécurité sociale qui sont devenus le véhicule législatif naturel de ces projets, lesquels viennent souvent en application de plans nationaux décidés par les autorités sanitaires. Le recours à la loi permet de donner une visibilité forte au projet, de sécuriser le cadre juridique, d'identifier des financements et donc de mobiliser des acteurs.

Tableau - Expérimentations organisationnelles

Relevant ces limites, le Hcaam avait proposé dès 2012 (41) de dépasser ce cadre parcellaire et aux résultats incertains au profit de « projets pilotes » afin d'illustrer « en vraie grandeur des prototypes d'organisation nouvelle, de les tester et de les généraliser rapidement de ces expérimentations ».

Les autorités sanitaires ont toutefois considéré que malgré ces critiques, le recours à l'expérimentation demeure une solution pertinente susceptible de contribuer à la transformation du système de santé. La façon dont l'expérimentation PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) a servi de modèle au concept de plateforme territoriale

d'appui aux professionnels de santé (42) promu par la loi de 2016 illustre cette situation.

B - La solution proposée par la LFSS 2018 (article 51)

Le recours aux expérimentations s'explique pour deux raisons. Premièrement : autant il est possible d'envisager les innovations scientifiques attendues dans les quinze ou vingt prochaines années, autant il est difficile de savoir quelles sont les innovations organisationnelles à venir, ce qui justifie de prévoir des phases de test. Deuxièmement : les autorités sanitaires souhaitent pouvoir accompagner des innovations organisationnelles nées d'initiatives locales. Ces objectifs étant toujours d'actualité, les pouvoirs publics ont souhaité réformer le cadre d'accueil de l'expérimentation.

1 - Un cadre unique pour les expérimentations portées par les acteurs

L'article 51 (43) de la LFSS pour 2018 est présenté comme une réforme du cadre institutionnel visant à promouvoir l'innovation par le biais d'expérimentations. L'objectif est d'abandonner la méthode de la tranche de salami (un cadre limité à un projet) pour viser la création d'un cadre pérenne à l'expérimentation. Plutôt que de procéder par mesures législatives successives et expérimentations thématiques, il s'agit de créer les conditions d'émergence de nouvelles formes d'organisation innovantes dans un cadre juridique unique, définissant des objectifs prioritaires au regard de la transformation du système de santé.

Le nouveau dispositif législatif respecte les règles générales (44) relatives à l'expérimentation, définit des conditions d'éligibilité, prévoit un financement spécifique et une évaluation.

Les expérimentations doivent concourir à améliorer le parcours de santé et améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire ou médico-sociale ; décloisonner la prise en charge des patients pour une séquence de soins ; accompagner les modes d'exercice regroupés en participant à la structuration des soins primaires ; favoriser la présence de professionnels de santé dans les zones les plus fragilisées à faible densité médicale. L'éligibilité à ce dispositif expérimental doit d'abord être motivé par la nécessité d'une dérogation à la réglementation existante.

Un double système de financement est prévu avec la création d'un fonds national (fonds pour l'innovation du système de santé) doté de 20 millions d'euros en 2018 pour accompagner les projets de portée nationale ou interrégionale. Les projets de portée régionale ou locale sont financés par le biais du Fonds d'intervention régional (lointain successeur du Fonds d'aide à la qualité de soins de ville dont l'objet était de financer les initiatives locales favorisant la coordination des soins).

Il s'agit d'aller au-delà du cadre habituel des expérimentations et de proposer un système national d'innovation, produit d'un retour d'expérience qui a mis en exergue les effets indésirables liés à la multiplication de cadres juridiques ad hoc et à l'absence d'un cadre législatif standard pour encadrer ces innovations.

En complément du cadre juridique, trois appels à manifestation d'intérêt ont été lancés par le ministère chargé de la santé en mai dernier. Ils portent sur les épisodes de soins chirurgicaux, l'incitation à la prise en charge partagée et le paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé. Ces trois thèmes recoupent la question de la coordination des soins.

L'article 51 est un instrument visant à créer un cadre en vue de favoriser l'innovation. Il agit dans le domaine de l'innovation organisationnelle alors que d'autres structures comme l'agence nationale de la recherche ont pour objectif de structurer d'autres formes d'innovations.

2 - Comment utiliser les expérimentations dans une réforme systémique ?

La mise en place de ce cadre juridique pérenne ne doit pas masquer des difficultés structurelles à transformer les expérimentations en mode d'organisation dominant. La principale difficulté provient de la difficulté à évaluer ces expérimentations pour en faire la référence d'un nouveau modèle d'organisation.

Les expérimentations locales sont source d'inventivité pour résoudre des situations concrètes. Elles sont possibles en raison de la capacité des acteurs locaux à conserver des marges d'autonomie dans leur organisation. Leur pérennisation nécessite toutefois de démontrer leur pertinence au niveau de l'ensemble du système de santé. Cette démonstration suppose de se

soumettre à la « démarche rigoureuse de l'évaluation et de la recherche qui est la forme dominante de reconnaissance dans le champ de la santé. Cette démarche est également exigeante car elle impose de formuler précisément les hypothèses, objectifs, étapes préalables à l'engagement dans une épreuve de vérité » (45). Cette difficulté est d'autant plus grande que les innovations organisationnelles se développent dans les « zones d'incertitude et d'interface des organisations et se faisant questionnement nécessairement les arrangements et les équilibres existants » (46).

Malgré les critiques et les difficultés indéniables, ces expérimentations, ou les tâtonnements successifs qui ont accompagné la création des maisons de santé, ont toutefois un intérêt majeur comme levier pour transformer le système de santé. Ils permettent de tester des solutions, de faire émerger de nouvelles logiques et donc de tracer de nouvelles voies pour transformer l'existant et pallier ses défauts de fonctionnement.

Le plan de transformation du système de santé lancé par le Premier ministre en février dernier et dont les principales mesures ont été dévoilées par le Président de la République le 18 septembre va s'appuyer sur cette expérience et ces dispositifs. Il se propose de recourir à une solution mixte, s'appuyant sur le prolongement d'évolutions incrémentales déjà engagées et le recours à des expérimentations.

Ce plan repose sur une idée forte qui est celle de la coordination des soins. Cette idée s'est imposée aussi bien sur un plan cognitif qu'épidémiologique. L'enjeu est de l'imposer sur un plan organisationnel. La réforme proposée pourra s'appuyer sur les évolutions passées, elle bénéficiera incontestablement des changements de direction rendus possibles par les échecs (réseaux de soins) et les réussites (maisons de santé) passés. Dans ce domaine, l'objectif fixé n'est rien moins que la fin de l'exercice isolé des médecins d'ici à 2022 (47).

Il aura recours à l'expérimentation pour faire évoluer les modèles de financement. C'est un des objectifs assignés au plan de transformation du système de santé qui prévoit de développer des financements à la pertinence, à la qualité ainsi que des forfaits pour la prise en charge des pathologies

chroniques. Ces nouveaux modes de financements doivent être promus pour inciter les professionnels (et les établissements) de santé à modifier leurs pratiques. Le déploiement de forfaits aux pathologies cliniques (expérimentées dans un premier temps en établissements de santé pour le diabète et l'insuffisance rénale chronique) pourrait s'avérer un puissant levier de transformation de la prise en charge des malades.

L'objectif affiché est de développer une meilleure prise en charge des patients mais aussi de maitriser la dépense publique. Mais « ces nouvelles mesures peuvent aussi entraîner l'apparition de nouvelles coalitions d'intérêts et des engagements financiers et institutionnels sur lesquels il se sera difficile de revenir » (48)...

Mots clés :

STRATEGIE NATIONALE DE SANTE * Parcours de santé * Exercice coordonné * Régulation * Innovation * Changement

SANTE PUBLIQUE * Généralités * Union Européenne * Service d'intérêt général de santé * Libre prestation de services

(1) Santé 2010, Rapport du groupe « Prospective du système de santé », La Doc. française, 1993.

(2) A. Cordier, G. Chene, G. Duhamel et al., Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 recommandations du comité des « sages, 2013, p. 12.

(3) Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses, propositions de l'assurance maladie pour 2018, juill. 2017, p. 140.

(4) HCAAM, Innovation et système de santé, rapport 2016, T. 1, p. 48.

(5) V. sur ce point La stratégie nationale de santé (dossier), RDSS 2018. 387 s.

(6) HCAAM, Contribution à la transformation du système de santé (rapport), 2018, p. 31.

(7) OCDE, Manuel d'Oslo, Principes directeurs proposés pour le recueil et l'interprétation des données sur l'innovation technologiques, 2005, p. 54.

(8) M. Rahmouni, M. Yildizoglu, Motivations et déterminants de l'innovation technologique, un survol des théories modernes, in Greqam, documents de travail, n° 2011-09.

(9) HCAAM, Innovations et système de santé, juill. 2016.

(10) F. Bartoli, Système national d'innovation : caractéristiques et perspectives pour les industries de santé en France, Éducation & formations, n° 59, avr.-juin 2001.

(11) C. Hoeffler, C. Ledoux, P. Prat, Changement, in Dictionnaire des politiques publiques, Science po les presses, 2010.

(12) C. Hoeffler, C. Ledoux, P. Prat, Changement… (op. cit.).

(13) B. Palier, G. Bonoli, Phénomènes de Path Dependence et réforme des systèmes de protection sociale, RFSP 1999. 399.

(14) B. Palier, G. Bonoli, Phénomènes de Path Dependence… (op. cit.).

(15) HCAAM, Innovation et système de santé, rapport 2016, T. 1, p. 38.

(16) HCAAM, Innovation et système de santé (op. cit.), p. 42.

(17) HCAAM, Innovation et système de santé (op. cit.), p. 44.

(18) HCAAM, Innovation et système de santé (op. cit.), p. 29.

(19) Accountable care organizations ; Episode-based payment initiatives ; Primary care transformation ; Initiatives focused on the Medicaid and the CHIP population ; Initiatives focused on the Medicare-Medicaid enrollees ; Initiatives to accelerate the development and testing of new payment and service delivery models ; Initiatives to speed the adoption of best practices. Cette promotion de l'innovation organisationnelle passait également par une structure dédiée, le Center For Medicare et Medicaid innovation (CMMI) chargé d'accompagner, notamment financièrement, des expérimentations visant à améliorer l'organisation des soins.

(20) V. G. Rodwin, Obamacare, cinq ans après la loi, Les Tribunes de la santé, n° 47, 2015. 81.

(21) Ministère chargé de la santé, Mission d'étude sur l'expérimentation par le National Health Service anglais (NHS) de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés, juill. 2016.

(22) Les MVZ allemands : avenir ou menace pour la médecine libérale ?, Le quotidien du médecin, 5 avr. 2018.

(23) Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses, Rapport charges et produits, assurance maladie, juill. 2017.

(24) P. Ritter, Rapport sur la création des agences régionales de santé, janv. 2008.

(25) M. Trépreau, F. Varnier, La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé, RDSS 2016. 620 .

(26) T. Frinault, La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique, RFSP 2005. 607.

(27) T. Frinault, La réforme française de l'allocation dépendance… (op. cit.), p. 608.

(28) Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses, Rapport charges et produits, assurance maladie, juill. 2017, p. 140.

(29) D. Coutant, F. Tuffreau, La médecine générale, une spécialité d'avenir, Presses de l'EHESP, 2016.

(30) J.-M. Juilhard, Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?, Sénat, oct. 2007.

(31) CSP, art. L. 6323-3.

(32) Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses… (op. cit.), p. 139.

(33) 2007, 2009, 2011 et 2016 pour s'en tenir aux principales évolutions législatives.

(34) CSP, art. L. 4041-1 s.

(35) Loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé.

(36) Cécile Courrèges, directrice générale de l'Offre de Soins, Les rencontres de la Baule, 2018.

(37) E. Fauchier-Magnan, V. Wallon, Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé, IGAS, août 2018.

(38) Stratégie de transformation du système de santé, Ma santé 2022, sept. 2018.

(39) L'expérimentation sanitaire et sociale (dossier), RFAS, n° 1, 2000.

(40) Améliorer la qualité du système de santé et maitriser les dépenses… (op. cit.), p. 142.

(41) HCAAM, Avenir de l'assurance maladie : les options du Hcaam, avis du 22 mars 2012 : « le Hcaam ne propose pas d'ajouter encore des expériences aux expériences, mais d'aborder une phase nouvelle ».

(42) CSP, art. L. 6327-1.

(43) Nouvelle rédaction de l'art. L. 162-31-1 CSS (art. introduit par l'ord. n° 96-345 du 24 avr. 1996 afin de mener des actions expérimentales permettant d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention).

(44) Art. 37-1 de la Constitution du 4 oct. 1958.

(45) Y. Bourgueuil, L'innovation organisationnelle, un processus d'apprentissage au service de la transformation du système de santé ? Santé Publique, 2017/6, vol. 29.

(46) Y. Bourgueuil, L'innovation organisationnelle… (op. cit.).

(47) E. Macron : « je veux précisément que l'exercice isolé devienne progressivement marginal, devienne l'aberration et puisse disparaître à l'horizon de janvier 2022 », 18 sept. 2018.

(48) B. Palier, G. Bonoli, Phénomènes de Path Dependence… (op. cit.).

Copyright 2022 - Dalloz – Tous droits réservés

LES NOUVELLES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET L'ASSURANCE MALADIE : LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA POLITIQUE DE GESTION DU RISQUE

RDSS 2009 p.1100

Maurice Trepreau, Chercheur associé au Largotec (EA 4688 Université Paris Est)

L'essentiel

La loi HPST propose un nouveau cadre institutionnel pour la politique de gestion du risque afin de tenir compte de la création des agences régionales de santé. Derrière une réorganisation d'apparence technique, cette réforme propose une nouvelle redistribution des compétences entre l'État et l'assurance maladie, susceptible de favoriser une meilleure intégration des actions menées par l'assurance maladie au sein de la politique de santé publique, tant au niveau national que régional. Mais, cette évolution institutionnelle semble inachevée.

Inscrite depuis 1996 dans le code de la sécurité sociale (CSS), la politique de gestion du risque n'avait jusqu'alors fait l'objet d'aucune définition législative. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) (1) a eu pour ambition de remédier à ce vide juridique, afin de tracer plus précisément les contours de cette politique. Le gouvernement voulait à la fois préciser la dénomination de cette politique et en définir le contenu. A cet effet, le projet de loi initial proposait de renouveler sa dénomination, en substituant l'appellation de politique de gestion du risque assurantiel en santé (2) à celle de politique de gestion du risque. L'objet de cette nouvelle formulation était de distinguer cette politique d'autres politiques du domaine sanitaire (lutte contre les maladies nosocomiales, risques iatrogènes, accidents médicaux) (3), elles aussi désignées sous les mêmes termes. Le législateur n'a pas suivi le gouvernement dans cette évolution sémantique (4), et la notion de politique de gestion du risque a été conservée. Une définition du contenu de cette

politique a toutefois été énoncée dans le code de la santé publique. Désormais, la politique de gestion du risque rassemble les actions qui portent « sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux » (5). Cette insertion est de faible portée en raison du caractère très large du périmètre ainsi défini. L'imperfection peut toutefois être considérée comme mineure, l'absence de définition de la politique de gestion du risque n'a gêné ni son apparition, ni son développement, consacrant une approche pragmatique fondée sur l'idée qu'« en la matière, ce sont les réalisations pratiques qui comptent ainsi que leur efficience et non pas le développement rationnel d'un éventuel concept » (6). L'analyse rétrospective de la politique de gestion du risque confirme l'intérêt d'avoir laissé une forte marge d'initiative aux acteurs.

La véritable innovation de la loi HPST réside plus sûrement dans la définition d'un nouveau schéma institutionnel pour la mise en oeuvre de la politique de gestion du risque que dans un effort de clarification de la définition du contenu de cette politique. Alors que l'assurance maladie était jusqu'ici l'unique opérateur de cette politique, la création des agences régionales de santé (ARS) se traduit, sous couvert d'une réforme d'apparence fonctionnelle, par une réelle appropriation de cette compétence par l'Etat, tant au plan national que régional. Les nouvelles procédures définies par la loi HPST provoquent en effet des évolutions profondes, modifiant la répartition des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie pour l'élaboration et l'exécution de la politique de gestion du risque.

La transformation des procédures d'élaboration de la politique de gestion du risque

La loi HPST redéfinit intégralement le schéma institutionnel d'élaboration de la politique de gestion du risque afin de tenir compte de la création des agences régionales de santé. Ces évolutions ne se limitent pas à un simple aménagement des procédures existantes. Elles se traduisent par la création d'une contractualisation spécifique à la politique de gestion du risque entre

l'État et l'assurance maladie au niveau national, et par l'instauration d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque intégré au projet régional de santé.

Un cadre contractuel national pour la politique de gestion du risque

A l'origine, la politique de gestion du risque était une compétence de l'assurance maladie exercée au niveau régional. Le plan Juppé (7) avait confié à une structure créée dans ce but, l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), la mission « de définir dans son ressort territorial une politique commune de gestion du risque (8)». Progressivement, la responsabilité de la mise en oeuvre de cette politique a été étendue à l'ensemble du réseau assurance maladie. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a procédé à une nouvelle répartition des compétences en centralisant les modalités d'élaboration de la politique de gestion du risque. Les orientations en sont définies par le conseil de la Cnam tandis que le directeur général de cet organisme, qui dispose d'un pouvoir hiérarchique sur l'ensemble du réseau (9), est chargé de leur mise en oeuvre. Ce faisant, la politique de gestion du risque a été consacrée comme un élément central de l'action développée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam). La répartition des compétences retenue en 2004 a été opérée à cet effet.

Les premières orientations nationales de la politique de gestion du risque ont été adoptées par le conseil de la Cnam en juin 2005, puis en avril 2006. La convention d'objectifs et de gestion (GOG) signée entre l'État et l'assurance maladie en août 2006 (10), pour une période de trois ans, les a consacrées. Le chapitre I de ce document intitulé « Placer la gestion du risque au coeur de l'action de l'assurance maladie, assureur solidaire en santé » permet de mesurer l'importance accordée à ce sujet par les signataires.

Du plan Juppé à la réforme de 2004, les pouvoirs publics ont ainsi réformé l'organisation de l'assurance maladie pour faire de la gestion du risque une politique structurante et prioritaire de cette branche de la sécurité sociale. Cette démarche s'appuyait sur un constat établi par la Cour des comptes en

1999 : « gérer le risque est le coeur de métier de l'assurance » (11) et donc, moyennant quelques limites (12), le métier de l'assurance maladie.

La loi HPST propose de transformer les procédures d'élaboration de la politique de gestion du risque. La création d'une contractualisation spécifique entre l'État et l'assurance maladie au niveau national constitue la première étape de cette réforme. Désormais, les actions nationales en matière de politique de gestion du risque seront déterminées dans le cadre d'une procédure définie à l'article L. 182-2-1-1 du CSS. Cet article ne figurait pas dans le projet de loi initial, il a été inséré dans le texte lors de l'examen du projet de loi par le Sénat. Il dispose que « l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat qui détermine les objectifs pluriannuels de gestion du risque ».

Il s'agit d'un dispositif totalement nouveau qui prend la forme d'une nouvelle contractualisation propre à la gestion du risque, distincte des conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et les caisses de sécurité sociale, ainsi que l'a clairement rappelé la ministre de la santé lors des débats parlementaires (13). Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) avaient pourtant permis de tracer les contours de la politique de gestion du risque. La COG 2006-2009, conclue avec la CNAM, a ainsi déterminé des objectifs à la politique de gestion du risque destinés à « améliorer l'état de santé de la population tout en garantissant l'équilibre financier du système d'assurance maladie ». Le recours à une double contractualisation permettra de clarifier les objectifs poursuivis dans chaque contrat. Service aux usagers, fonctionnement du réseau et politique d'action sociale d'un côté, détermination des objectifs pluriannuels de gestion du risque de l'autre.

La portée de cette évolution est complexe à apprécier. Cette nouvelle contractualisation, affirme pour la première fois la place de l'État dans la détermination de cette politique. L'action de l'assurance maladie en matière de gestion du risque sera désormais encadrée puisque « les programmes nationaux de gestion du risque sont élaborés conformément aux objectifs définis par le contrat ». La question centrale qui demeure en suspens est de

savoir si l'assurance maladie pourra conserver un pouvoir d'influence lors de la négociation du contrat (14), ou une capacité d'initiative dans l'exécution de celui-ci.

Mais il est certain qu'avec cette contractualisation, l'État dispose d'un outil susceptible de permettre l'articulation de la politique de gestion du risque avec les objectifs de santé publique, ce qui constitue une avancée majeure. Le traitement de la politique de gestion du risque au niveau régional confirme d'ailleurs cette dernière hypothèse.

La création des ARS impose de nouvelles modalités de mise en oeuvre de politique de gestion du risque au niveau régional

La création des ARS s'accompagne de la suppression de plusieurs structures en charge de politiques sectorielles comme les agences régionales d'hospitalisation (ARH), les missions régionales de santé (MRS), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) ou encore les groupements régionaux de santé publique (GRSP). Cette rationalisation, qui s'opère par une concentration des pouvoirs dans les mains d'un opérateur unique, doit permettre une optimisation de l'action publique.

Puisque les ARS sont censées se substituer à des structures existantes, un glissement logique s'opère provoquant le transfert à la nouvelle agence de tout ou partie des compétences exercées par ces prédécesseurs. Ce raisonnement conduit les nouvelles agences régionales de santé à se voir attribuer des compétences en matière de politique de gestion du risque, en lieu et place des Urcam.

Cette compétence sera exercée à travers un programme pluriannuel régional de gestion du risque dont l'instauration constitue le deuxième volet de la réforme institutionnelle. Cette innovation, très importante (15), s'inspire de la dimension régionale de la politique de gestion du risque autrefois assurée par les Urcam et affirme pour la première fois la responsabilité de l'Etat, à travers les ARS, en matière de politique de gestion du risque au niveau régional.

Ce programme pluriannuel figurait dans le projet de loi initial. Toutefois, son contenu et sa place au sein des politiques menées par les agences

régionales de santé ont été profondément modifiés lors de l'examen du texte par le Parlement, et notamment par le Sénat.

Initialement, ce programme pluriannuel se limitait à « reprendre les actions que les organismes et services locaux d'assurance maladie doivent mettre en oeuvre dans le cadre des orientations et directives fixés par leur organisme national » (16). Il était déterminé conjointement par le directeur général de l'ARS et les directeurs des caisses locales d'assurance maladie. Il s'agissait d'un document indépendant du projet régional de santé. Il y avait donc une déconnexion entre la politique régionale de santé définie par l'ARS, dont les différents dispositifs étaient regroupés au sein du projet régional de santé, et le programme régional pluriannuel de gestion du risque.

Les débats parlementaires ont modifié à la fois son contenu, sa procédure d'élaboration et son rôle. La nouvelle procédure de contractualisation initiée au niveau national produit des effets au niveau régional. Dans le texte final de la loi HPST, le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend deux parties élaborées selon une procédure très encadrée.

La première est constituée par les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du CSS. L'existence de ce contrat entre l'Etat et l'assurance maladie limite la capacité d'initiative des directeurs généraux d'ARS dans l'élaboration des programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque. La procédure nationale centralisée s'impose aux actions régionales. Cette évolution est parallèle à une autre évolution, voulue par le Sénat, qui a précisé que les ARS mettront en oeuvre au niveau régional les objectifs de santé publique élaborés au niveau national (17).

L'encadrement des modalités d'élaboration du programme pluriannuel régional de gestion du risque répond aussi aux inquiétudes exprimées par les caisses d'assurance maladie. Ces dernières souhaitaient s'assurer que les politiques de gestion du risque déterminées au niveau régional soient cohérentes avec la politique nationale (18). La rédaction initiale du projet était, à cet égard, considérée comme insuffisamment contraignante pour le directeur général de l'ARS chargé de l'élaboration du programme pluriannuel. L'intégration des actions nationales au sein du programme

régional est obligatoire. Le directeur général de l'agence est chargé de s'assurer de cette intégration.

La seconde partie du programme pluriannuel de gestion du risque rassemble des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales. L'adaptation de ce programme pluriannuel aux enjeux régionaux est limitée à ces actions complémentaires, élaborées et arrêtées par le directeur général de l'ARS, après concertation avec le représentant régional des caisses du régime général (19) et avec les organismes d'assurance maladie complémentaires.

Cette procédure affirme la prééminence du directeur général de l'ARS. La loi lui confie en effet l'initiative de l'élaboration des actions complémentaires et le pouvoir d'arrêter le contenu de ces actions. Elle annonce par ailleurs l'insertion des politiques de gestion du risque dans un ensemble plus large : le projet régional de santé.

En effet, outre cette rationalisation de la procédure d'élaboration du programme pluriannuel régional de gestion du risque, une des évolutions les plus importantes introduites par le Sénat réside dans la redéfinition du projet régional de santé. Établi sous l'autorité du directeur général de l'ARS, il était initialement composé d'un plan stratégique régional de santé, d'un schéma régional de prévention, d'un schéma régional d'organisation des soins et d'un schéma régional d'organisation médico-sociale, de la détermination de territoires de santé. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque (20) y est désormais intégré afin de regrouper l'ensemble des actions menées sous l'autorité de l'ARS dans un document unique.

La loi HPST propose donc une refonte complète des procédures d'élaboration de la politique de gestion du risque. Cette évolution a de lourdes conséquences. Avec l'intégration du programme pluriannuel régional dans le projet régional de santé, le législateur fait de la politique de gestion du risque un élément de la politique de santé publique, dont les objectifs sont définis par l'Etat, et la mise en oeuvre placée sous l'autorité des ARS. Cette transformation se traduit par une modification de la répartition des compétences entre les différents acteurs concernés.

Cette nouvelle architecture institutionnelle modifie la répartition des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie

La réforme proposée par la loi HPST obéit à une logique en apparence simple : les ARS, pour être efficaces, doivent avoir un champ de compétences et des objectifs suffisamment larges ; la politique de gestion du risque, définie comme un processus d'amélioration du recours aux soins, a toute sa place dans les politiques conduites par les agences régionales. La transformation des procédures d'élaboration de la politique de gestion du risque s'inscrit donc naturellement dans cette réforme plus globale, afin de mettre en adéquation les mécanismes de définition de cette politique avec l'émergence d'un niveau régional nouveau.

Les effets de cette transformation dépassent une simple réforme administrative puisqu'ils modifient la répartition des rôles entre l'Etat et l'assurance maladie. Mais un examen attentif des compétences confiées à chacun des acteurs fait apparaître le caractère encore incomplet des évolutions provoquées par la loi HPST pour assurer une détermination claire du rôle de chacun des acteurs associés à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique de gestion du risque.

Un renforcement manifeste du rôle de l'Etat

L'instauration de nouvelles procédures d'élaboration de la politique de gestion du risque soulève la question de la place respective des deux principaux acteurs concernés : l'Etat et l'assurance maladie. Les rapports de Philippe Ritter (21) et Yves Bur (22) avaient abondamment souligné les effets négatifs de l'enchevêtrement des compétences et la nécessité d'optimiser l'intervention des acteurs publics dans le domaine de la santé (État et assurance maladie notamment) afin de permettre le déploiement et la coordination de politiques transversales jugées aujourd'hui indispensables pour améliorer la prise en charge et l'accès aux soins de la population. La rationalisation de l'intervention des différents acteurs constitue donc le premier motif de la réforme, ainsi que la ministre l'a rappelé devant le Parlement (23).

Les pouvoirs publics ont également mis à profit la création des ARS pour opérer un rapprochement des politiques de l'assurance maladie et de la santé publique, après plusieurs tentatives infructueuses (24). Dans cette réorganisation, la nouvelle procédure d'élaboration de la politique de gestion du risque favorise donc une approche globale des politiques d'amélioration de la qualité des soins, sous l'autorité de l'Etat ou des ARS. Avec cette réforme, la politique de gestion du risque s'inscrit désormais dans une recherche de la performance destinée, d'une part, à s'assurer de la coordination de l'intervention des différents acteurs (ARS, caisses d'assurance maladie), et, d'autre part, à obtenir que les législations relatives à la politique de santé et à l'assurance maladie, notamment en termes d'élaboration des programmes d'action, « se complètent plutôt qu'elles ne se superposent » (25).

Mais la réforme ne se limite pas à la transformation de l'élaboration de la politique de gestion du risque au niveau de l'Etat et des ARS : elle définit des modalités de collaboration des caisses locales d'assurance maladie. Comme les ARS ne disposent pas de la totalité des moyens matériels, humains ou financiers nécessaires à la mise en oeuvre de la politique de gestion du risque, il est prévu qu'elles s'appuient sur le réseau local des caisses d'assurance maladie pour mettre en oeuvre le programme pluriannuel régional de gestion du risque.

Une contractualisation supplémentaire est donc prévue entre les ARS et les caisses locales d'assurance maladie de leur ressort territorial. Ces contrats ont pour objet de s'assurer de la participation des caisses locales d'assurance maladie à la mise en oeuvre du projet régional de santé. Le rôle des caisses locales est en priorité un rôle d'exécution. La participation des caisses locales n'est donc pas limitée à la seule mise en oeuvre de la politique de gestion du risque décidée dans le cadre du programme pluriannuel régional mais bien étendue à l'ensemble de la politique régionale de santé. Leur pouvoir d'initiative est d'autant plus restreint que les contrats pluriannuels de gestion conclus entre les caisses nationales et leurs réseaux respectifs auront pour objet de contraindre les caisses locales à décliner outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de

gestion du risque. Il s'agit donc bien de s'assurer que les caisses locales d'assurance maladie collaboreront avec les ARS.

La loi HPST organise donc un dispositif complet, centralisé, qui précise toutes les étapes de la politique de gestion du risque de l'élaboration à l'exécution, et s'assure de la coordination de cette politique à chaque instant. Tous les éléments de cette réforme institutionnelle favorisent l'appropriation des modalités d'élaboration de la politique de gestion du risque par l'Etat motivée par le rappel de la dimension régalienne de la politique de santé publique ; l'Etat s'affirme comme le maître d'oeuvre de cette politique. L'assurance maladie acquiert un rôle de maître d'ouvrage pour le compte des ARS.

Cette évolution tranche avec la situation précédente dont l'organisation était moins rigoureuse. En effet, depuis 2004 l'articulation entre politique de gestion du risque et politique de santé ne faisait pas l'objet d'une articulation institutionnelle forte. Seule la COG 2006-2009 indiquait que la politique de gestion du risque devait s'inscrire « dans les objectifs de santé publique définit par la loi du 9 août 2004 », sans qu'aucun dispositif institutionnel commun à l'État et à l'assurance maladie ne soit mis en oeuvre pour atteindre cet objectif. Avec cette réforme, les pouvoirs publics ont ainsi probablement souhaité pallier certaines insuffisances dans la mise en oeuvre de la politique de gestion du risque, qui avait fait l'objet d'évaluations critiques de la part de la Cour des comptes (26), de l'Igas (27) ou des observateurs du système de santé (28).

La rénovation des modalités de conception et d'intervention des acteurs du système sous l'autorité de l'Etat favorise également une extension substantielle des secteurs concernés par la politique de gestion du risque. Jusqu'à présent, l'action des caisses d'assurance maladie, et du service médical, était d'abord orientée vers la médecine ambulatoire et les assurés. Le périmètre de compétences des ARS étant plus large que celui de l'assurance maladie, la politique de gestion du risque pourra être étendue aux établissements publics de santé ainsi qu'aux établissements médico-sociaux aujourd'hui à l'écart de ce mouvement. Elle conserve des objectifs identiques,

l'amélioration de la qualité du système de santé, de la maîtrise des dépenses de santé et repose sur l'idée que l'on peut « à la fois gagner en qualité et éviter les dépenses inutiles » (29).

Mais plus qu'une simple réorganisation de la politique de gestion du risque, il semble que les pouvoirs publics aient souhaité définir de nouvelles modalités de collaboration entre l'Etat et l'assurance maladie. La nouvelle architecture institutionnelle définie par la loi HPST pourrait ainsi être utilisée dans un cadre plus large, « par exemple pour la mise en oeuvre des actions de prévention ou de mesures destinées à faciliter l'offre de soins médicaux, paramédicaux, ambulatoires » (30).

Toutefois, force est de constater qu'avant d'envisager des collaborations élargies entre les ARS et l'assurance maladie, les pouvoirs publics devront s'attacher à consolider l'édifice mis en place par la loi HPST.

L'évolution institutionnelle proposée par la loi HPST demeure inachevée

L'évolution proposée par la loi HPST ne va cependant probablement pas au bout de sa logique institutionnelle. En effet, si le texte s'attache à définir le nouveau rôle des acteurs dans l'élaboration de la politique de gestion du risque, il ne précise que partiellement les modalités de mise en oeuvre. Centrée sur la réforme de l'organisation régionale du système de santé, la loi HPST propose une coordination de la politique de gestion du risque fondée sur la multiplication des contrats (31). Elle laisse subsister de nombreux mécanismes de mise en oeuvre de la politique de gestion du risque antérieurs à la réforme, et ne prend pas suffisamment en compte les contraintes, et les effets centrifuges, induits par la dimension multipartenariale de cette politique.

La politique de gestion du risque menée en direction des professionnels de santé reposait jusqu'à présent en grande partie sur un dialogue entre l'assurance maladie et les différentes professions concernées, mis en forme à travers la convention médicale et une série de contrats ou d'accords spécifiques. La création des ARS ne remet pas en cause l'existence de ces formes de contractualisation qui sont pourtant appelées à traiter de sujets relatifs à la qualité des soins. Le maintien de ce dispositif conventionnel et la

construction d'une nouvelle architecture contractuelle sous l'autorité des ARS se fait sans clarification des rôles respectifs de chacun des acteurs. La coexistence de plusieurs dispositifs contractuels visant la qualité des soins ou la rémunération de l'activité médicale peut même être analysée comme l'organisation d'une forme de concurrence entre l'assurance maladie et les ARS sur ces questions.

En effet, si l'assurance maladie peut négocier des accords et contrats avec les médecins (accord de bon usage des soins, contrats de bonne pratique, contrat d'amélioration des pratiques), cette compétence est également reconnue, sous une forme limitée certes, aux ARS. Ces dernières peuvent en effet proposer aux offreurs de soins « d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins » (32).

Des risques de concurrence existent donc à plusieurs niveaux. Concurrence institutionnelle, d'une part, puisque les acteurs susceptibles de signer les accords conventionnels sont désormais plus nombreux : assurance maladie et professionnels de santé mais aussi ARS et unions régionales des professionnels de santé (33). Concurrence territoriale, d'autre part, puisque la loi renforce la possibilité de conclure des accords régionaux en sus des conventions nationales.

Quelques barrières sont dressées pour éviter que la multiplicité des acteurs soit source de confusion. Un comité de pilotage devra, dans le cadre de sa mission d'harmonisation des politiques menées par les ARS (34), s'assurer que les initiatives régionales en matière de contractualisation soient conformes aux politiques nationales. Le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du CSS est censé définir les actions mises en oeuvre par chacun des signataires. Mais compte tenu du caractère flou de la notion de politique de gestion du risque, ces dispositions ne pourront suffire pour garantir que d'autres mesures ne seront pas décidées dans le cadre des négociations conventionnelles entre assurance maladie et professionnels de santé.

Par ailleurs, les modalités d'élaboration de la politique de gestion du risque ne prennent que faiblement en considération l'existence d'autres acteurs que l'Etat ou l'assurance maladie. La place donnée aux organismes

complémentaires dans l'élaboration de cette politique constitue ainsi un autre exemple des limites du schéma institutionnel défini par la loi HPST.

L'association des organismes complémentaires au programme pluriannuel régional de gestion est un sujet qui a fait son apparition à l'occasion des débats parlementaires (35). Cette insertion fait écho à un débat récurrent sur la place des organismes complémentaires d'assurance maladie dans le système de santé. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait d'ailleurs défini les modalités d'une meilleure articulation des interventions du régime d'assurance maladie obligatoire et des assureurs complémentaires. Elle avait notamment prévu que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) (36) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque (37). Cette disposition n'a trouvé aucune application au cours des cinq années qui viennent de s'écouler. La loi HPST vise donc à donner une nouvelle actualité à la mesure adoptée en 2004. Cette mesure reste toutefois d'une portée très limitée. Tout d'abord pour des raisons institutionnelles, car si, au niveau national, les assureurs complémentaires disposent d'une représentation officielle par l'intermédiaire de l'Unocam, cette structure ne dispose pas d'antennes régionales. Dans les faits, seule la Fédération nationale de la mutualité française s'est organisée dans un cadre régional, les assureurs et les institutions de prévoyance ne disposant que de structures nationales. Cette absence de représentation régionale affaiblit la légitimité d'une concertation entre le directeur général de l'ARS et les organismes complémentaires.

Il convient également de souligner que les organismes complémentaires n'interviennent qu'à titre consultatif ; la portée de cette mesure s'en trouve limitée d'autant. Enfin, le dispositif proposé ne fait aucun lien avec les compétences reconnues aux organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de négociation conventionnelle avec les professionnels de santé, bien qu'au cours de celles-ci les organismes complémentaires souhaitent obtenir des engagements sur la qualité des soins, et la politique de gestion du risque.

Ces exemples illustrent le caractère incomplet et probablement encore transitoire de la réforme. Des incertitudes demeurent sur l'efficacité de ces nouvelles modalités d'élaboration et de mise en oeuvre de la politique de gestion du risque. Le comportement des acteurs sera ici déterminant pour imprimer sa direction à cette réforme; pour établir les nouvelles modalités de dialogue et de coopération entre l'Etat et l'assurance maladie en région, mais également pour définir la place des représentants des professionnels de santé ou des organismes complémentaires d'assurance maladie.

La chaîne de décision au niveau national illustre le caractère imparfait de la réforme - malgré les mécanismes de coordination - et sa gouvernance complexe (existence de deux opérateurs majeurs l'État et l'assurance maladie, multiplication des procédures contractuelles). Des doutes peuvent donc être exprimés sur la pérennité d'une telle situation. D'autant qu'on ne peut manquer de souligner que le débat sur la nécessité d'un pilotage centralisé et coordonné de la politique de santé publique a été esquissé à l'occasion de l'examen de la loi HPST (38). La création d'une agence nationale de santé pourrait alors être envisagée comme un complément normal de la réorganisation menée au niveau régional, puisque l'absence d'une structure nationale dotée d'un réel pouvoir de décision donne un caractère inachevé à la réforme.

L'amorce d'un débat sur le sujet, les évolutions de la gouvernance survenues depuis près de quinze ans (qui ont renforcé la tutelle de l'Etat sur l'assurance maladie à chaque nouvelle étape) sont autant indices laissant supposer qu'une nouvelle limitation des compétences attribuées à l'assurance maladie est envisageable dans un futur proche (39). La création d'une agence nationale de santé dotée des compétences de l'Etat et de l'assurance maladie, notamment, en matière de politique de gestion du risque concrétiserait alors l'affirmation du pouvoir régalien en matière de politique de santé publique, et l'achèvement d'un processus de rationalisation administrative esquissé par la loi de 2004 et poursuivi par la loi HPST (40).

Mots clés :

SECURITE SOCIALE * Assurance maladie * Généralités * Relation avec l'Etat * Gestion du risque * Agence régionale de santé

ETABLISSEMENT DE SANTE * Organisation et fonctionnement * Agence régionale de l'hospitalisation * Agence régionale de santé * Gestion du risque * Assurance maladie

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juill. 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : sur cette loi, V. le dossier que lui a consacré la RDSS 2009. 789 et s.

(2) Art. L. 1431-1 CSP, Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, AN, n° 1210, oct. 2008, p. 100.

(3) L'art. L. 6111-2 CSP prévoit par ex. que les établissements de santé élaborent une gestion des risques visant à prévenir et traiter les évènements indésirables liés à leurs activités

(4) La nouvelle rédaction de l'article a été adoptée par la commission des affaires sociales du Sénat dans le cadre de la nouvelle procédure prévue à l'art. 42 de la Constitution (élaboration du texte de la commission en vue de son examen en séance publique). Le compte rendu de ces travaux ne fait pas mention des arguments échangés avant l'adoption de l'amendement déposé par le rapporteur de la commission.

(5) Art. L. 1431-1 CSP.

(6) R. Lafore, La notion de « risque social », Revue Regards (EN3S), n° 29, 2006. 24.

(7) Ord. n° 96-344 du 24 avr. 1996 portant diverses mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

(8) Art. L. 183-1 CSS.

(9) Art. L. 221-3 CSS.

(10) Convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNAMTS pour la branche maladie, période 2006-2009.

(11) Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 1999.

(12) « Contrairement à d'autres domaines de l'assurance, y compris, au sein de la sécurité sociale le montant des cotisations ou contributions, fondées sur la solidarité nationale, ne peut être utilisé pour inciter à la maîtrise des risques ou couvrir partiellement leur coût », Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 1999, p. 236.

(13) R. Bachelot-Narquin, Sénat, séance du 20 mai 2009.

(14) « Bien évidemment, ces contrats ne seront pas la rencontre de deux volontés égales et libres mais seront plutôt des contrats d'objectifs tels que ceux passés entre un supérieur hiérarchique et ses collaborateurs. La modernité semble interdire que les ministres puissent donner des orientations et des instructions », P.-L. Bras, La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ?, Dr. soc. 2009. 1126 .

(15) Art. L. 1434-11 CSP.

(16) Art. L.1434-11 CSP, Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, AN, n° 1210, oct. 2008, p. 100.

(17) Réforme de l'hôpital, T. 1, Examen des articles, A. Milon, Sénat n° 380, 2008-2009, p. 302-303 et A. Milon, Sénat, séance publique, 12 mai 2009.

(18) Auditions de MM. F. Van Roekeghem, D. Ligier et F. Gin, Sénat, Commission des affaires sociales, 1er avr. 2009.

(19) Il s'agira peut-être du collège des directeurs régionaux mis récemment en place par les caisses d'assurance maladie regroupées au sein de l'Uncam : V. audition du 1er avr. 2009, Sénat, commission des affaires sociales.

(20) Art. L. 1434-1 à L. 1434-15 CSP, Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, AN, n° 1210, oct. 2008, p. 105 et s.

(21) P. Ritter, Rapport sur la création des agences régionales de santé, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, janv. 2008.

(22) Y. Bur, Les agences régionales de santé : des perspectives pour la réforme, Commission des affaires culturelles, AN, n° 687, févr. 2008.

(23) Il convient également de rappeler que la création des ARS est un élément constitutif de la révision générale des politiques publiques (RGPP).

(24) Notamment au travers de la loi du 4 mars 2002 ou de la loi organique du 22 juill. 1996.

(25) A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, Droit de la santé, PUF, 2007.

(26) Cour des comptes, La sécurité sociale, 1999, 2002 et 2004.

(27) IGAS, La gestion du risque par les Urcam, mars 2003.

(28) P.-L. Bras, Notre système de santé est-il gouverné ?, Dr. soc. 2003. 1005 .

(29) J.-M. Aubert, D. Polton, La gestion du risque, in D. Tabuteau, G. de Pouvourville et P.-L. Bras (Dir.), Traité d'économie et de gestion de la santé, Presses de science po, juin 2009.

(30) J.-M. Bertrand (Secrétaire général des ministères sociaux, chef du projet ARS), Espace social européen n° 886, 6-12 mars 2009.

(31) Un contrat entre l'Etat et l'Uncam, 26 programmes pluriannuels régionaux de gestion du risque, plus de 160 contrats entre les ARS les caisses locales d'assurance maladie relevant de l'Uncam, des contrats entre les caisses nationales et les caisses locales de l'assurance maladie (101 caisses primaires d'assurance maladie, 35 caisses régionales du régime agricole, 28 caisses régionales du régime des indépendants)

(32) Art. L. 1435-4 CSP.

(33) Art. L. 4031-1 CSP.

(34) Le conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit les représentants de l'État, et des caisses d'assurance maladie. Il a pour mission de veiller à la cohérence des politiques mises en oeuvre par les ARS, il donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en oeuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. « Il veille à la cohérence des politiques qu'elles auront à mettre en oeuvre en termes de santé

publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs », art. L. 1433-1 CSP.

(35) Disposition insérée lors du débat à l'Assemblée nationale.

(36) L'Unocam rassemble les trois principales familles d'assureurs complémentaires représentés respectivement par la Fédération nationale de la mutualité française, la Fédération française des sociétés d'assurances, le Centre technique des institutions de prévoyance.

(37) Art. L. 182-3 CSS : l'Uncam et l'Unocam « déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque ».

(38) Cette hypothèse évoquée par les rapports Ritter et Bur a furtivement été défendue lors des débats parlementaires ; deux types d'organisation ont été proposés : une agence nationale de santé placée sous la tutelle de l'Etat, ou la même agence gérée par l'assurance maladie.

(39) Il faut garder à l'esprit que seize ans se sont écoulés entre la publication du rapport du commissariat général au plan prônant la création des ARS et le vote de la loi HPST.

(40) Sur la filiation entre la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et la loi HPST, V. D. Tabuteau, La politique de santé, des lois d'août 2004 à la loi HPST, RDSS 2009. 595 ; V. aussi P.-L. Bras, La création des agences régionales de santé : notre système de santé sera-t-il encore mieux gouverné ?, Dr. soc. 2009. 1126 .

Copyright 2022 - Dalloz – Tous droits réservés

LA COOPÉRATION HOSPITALIÈRE AU SERVICE DE LA MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ (1)

RDSS 2016 p.620

Frédéric Varnier, Directeur d'hôpital

Maurice Trépreau, Chercheur associé au laboratoire interdisciplinaire d'étude du politique Hannah Arendt (LIPHA Paris Est, EA 7373)

L'organisation de l'offre de soins est confrontée en permanence à plusieurs défis : s'adapter aux besoins de santé, prendre en compte les contraintes démographiques et géographiques, faire face aux contraintes financières, tout en améliorant la qualité, la sécurité et l'efficience des prises en charge. Ces défis ont été successivement ou concomitamment hiérarchisés par les autorités sanitaires en fonction des attentes et des besoins exprimés tant par les professionnels que par la société dans son ensemble. Dans ce cadre, la question du rôle et de la place de l'hôpital dans le système de santé a toujours été au coeur des réflexions sur la modernisation de notre système de santé (2).

Ce sujet fait l'objet de débats passionnés, parfois caricaturaux, autour du poids de l'hôpital dans les dépenses de santé, du nombre trop important de lits, et du caractère hospitalo-centré du système de soins. Des instruments spécifiques ont donc été développés pour faire évoluer l'offre de soins, en particulier dans le domaine hospitalier.

Parmi ces instruments (carte sanitaire, schémas régionaux, agences régionales, contractualisation...), la coopération hospitalière a longtemps été présentée comme un outil protéiforme, à la main des acteurs, permettant de répondre concomitamment à deux objectifs : d'une part, un objectif de rationalisation économique avec la restructuration de l'offre territoriale et la réduction des capacités hospitalières ; cette démarche a été principalement initiée par le secteur privé, qu'il s'agisse des regroupements de cliniques au niveau local ou des rapprochements de groupes dans une logique actionnariale ; d'autre part, un objectif d'amélioration du fonctionnement du

système hospitalier autour de l'idée de gradation des soins et de constitution de filières autour de ce qui, à l'origine, ne s'appelait pas encore des parcours de soins.

Les outils de coopération ont donc oscillé entre différentes combinaisons possibles : deux finalités (rationalisation économique/amélioration de l'organisation du système de soins) pour deux familles juridiques (coopération fonctionnelle et coopération organique) (3) sans pour autant se distinguer très nettement ni permettre de véritable recomposition. De fait, la coopération hospitalière a pu constituer une forme d'alibi ou de faux-nez aux objectifs sans cesse renforcés mais trop peu assumés de restructuration profonde de l'offre de soins.

Aujourd'hui encore, près d'un demi-siècle après la loi de 1970 (4) instaurant la carte sanitaire et le service public hospitalier, l'objectif de mieux organiser le système hospitalier et celui de le rationaliser sont au coeur des politiques publiques avec la Stratégie nationale de santé et le plan triennal d'économies visant à rétablir les comptes de l'assurance maladie, qui placent le « virage ambulatoire » et le « parcours de soins » comme axes déterminants de la politique de santé et de l'organisation des soins.

La loi de modernisation de notre système de santé (5) opère aujourd'hui un réel changement de paradigme. Depuis près d'un demi-siècle, la coopération hospitalière a été appréhendée comme un moyen « pudique » de promouvoir des opérations de restructuration. La seule planification conduisait en effet à les rendre plus visibles et donc plus difficiles à assumer. Cette approche n'a cependant permis ni de restructurer (d'autres outils ont été mobilisés à cette fin) ni de mieux organiser le système hospitalier. La création des groupements hospitaliers de territoire recentre la coopération hospitalière autour d'un seul objectif : celui de penser l'organisation hospitalière dans une logique de graduation des soins et d'aménagement du territoire et non dans une logique immédiate de restructuration. Des recompositions de l'offre de soins pourront, le cas échéant, intervenir dans un second temps, mais elles procéderont d'un projet médical partagé pensé à

la taille des territoires et par les acteurs eux-mêmes plutôt que d'une logique traditionnelle et jacobine de planification.

I - La coopération hospitalière n'a pas atteint ses objectifs en matière de rationalisation de l'offre de soins et de complémentarités entre établissements

Depuis près de cinquante ans, les autorités sanitaires attachent la plus grande importance à la question de l'organisation et de la répartition de l'offre hospitalière. À ce titre, la carte hospitalière peut être considérée comme la première traduction législative de cette préoccupation et comme la matrice des premiers instruments de restructuration de l'offre hospitalière. Cette politique de transformation de l'offre hospitalière a comporté dès l'origine un volet coopération.

Tous les outils de coopération créés depuis ont été présentés comme devant répondre à la fois à l'objectif d'organisation du système hospitalier (objectif premier de la planification) et à l'objectif d'un meilleur fonctionnement de ce même système (objectif de complémentarité). Pourtant, force est de constater que l'objectif comptable a pris le pas sur l'objectif sanitaire. La primauté faite à la restructuration, entendue comme une réduction du nombre de lits, a conduit les pouvoirs publics à privilégier d'autres outils et s'est traduite par la mise en échec d'une modernisation de l'offre hospitalière par le recours à la coopération.

A - Un instrument ancien passé d'un objectif sanitaire à un objectif comptable

Dans l'esprit des concepteurs de la loi de 1970, la coopération devait contribuer à la mise en oeuvre d'une stratégie de santé posant les bases d'une planification des équipements hospitaliers dont la cohérence serait optimisée par la coopération entre établissements. Son ambition initiale était d'organiser « un dispositif rationnel destiné à couvrir progressivement l'essentiel des besoins sanitaires du pays » (6).

1 - Une ambigüité initiale des objectifs de la coopération hospitalière

La loi de 1970 crée une carte sanitaire avec une sectorisation sur le modèle initié par la psychiatrie dès 1960. Elle vise le recensement de la totalité des lits et des équipements lourds pour contrôler les demandes de création, de transformation ou d'extension des hôpitaux publics ou des cliniques privées. Cette logique sera renforcée en 1991 notamment avec la création des schémas régionaux de l'offre de soins (SROS).

Pour atteindre ses objectifs, la loi de 1970 crée, en complément de la carte sanitaire, les premiers instruments de coopération hospitalière sous forme de syndicats inter-hospitaliers (7) et des groupements inter-hospitaliers (8) pour mieux « coordonner » les différents établissements. En 1996, les groupements de coopération sanitaire viendront compléter la liste des outils mis à disposition des établissements.

Les propos du rapporteur Jean-Pierre Blanchet lors de la séance au Sénat du 4 novembre 1970 (9) sont éloquents de ce point de vue. Ils font également écho aux préoccupations actuelles : « malgré les efforts de la commission nationale de coordination des établissements de soins, malgré le paiement par les malades des frais d'hospitalisation le plus souvent remboursés par la sécurité sociale, il n'existe pas de vrai lien fonctionnel, l'implantation ne relève d'aucun plan d'ensemble, la gestion n'obéit pas à des normes communes, les établissements répondant à des fins commerciales concurrencent ceux qui assurent un service public. Il n'y a en quelque sorte pas de plan directeur d'urbanisme ».

Les logiques de planification et de coopération sont donc conçues et considérées comme les deux faces d'une même médaille qui doivent contribuer à l'organisation d'une stratégie de santé en posant les bases d'une organisation territoriale hospitalière. Dans ce contexte, la coopération entre établissements de santé, et notamment entre établissements de santé publics, est considérée comme un instrument de mise en cohérence de l'offre hospitalière et, par extension, du système de soins.

L'ambigüité du dispositif retenu tient à ce que la coopération hospitalière s'est vu affecter deux objectifs : celui, d'une rationalisation de l'offre de soins (laquelle échoit plus largement à la planification) (10) et celui d'une

meilleure articulation des activités des établissements entre eux (logique parcours). Les voies juridiques qu'empruntent ces deux politiques tendent pourtant à indiquer des objectifs et des modalités de mise en oeuvre bien distincts : là où la planification repose sur un pouvoir administratif (les décisions prises sont des actes administratifs unilatéraux), la coopération procède davantage du contrat et de l'initiative des acteurs locaux. C'est en cela que la coopération hospitalière se voit réduite à un outil de la politique de planification, de la même façon que le régime des autorisations ou les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements sont des leviers pour organiser le fonctionnement du système hospitalier.

C'est d'ailleurs sans doute ce qui explique que la coopération hospitalière, qu'il s'agisse des syndicats inter-hospitaliers de 1970 ou des groupements de coopération sanitaire de 1996, n'ait pas contribué à restructurer la carte hospitalière. Sans politique active et assumée de planification, la politique de coopération ne pouvait à elle seule suffire à engager les mutations attendues du système hospitalier.

2 - La priorité accordée à l'objectif de restructuration hospitalière plutôt qu'à l'amélioration de l'organisation du système de soins

Si les acteurs ont pris conscience de la nécessité de recomposer l'offre de soins, cette recomposition recouvre trois réalités très différentes : la réorganisation, la rationalisation et la suppression d'activités (11).

C'est ainsi que les réformes des années 1990 (12) ont promu un discours essentiellement orienté sur l'optimisation des capacités hospitalières laissant peu de place aux instruments de coopération. L'objectif n'est plus d'encadrer le système ou de l'organiser, mais de le réguler, en prenant comme postulat de départ que la France présente une offre hospitalière trop dense, en partie inadaptée et qu'il faut réduire l'hospitalo-centrisme.

Ces réformes renforcent donc prioritairement le volet planification initié en 1970 avec les schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) au détriment du volet coopération. Ceux-ci sont instaurés dans chaque région et définissent le « panier de service hospitalier » par type d'installation (MCO, SSR, SLD, psychiatrie), par activité (notamment les plus coûteuses :

néonatalogie, urgences, réanimation, hémodialyse...) et par équipement médico-technique. Ils deviennent opposables en 1996. La création des agences régionales d'hospitalisation (ARH) et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) en 1996 viennent compléter ce dispositif.

Dans ce contexte, les outils de coopération ont progressivement été relayés au second rang, s'agissant de porter des opérations de recomposition de l'offre de soins (c'est-à-dire de réinterroger le projet médical des structures). Ils ont en revanche été beaucoup utilisés dans un souci de rationalisation économique. Les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique prennent corps dans le milieu sanitaire mais sur des thématiques ciblées (les GIE sont constitués notamment pour l'achat de matériel lourd tel que des scanners par exemple). En 1996, les groupements de coopération sanitaire (13) ont été présentés comme une adaptation des groupements d'intérêt public (14) et des groupements d'intérêts économiques aux réalités sanitaires (15) mais aussi comme un moyen nouveau d'engager des coopérations en matière d'activités de soins. Or force est de constater qu'un nombre réduit de GCS porte sur des activités de soins. Ceux-ci sont en revanche largement mobilisés sur les fonctions logistiques, administratives ou les activités médico-techniques (en particulier en imagerie mais dans le but de « contourner » le régime des autorisations pour l'implantation de nouveaux appareils) (16).

B - Le recours à d'autres leviers pour atteindre l'objectif de restructuration de l'offre hospitalière explique le bilan mitigé de la politique de coopération

Au cours des années 2000, les autorités sanitaires ont eu recours à d'autres leviers que la planification ou la coopération pour transformer l'offre de soins hospitalière. Ces leviers devaient permettre d'accélérer les restructurations.

1 - D'autres leviers mobilisés

En premier lieu, dans les années 2000, la création de la Haute autorité de santé, le développement de la certification des établissements de santé, d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont contribué à porter une véritable ambition de modernisation de notre système de soins sur la base de

critères qualitatifs. Ce discours a légitimé la recherche de nouveaux modes de régulation de l'activité des établissements et, dans certains cas, en conditionnant l'exercice de certaines activités à de nouvelles exigences. La définition par voie réglementaire de seuils minimum d'activité de nature à garantir une parfaite sécurité des pratiques illustre cette démarche. Ceux-ci ont indéniablement contribué à accélérer les recompositions de l'offre de soins, en particulier s'agissant des maternités (norme d'un minimum de 300 accouchements par an) ou de cancérologie (seuils minimaux exigés pour l'obtention d'une autorisation). La mission confiée au professeur Guy Vallencien s'est également inscrite dans cette logique (17) car il s'agissait d'évaluer la sécurité, la qualité et la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics. Elle a ainsi posé la question de la pertinence du maintien de l'activité de chirurgie dans certains hôpitaux en avançant un critère de sécurité des soins plus que de rationalité économique. Cette démarche n'a toutefois pas été poursuivie, sur le modèle de la cancérologie, par la diffusion de seuils minimaux d'activité.

En deuxième lieu, les modes de financement ont aussi pu être mobilisés pour, de façon indirecte, moderniser l'offre de soins. Le financement à l'activité en particulier avait pour objectif, d'une part, d'accélérer les redéploiements de moyens du court séjour vers les soins de suite et de réadaptation et, d'autre part, de répartir plus équitablement les financements entre établissements sur le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. Ce système devait permettre de mieux financer les établissements dynamiques et de mettre à mal les rentes des établissements atones, que la dotation globale préservait. Cette réingénierie de l'allocation des ressources devait conduire à des réajustements de l'offre de soins, en particulier s'agissant des petites structures. Plus fondamentalement, la logique de recettes liées à l'activité devait immanquablement générer une « course aux volumes » et aux parts de marché et donc à une progressive concentration de l'activité dans les établissements attractifs et à une réduction des durées moyennes de séjour. La T2A avait donc théoriquement les capacités de restructurer l'offre et de favoriser les réorganisations au sein des établissements et entre eux. Cependant, appliquée de façon générale, elle

pouvait tout autant conduire à mettre en difficulté des établissements dont l'offre était pertinente, et permettre à d'autres de se développer quand les tutelles souhaitaient au contraire restructurer. Les pouvoirs publics ont donc progressivement développé une approche plus dynamique de l'outil tarifaire avec la mise en oeuvre d'incitations. Des tarifs ont ainsi été majorés pour développer telle ou telle activité ou pratique. Ce fut notamment le cas pour la chirurgie ambulatoire. Plusieurs études (18) ont cependant conclu qu'il n'existait pas de lien évident entre incitations tarifaires et offre de soins, de sorte que ce levier est désormais moins utilisé. À l'heure de la réforme de la T2A, les évolutions du modèle de financement visent à une meilleure prise en compte de la qualité ainsi qu'à des financements spécifiques pour préserver des activités qui pourraient pâtir du modèle T2A (financement des hôpitaux de proximité et des activités isolées). La question de l'aménagement du territoire, en particulier en matière de proximité, devient donc de nouveau une préoccupation tarifaire mais davantage dans une optique de maillage que dans une optique de restructuration.

En troisième lieu, la progressive refonte de la politique d'investissement a conduit les pouvoirs publics à se doter d'un outil puissant pour réguler les opérations de rénovation ou reconstructions hospitalières et éviter l'écueil de certains projets surdimensionnés financés dans le cadre du plan Hôpital 2007. Il s'agit du Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins (19) (COPERMO) dont les objectifs (20) consistent à vérifier d'une part, la justesse du dimensionnement capacitaire du projet d'investissement, en tenant compte de l'évolution des modes de prise en charge, notamment en faveur de l'ambulatoire ; d'autre part, l'opportunité du projet au regard de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Cette démarche d'évaluation a vocation à s'articuler avec la mise en place des schémas régionaux de l'investissement en santé (SRIS). Comme indiqué dans l'instruction SRIS, il s'agit de garantir non seulement que les projets soutenus par les ARS soient performants pour l'établissement concerné mais surtout du point de vue de la réponse au besoin territorial. Ils doivent s'insérer dans l'offre de soins, d'accompagnement social et médico-social

sans générer de surcapacités coûteuses pour les finances publiques. Cette démarche illustre l'emprise forte de l'administration centrale sur la politique hospitalière.

2 - Un bilan mitigé de la coopération hospitalière

Dans son rapport de 2011 (21), la Cour des comptes dresse un bilan très mitigé de la coopération hospitalière et de la capacité de cet instrument à restructurer l'offre hospitalière. Elle relève une « accumulation d'outils », une « effectivité inégale », un « impact contrasté sur l'offre de soins » et « des outils détournés de leur vocation ».

En outre, la Cour des comptes a noté qu'une partie des coopérations pouvaient même s'avérer contraire à l'objectif de rationalisation économique dans la mesure où il n'existait pas de réorganisation en profondeur de l'offre, la coopération ayant alors une fonction défensive. Elle déplore ainsi l'absence d'approche territoriale visant à « faciliter la trajectoire des patients et la bonne articulation de la chaîne des soins entre l'hôpital et la médecine de ville ».

Ce bilan de la coopération hospitalière ne doit toutefois pas être lu comme une critique des outils en eux-mêmes mais plutôt comme traduisant la difficulté pour les pouvoirs publics de restructurer la carte hospitalière. Les outils de coopérations ont ainsi plutôt été mobilisés pour masquer des opérations de restructurations, comme un « faux-nez », plutôt que comme un levier. Or comme tel n'est pas leur objectif principal, les résultats sont mitigés. Si de nombreuses restructurations ont malgré tout eu lieu depuis les années 1990 (22), celles-ci apparaissent plutôt comme le fruit d'autres outils que la planification ou la coopération hospitalière.

II - Un instrument réinventé pour atteindre les objectifs de modernisation de l'offre de soins fixés par les autorités sanitaires

La relance du processus de coopération hospitalière est un objectif affiché de la loi de modernisation de notre système de santé.

Elle doit contribuer à donner du sens aux priorités assignées à l'ensemble des acteurs de l'offre de soins s'agissant de leurs organisations, de leur

pratique et de leur conception même de la prise en charge dans l'idée de placer le patient-usager au centre du système à travers le développement de la notion d'un parcours de soins et plus largement de santé.

La coopération hospitalière retrouve ainsi sa vocation originelle au centre de la réorganisation de l'offre hospitalière. Pour atteindre cet objectif, la loi va modifier les formes de coopération existantes et transformer les communautés hospitalières de territoire proposées par le rapport Larcher et prévue par la loi HPST (23) par des Groupements hospitaliers de territoire. Cette évolution n'est pas que sémantique, il ne s'agit pas d'un simple toilettage du dispositif existant mais de sa transformation radicale. Cette réforme a été précédée d'une analyse approfondie des dispositifs précédents qui a relevé que deux dimensions cruciales étaient manquantes pour que la coopération devienne l'outil premier de restructuration de l'offre hospitalière : la priorité donnée à la stratégie hospitalière et son caractère obligatoire.

Disposition peu médiatisée de la LMSS, les groupements hospitaliers de territoire ont reçu le soutien de la grande majorité des acteurs hospitaliers : la Fédération Hospitalière de France (24) (FHF), les organisations représentatives des directeurs, des praticiens hospitaliers, des conférences médicales d'établissements et d'une partie des organisations représentatives de la fonction publique hospitalière. Cet accord est en partie dû à la maturité du sujet et au poids des contraintes financières et démographiques.

Le dispositif maintenu propose une double rupture avec les dispositions antérieures en prévoyant, notamment, le caractère obligatoire de cette coopération et en définissant cette organisation nouvelle en termes territoriaux.

A - Un nouveau cadre qui marque une rupture avec les instruments de coopération hospitalière existants

1 - Une rupture de méthode : le caractère obligatoire de la coopération

La loi procède à une rupture dans la méthode, la coopération est désormais obligatoire et s'impose à tous les établissements de santé qui doivent intégrer un groupement hospitalier de territoire, « sauf dérogation (25) tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale » (26).

Cette obligation repose sur un constat simple mais resté longtemps sans conséquence qui est celui des résultats modestes de la coopération spontanée (27). Pour compléter cette obligation, le législateur a prévu une incitation financière en disposant que l'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation est subordonnée à la conclusion d'une convention constitutive d'un GHT (28).

Ainsi, depuis le 1er juillet 2016, près de 900 établissements publics qui composent l'offre hospitalière se sont regroupés en 135 GHT.

Ce caractère obligatoire permet de prendre en compte d'un seul tenant les deux finalités possibles de la coopération (organisation du système hospitalier autour d'une logique de parcours et rationalisation de la carte hospitalière). C'est également ce caractère obligatoire qui permet de réduire l'écart entre, d'une part, la logique concurrentielle liée au modèle de financement à l'activité (T2A), aux difficultés en matière de démographie médicale et plus largement à la contrainte économique et, d'autre part, la « raison territoriale » (29).

La loi n'a pas donné de personnalité morale aux GHT. Ce choix a été justifié par le souci de ne pas créer un « millefeuille » comme ce fut le cas pour les collectivités territoriales. Il l'a également été par l'idée que le GHT n'était pas une fusion d'établissements mais bien une coopération dans laquelle chaque établissement reste autonome.

2 - Une rupture en matière de contenu : un projet médical partagé et des fonctions transférées vers un établissement support

Ce caractère obligatoire comporte en effet un second niveau qui est celui du contenu de cette coopération. L'article L. 6132-3 dispose qu'au minimum, l'établissement support gère pour le compte des établissements membres le système d'information hospitalier, le département de l'information médicale, la fonction achat, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicales, les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de biologie médicale. En outre, la loi prévoit que « l'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des

établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles inter établissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques ».

C'est donc une double ambition qui sous-tend la réforme. Tout d'abord, il s'agit d'imposer une meilleure coopération afin de faciliter la prise en charge alors que les établissements ont des spécialisations et des niveaux de recours différents. Ensuite, il s'agit d'impulser une dynamique de regroupement, seule à même de générer les économies d'échelle sur les services supports, la baisse du nombre de lits induite par le développement de la prise en charge ambulatoire et la révolution du premier recours. C'est donc une logique de responsabilité territoriale bien plus que de rationalisation des fonctions supports qui est mise en avant comme objectif mais aussi comme condition de réussite.

Le rôle de l'établissement support est crucial puisque c'est vers lui que sont transférées certaines activités, y compris en termes de responsabilités. Contrairement à certaines critiques entendues à l'occasion de l'examen du projet de loi, le fait que le GHT n'ait pas de personnalité juridique n'est pas nécessairement synonyme de fragilité juridique (30). L'établissement support, auquel sont transférées certaines activités, conserve évidemment sa personnalité morale. Il s'agit donc bien de déplacer une activité d'un établissement à un autre (31).

3 - Une rupture en matière d'objectif et d'état d'esprit

Face aux défis que doit relever notre système de santé, la coopération « apparaît comme une nécessité peu contestable dans un système sanitaire morcelé, cloisonné, concurrentiel, s'organisant rarement de façon spontanée en une construction cohérente » (32).

Cette réforme est sous-tendue par la nécessité de développer une véritable stratégie hospitalière sur un même territoire. Elle s'inspire notamment des propositions formulées par la FHF d'organiser la coopération hospitalière afin que les établissements ainsi réunis puissent développer une stratégie de groupe. L'exposé des motifs du projet de loi indique ainsi que « ces

groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui se substituent aux communautés hospitalières, sont responsables de l'élaboration d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un même territoire, dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse aux besoins de santé de la population et pas seulement de coordination de l'offre de soins ». La loi précise désormais que le GHT a « pour objet de permettre aux établissements de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient ».

La réussite de ce projet suppose une évolution des mentalités. Une enquête menée auprès d'un CHT a montré que deux logiques se juxtaposaient comme « soubassement d'une stratégie médicale » commune. « Les médecins interrogés mettent en avant la possibilité de renforcer l'offre de soins sur le territoire. Les membres des directions, s'ils ne contestent pas cette vision, estiment que la coopération est également une stratégie permettant aux hôpitaux de la CHT de renforcer leur positionnement par rapport à leurs concurrents » (33).

Ce point est bien identifié par les acteurs qui vont devoir faire preuve de leur capacité à s'entendre sur une stratégie commune. Comme le souligne le président de la Fédération Hospitalière de France, « les gestionnaires de l'hôpital doivent changer de logique et réfléchir ensemble à l'échelle du territoire de santé et non plus à partir de l'établissement » (34). Ceci explique d'ailleurs les revendications exprimées par les représentants de directeurs d'hôpital ou de praticiens hospitaliers, en particulier s'agissant de la valorisation de l'exercice territorial.

Si cette réforme est une rupture, elle permet cependant de revenir aux fondamentaux de la coopération : il s'agit d'une réforme bottom up, contrairement à la pratique antérieure ou la coopération devait s'insérer dans le SROS existant, une réforme « à la main des acteurs et adaptée aux réalités territoriales ». Là où tous les outils de coopération précédents venaient accompagner une volonté de planification, les groupements hospitaliers de territoire présentent l'originalité d'être tout autant un outil de coopération qu'un outil de planification. La différence fondamentale tient en ce qu'elle

repose sur une logique inversée : ce n'est pas l'État qui fixe la cible, mais les établissements qui doivent en proposer une aux ARS, charge à elles d'en apprécier la portée et le caractère adapté aux enjeux régionaux.

Cette réforme s'inscrit enfin dans une logique plus large qui est celle du parcours de soins. Elle redéfinit à la fois l'offre hospitalière dans ce parcours et la place de l'hôpital dans le système de soins, notamment à travers son ancrage territorial.

B - Une organisation nouvelle définie en termes territoriaux

La mise en oeuvre des GHT s'intègre dans une politique territoriale de santé axée sur la réorganisation de l'offre de soins et avec l'objectif de coordonner le parcours du patient. Elle poursuit l'objectif de décloisonnement du système de santé entre sanitaire et médico-social, entre ville et hôpital (35).

Cette réforme est sous-tendue par la nécessité de développer une véritable stratégie hospitalière sur un même territoire. Lors des débats à l'Assemblée nationale, la ministre de la Santé a souligné qu'il s'agissait de faire entrer l'hôpital dans une organisation nouvelle définie en termes territoriaux. Il s'agit donc d'une nouvelle étape de la territorialisation de la politique hospitalière (36).

Il s'agit de réaffirmer que la coopération est un moyen de rechercher la complémentarité des activités de soins de chaque établissements mais également de répondre aux demandes de la population de bénéficier d'une offre de soins de proximité.

Cet objectif s'inscrit dans une logique plus large d'organisation de l'offre de soins et donne une importance cruciale à la question de la détermination du périmètre des GHT. Comme en matière électorale, la question des découpages proposés devient un point nodal pour la réussite de la réforme. Comme l'a souligné Marisol Touraine lors des débats sur la loi à l'Assemblée nationale, « les GHT seront un instrument très puissant de lutte contre la désertification médicale en garantissant la présence d'un hôpital de proximité partout sur le territoire national ».

Le débat sur le nombre idéal d'établissements membres d'un même GHT a donc fait l'objet de nombreux échanges entre les acteurs. De la taille des GHT est déduit le nombre de GHT et donc la future « carte hospitalière publique ». Durant les débats parlementaires, le nombre de 300 GHT avait été esquissé, soit une réorganisation autour d'un tiers des établissements existants (environ un millier). Après le vote de la loi, il est apparu que ce nombre pourrait approcher les 150, voire moins. Cette évolution, en partie inattendue, a permis à un certain nombre d'acteurs d'émettre la critique selon laquelle des GHT gigantesques seraient difficiles à gouverner (plus un GHT est important en taille, moins les synergies à réaliser seraient possibles). Plus fondamentalement, certains acteurs ont développé l'idée que ces GHT « XXL » pouvaient être une technique déguisée pour éviter les recompositions. A noter que la mission d'accompagnement sur la mise en place des GHT (37) ne s'est pas prononcée sur la question de la taille idéale.

L'objectif des GHT est bien d'assurer une meilleure coordination territoriale entre offreurs hospitaliers afin de faciliter la prise en charge continue entre établissements de spécialisations de niveaux de recours différents afin d'assurer une complémentarité des établissements. Ils doivent donc regrouper tous les établissements autour d'une stratégie de prise en charge partagée.

La loi accorde une place particulière aux CHU. Elle dispose que « tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire. » Les CHU coordonnent alors les missions qui leur sont dévolues : recherche, enseignement, recours, gestion de la démographie médicale. Les CHU constituent également un élément de l'offre hospitalière de proximité dans les territoires et doivent donc, à ce titre, être pleinement intégrés dans la stratégie commune et graduée de la prise en charge du patient.

À l'autre bout du spectre, les hôpitaux locaux constituent un enjeu majeur pour la constitution des GHT. Ces établissements, qui connaissent souvent des difficultés de démographie médicale, n'ont pas de plateau technique très spécialisé et ont une activité essentiellement axée sur la prise en charge de la personne âgée et les soins de suite et de réadaptation. Ils doivent donc nécessairement définir des complémentarités avec les établissements de recours. Des représentants de ces établissements ont pu exprimer des réticences, craignant d'être absorbées par de trop grands ensembles. La loi consacre la place des hôpitaux de proximité avec un volet spécifique, qui rappelle la place spécifique que ces établissements occupent dans la lutte contre la désertification médicale.

La réforme a vocation à se mettre en oeuvre progressivement et à laisser une relative autonomie aux acteurs de terrain pour s'organiser. Le décret en Conseil d'État publié le 29 avril 2016 (38) prévoit ainsi une élaboration progressive du projet médical partagé (39). L'échéance du 1er juillet 2016 fixée par la loi a été maintenue mais seules des « orientations stratégiques » ont été exigées pour les établissements qui n'ont pas suffisamment progressé sur l'élaboration du projet médical partagé. Les établissements doivent adresser une convention constitutive qui recense les orientations stratégiques du projet médical partagé, établi pour 5 ans.

Le décret prévoit également une gouvernance « à la carte », même s'il pose certains principes d'organisation. Il prévoit ainsi - en sus des instances prévues par la loi (comité territorial des élus locaux et comité stratégique) - des instances obligatoires mais dont le format est décidé par le GHT. Chaque GHT peut ainsi déterminer s'il souhaite mettre en avant une logique intégrative ou plutôt coopérative. C'est ainsi que les commissions médicales d'établissement (CME) peuvent choisir entre un collège médical ou une commission médicale de groupement. Cette souplesse vaut également, par exemple, pour la représentation des usagers au sein du groupement.

La forte dimension territoriale de la politique hospitalière a justifié le renforcement de l'implication des élus dans la mise en oeuvre de ces groupements. Le décret étend ainsi la composition du comité territorial des

élus, prévu par la loi, aux maires des communes sièges des établissements parties au groupement, représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, président du comité stratégique, directeurs des établissements parties au groupement et au président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

Enfin, chaque GHT comportera une conférence territoriale de dialogue social. Cette instance sera composée d'au moins un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement et ses attributions concernent notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation. Demande insistante des organisations syndicales, cette instance a pour vocation de permettre un dialogue social cohérent avec les nouvelles organisations de groupement.

L'objectif poursuivi par les autorités sanitaires est donc de faire de la coopération hospitalière un levier de la réorganisation du système de santé. Avec cette réforme, le législateur souhaite faire passer l'hôpital « d'un statut d'offreur de soins parmi d'autres à un statut d'acteur de santé à part entière » (40). La réforme permet également de positionner les établissements de santé sur le territoire en proposant « à la population une palette plus large et mieux sécurisée de services de soins et de services techniques, de l'inscrire dans un processus de prise en charge coordonnée des soins et de l'engager dans une nouvelle dynamique de coopération et de complémentarité entre établissements » (41).

Mots clés :

ETABLISSEMENT DE SANTE * Organisation et fonctionnement * Coopération hospitalière * Loi du 26 janvier 2016 * Groupement hospitalier de territoire

(1) Cet article fait partie d'un dossier ayant pour titre « La loi santé » qui a été publié dans le n° 4/2016 de la RDSS

(2) L'hôpital public au début du XXIe siècle, RDSS, 2015 (n° hors-série).

(3) M. Dupont, Hôpital public et coopération sanitaire, RDSS, 2015 (n° hors-série), p. 23 s.

(4) Loi n° 70-1318 du 31 déc. 1970 portant réforme hospitalière.

(5) Loi n° 2016-41 du 26 janv. 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS).

(6) Exposé des motifs de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

(7) Les syndicats inter-hospitaliers peuvent être considérés comme la première forme de coopération hospitalière. Leur objet était d'exercer des activités de fonctionnement ou de développement du service public hospitalier et pouvaient être autorisés, par le directeur général de l'ARH, à exercer des activités de soins. Les syndicats n'ont pas obtenu le succès escompté par le législateur. La loi HPST achève de les faire disparaitre en prévoyant qu'ils seraient transformés en CGS, en CHT ou en GIP. L'ordonnance du 4 sept. 2003 prévoyait qu'à compter de 2005 aucun syndicat inter-hospitalier ne pouvait plus être créé.

(8) Les groupements inter-hospitaliers sont des structures concertatives obligatoires ne disposant pas de la personnalité morale. Ce sont des lieux où les responsables « se rencontrent et apprennent à développer des attitudes communes » (Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République, Jean-Marie Clément, Les Études hospitalières, p. 97). Leurs attributions sont uniquement consultatives.

(9) Compte rendu de séances du Sénat, 4 nov. 1970.

(10) Exposé des motifs de la mesure sur les syndicats inter-hospitaliers dans la loi de 1970.

(11) E. Couty, Les restructurations dans le secteur hospitalier, p. 247 s., in P.-L. Bras, G. de Pouvourville, D. Tabuteau (Dir.), Traité d'économie et de gestion de la santé, Science po les presses, 2009.

(12) Loi n° 91-748 du 31 juill. 1991 portant réforme hospitalière et ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

(13) Le groupement de coopération sanitaire (GCS) créé par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avr. 1996 crée une nouvelle forme juridique de coopération s'apparentant quelque peu aux GIE mais adapté aux réalités sanitaires. Les GCS sont complémentaires des syndicats inter-hospitaliers comblant un vide juridique en permettant à des établissements n'assurant pas le service public hospitalier de coopérer. Permettant selon les cas la création d'une personne privée (comme un GIE) ou d'une personne publique (comme un GIP) comprenant au moins un établissement de santé, les GCS avaient pour ambition de simplifier le droit en regroupant les différentes formes de coopération au sein du code de la santé publique, connu des acteurs. Initialement conçus comme un outil sanitaire, les GCS ont en effet pour apport majeur de permettre aux groupements d'assurer les missions d'un établissement de santé.

(14) Les GIP, apparus dans la loi du 15 juill. 1982 sur la recherche et ensuite étendus à d'autres domaines dont l'action sanitaire et sociale en 1987, ont été conçus comme un partenariat entre personnes privées et publiques et sont soumis au principe de la majorité publique : les personnes morales publiques doivent donc détenir plus de la moitié du capital ou des voix. Les GIP se sont révélés être une formule assez lourde pour les partenaires privés craignant le contrôle de l'État, ce qui explique que cette forme juridique ait été principalement utilisée pour l'exploitation de moyens logistiques (équipements, blanchisserie, etc.).

(15) Les groupements d'intérêt économique (GIE) ont été créés par l'ordonnance du 23 sept. 1967 et sont régis par les art. L. 251-1 et suivants du code du commerce. Le GIE est une personne morale de droit privé. Des personnes morales et physiques peuvent constituer un GIE et notamment des personnes exerçant une profession libérale telle que les médecins. En pratique, les GIE sont constitués pour l'achat de matériel lourd tel que des scanners.

(16) L'étude d'impact de la mesure sur les groupements hospitaliers de territoire de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 notait que « le nombre de groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens, secteurs public et privé confondus, s'est étendu (plus de 600 à ce jour contre 191 fin 2008). Pour autant, leur objet reste limité à quelques activités ou fonctions mises en commun. En ce qui concerne les groupements de coopération sanitaire porteurs d'une autorisation d'activité de soins (groupements érigés en établissements de santé), leur évolution reste très limitée puisque seulement une vingtaine est recensée à ce jour. Aucun ne porte exclusivement sur des offreurs publics. Plus encore, ce modèle nous enseigne que le transfert d'activités ne déclenche pas d'effet d'entraînement vers une intégration progressive des autres activités ». En effet, comme susmentionné, le recours aux GCS a été éloigné de l'esprit de la loi (coquilles vides, GCS établissement de santé étant en réalité des GCS de moyens, GCS « e-santé » pour les systèmes d'information n'étant pas strictement des GCS).

(17) L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, avr. 2006

(18) V. Dossier solidarité et santé, DREES, n° 21, 2011, La réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires.

(19) Depuis le 11 déc. 2012, le Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins remplace le Comité National de Validation des Investissements et le Comité des Risques Financiers.

(20) Circ. Intermin. du 5 juin 2013 relative à la mise en place du COPERMO.

(21) Cour des comptes, Rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale, sept. 2011.

(22) Entre 2000 et 2013, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de plus de 480 000 à 413 000. La densité est donc passée de 80 lits pour 10 000 habitants à 63. La fermeture des lits s'est effectuée à un rythme assez régulier et a concerné la quasi-totalité des disciplines. Le nombre de lits en court séjour (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) a diminué de façon

importante tout au long de la période (- 11 %). Il en est de même en psychiatrie sur la période 2000-2012 (- 8 %), même si une légère augmentation est constatée entre 2012 et 2013. Après une augmentation jusqu'en 2001, les capacités d'accueil en long séjour ont également diminué, en particulier suite à la transformation en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de certaines unités. Les transformations des USLD en EHPAD ont mécaniquement occasionné une très forte baisse du nombre de lits entre 2008 et 2010 (- 44 %), suivie par une baisse plus modérée en 2011 (- 5 %) et entre 2012 et 2013 (- 2 %). Seules les capacités en moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) ont continué d'augmenter, le nombre de lits étant passé de 91 000 en 1998 à plus de 103 000 en 2013 : Programme qualité efficience assurance maladie, PLFSS 2016.

(23) C. Keller, M. Louazel, M.-L. Moquet-Anger, Les outils juridiques de coopération issus de la loi HPST : des instruments au service de la restructuration hospitalière ?, RDSS 2013. 687 .

(24) Créée en 1924, la Fédération Hospitalière de France (FHF) réunit plus de 1 000 établissements publics de santé (hôpitaux) et autant de structures médico-sociales (maisons de retraite et maisons d'accueil spécialisées autonomes), soit la quasi-totalité des établissements du secteur public.

(25) CSP, art. L. 6132-1.

(26) C'est le cas de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et d'une dizaine d'établissements sur l'ensemble du territoire.

(27) En 2013, 39 CHT avaient été mis en place et 600 groupements de coopération sanitaire.

(28) CSP, art. L. 6132-5.

(29) M. Louazel, Entre incitation réglementaire et intérêt stratégique à agir, Gestions hospitalières, n° 523, 2013. 117.

(30) B. Gallet, Le GHT : un outil de « ruptures » aux modalités de fonctionnement ambiguës, Finances hospitalières, n° 99, 2016. 7.

(31) M.-L. Moquet-Anger, Droit Hospitalier, p. 122, 4e éd., LGDJ, 2016.

(32) M. Dupont, Hôpital public et coopération sanitaire (op. cit.).

(33) L. Cazin, Coopérations territoriales : un nouvel outil stratégique au service de l'hôpital-entreprise ?, p. 175 s., in O. Baly et alii (Dir.), Management et territoires : les nouveaux défis, Presses des Mines, 2016.

(34) Interview de F. Valletoux, Pharmaceutiques, n° 237, mai 2016.

(35) Outre les GHT, cette territorialisation s'appuie sur les équipes de soins primaires, les plateformes territoriales d'appui, les communautés professionnelles de territoriales de santé, les maisons de santé, le dispositif PAERPA ou encore le Pacte territoire santé.

(36) J.-P. Domin, Établissements hospitaliers, p. 59 s., in P. Le Gales et N. Vezinat, L'État recomposé, PUF, 2014.

(37) J. Hubert, F. Martineau, Rapport sur la mise en oeuvre des GHT, 2016.

(38) Décret n° 2016-524 du 27 avr. 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

(39) L'art. 5 du décret dispose que les objectifs médicaux et l'organisation par filière d'une offre de soins graduée doivent être rédigés au 1er janvier 2017. De même, tous les éléments du projet médical partagé doivent être rédigés au 1er juillet 2017.

(40) E. Couty, Service public et territoire, les groupements hospitaliers de territoire, in A. Laude, D. Tabuteau (Dir.), La loi de santé, regards sur la modernisation de notre système de santé, Presses de l'EHESP, 2016.

(41) Idem.

Copyright 2022 - Dalloz – Tous droits réservés

LA PARTICIPATION DE L'UNOCAM AUX NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

RDSS 2011 p.105

Anne-Sophie Ginon, Maître de conférences à l'Université de Paris Ouest Nanterre la Défense, IRERP

Maurice Trepreau, Chercheur associé au Largotec (Université Paris Est)

L'essentiel

Au fil du temps, les réformes législatives adoptées dans le secteur de l'assurance maladie ont tenté d'associer les organismes complémentaires à la gestion du risque maladie. La participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles constitue un élément emblématique de cette évolution. Présenté comme une des clefs de la rénovation de la vie conventionnelle, le dispositif révèle pourtant des fragilités. La construction juridique ne permet pas de faire des organismes de protection sociale complémentaire des acteurs à part entière de la négociation conventionnelle et leur participation à la négociation semble même bouleverser les principes qui structurent le mécanisme conventionnel, notamment la définition du tarif opposable.

L'histoire des relations conventionnelles régissant les rapports entre les professionnels de santé et l'assurance maladie obligatoire ne s'apparente pas à un long fleuve tranquille. Négociations tendues, ruptures, annulation de clauses conventionnelles par le juge administratif, critiques sévères de la Cour des comptes sont autant de maux dont souffre, depuis un certain nombre d'années déjà, le dispositif conventionnel (1). Malgré cela, les pouvoirs publics ont toujours affirmé leur attachement au dispositif conventionnel, la réforme de l'assurance maladie conduite en 2004 ayant même révélé le souhait du Gouvernement de renforcer le rôle de la convention pour améliorer la régulation des dépenses de soins de ville.

Ce n'est donc jamais le principe même du conventionnement des professionnels de santé qui fait débat mais les conditions de sa réalisation. Le législateur a ainsi plusieurs fois modifié depuis 2004 le contenu de la convention et le rôle des acteurs conventionnels. Négociation et signature de la convention par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) au lieu et place des partenaires sociaux, réaménagement de la représentativité des professions de santé, adoption du principe de désignation d'un arbitre en cas d'échec des négociations conventionnelles, réduction à deux motifs seulement des possibilités de refus d'approbation des conventions par les ministres de tutelle... : autant de réformes qui ont été perçues et analysées comme des changements importants pour le fonctionnement du dispositif conventionnel.

Une mesure est néanmoins passée relativement inaperçue : celle qui a consisté à associer les organismes complémentaires d'assurance maladie à la gestion du risque maladie. Initiée dès 2004 sous la forme d'un partenariat institutionnel avec la création d'une nouvelle instance (2), cette participation des organismes complémentaires à la gestion du risque maladie s'est affinée au fil du temps pour investir pleinement le champ des relations conventionnelles. C'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (LFSS) qui constitue le point d'aboutissement de cette réforme en associant les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles (3). L'article 36 de la LFSS pour 2009 (4) énonce ainsi que « l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) peut participer à la négociation et à la conclusion d'un accord, d'une convention ou d'un avenant ».

Cette participation nouvelle de l'Unocam n'est pas exempte de conséquences. Sur le plan juridique tout d'abord, on soulignera combien la participation de l'Unocam aux relations conventionnelles ne confère pas au dispositif conventionnel la sécurité juridique nécessaire à la réalisation des objectifs que s'est fixé le législateur. Sur le plan des principes qui régissent le système de soins ensuite, on constatera que la volonté affichée de donner aux organismes complémentaires un rôle dans la gestion du risque maladie autre que celui de co-financeur des dépenses de santé, produit des effets qui vont

bien au-delà de la simple réforme technique annoncée en modifiant des paramètres aussi importants que les principes régissant la maîtrise des dépenses ou celui de l'opposabilité des tarifs, à tel point que certains observateurs n'hésitent à pas à parler d'une métamorphose silencieuse des assurances maladie (5).

L'émergence d'un nouveau signataire conventionnel

Réparant un oubli ou dressant un constat d'échec de la procédure d'association élaborée en 2004, le législateur de 2008 a souhaité préciser les modalités de participation des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles. Pour la première fois, il donne à ces organismes un véritable pouvoir sur la validité juridique des conventions. A l'analyse, il reste pourtant toujours aussi difficile d'y voir une possibilité pour l'Unocam d'engager contractuellement les différents organismes d'assurance complémentaire qu'elle a vocation à représenter.

La décision de participation et le pouvoir de l'Unocam sur la validité des conventions

Abandonnant l'idée d'une détermination précise de l'identité des acteurs habilités à participer aux négociations conventionnelles, le législateur a fait le choix de créer dès 2004 une structure juridique ad hoc pour associer les organismes complémentaires d'assurance maladie à la gestion du système de santé. La loi du 13 août 2004 donne ainsi naissance à une structure fédérative dénommée « Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie » (Unocam) dont les règles de participation aux négociations conventionnelles vont être plusieurs fois modifiées, la dernière modification ayant été réalisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Fruit de cette législation, l'article L. 162-14-3 du CSS énonce désormais un principe de participation systématique de l'Unocam à la conclusion de l'accord cadre interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-1-13 du CSS, aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes,

directeurs de laboratoires privés d'analyse médicale et entreprises de transports sanitaires) ainsi qu'aux accords de bon usage des soins, aux contrats de bonnes pratiques et aux contrats de santé publique. Ainsi, et contrairement à la procédure initiale qui avait été créée en 2004, laquelle permettait aux syndicats représentatifs des professionnels de santé de s'opposer à la participation de l'Unocam (6), la réforme de 2009 renverse complètement la procédure en prévoyant une participation systématique de l'Unocam, sauf décision contraire de cette dernière. L'Unocam maîtrise ainsi entièrement sa présence à la table des négociations.

Pour s'assurer de la liberté de choix de l'Unocam, le législateur crée à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie représentés par l'Uncam une obligation nouvelle d'information. L'Uncam est ainsi tenue d'informer l'Unocam de son intention d'ouvrir une négociation conventionnelle, et il appartiendra à l'Unocam d'indiquer aux caisses d'assurance maladie sa décision de participer ou pas à cette négociation. Le délai dans lequel l'Unocam doit faire part de sa décision de participer à la négociation est de 21 jours à compter de la réception de la notification par l'Uncam de son intention d'ouvrir une négociation (7). En cas de réponse positive, l'Unocam peut alors demander à être auditionnée par le conseil de l'Uncam qui est en charge d'adopter les orientations de cet organisme. L'idée est de permettre à l'Unocam de faire connaître ses orientations à l'assurance maladie obligatoire, et ce avant l'ouverture de la phase de négociation pour qu'une coordination puisse se mettre en place non seulement entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, mais également entre les différentes familles d'assureurs présents au sein de l'Unocam.

Pour donner encore plus de place aux organismes complémentaires, le législateur a confié à l'Unocam un pouvoir de blocage dans la procédure d'adoption de certaines conventions. Le législateur distingue désormais deux catégories de convention : celles dans « lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire » pour lesquelles l'Unocam dispose d'un pouvoir de blocage sur la procédure d'adoption de la convention et les autres. Les conventions dans lesquelles la part de financement supportée par les organismes complémentaires est majoritaire ne pourront

être immédiatement approuvées par les autorités de tutelle que si elles ont été signées par l'Unocam. Afin d'éviter toute difficulté d'interprétation, c'est un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui définit les accords, les conventions ou les avenants relevant de l'une ou l'autre catégorie. Sans surprise, le Gouvernement a placé dans la première catégorie les conventions régissant « les chirurgiens-dentistes, les audioprothésistes et les opticiens-lunetiers ». Il s'agit, et les assurés sociaux le savent bien, de viser les prestations pour lesquelles la prise en charge garantie par l'assurance maladie obligatoire est très faible. La décision de signer l'accord appartient alors au Conseil de l'Unocam. En cas de mise aux voix, seule une majorité qualifiée qui doit rassembler 60% des suffrages exprimés permettra la signature par l'Unocam. Compte tenu de la répartition des sièges au sein du conseil, cela signifie que les représentants de la Mutualité française ne peuvent pas prendre seuls la décision de signature, mais aussi et à l'inverse, qu'aucune décision de signature ne pourra être prise sans leur accord. On notera ici que la méthode d'élaboration de la décision de l'Unocam pour ces conventions est différente des modalités habituelles de fonctionnement du conseil de l'Unocam traditionnellement fondées sur le principe du consensus (8).

Il reste que pour éviter « une éventuelle situation de blocage des négociations conventionnelles », une procédure spéciale a été mise en place si l'Unocam refuse de signer. Ainsi, en cas de désaccord de l'Unocam sur les positions arrêtées par l'Uncam et la profession de santé considérée, les représentants de l'assurance maladie devront faire part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'un constat de désaccord. Dans cette hypothèse, la convention ne pourra être approuvée par les autorités de tutelle qu'à l'expiration d'un délai de six mois. On peut penser qu'un tel délai d'approbation contraindra l'assurance maladie obligatoire comme les syndicats représentatifs des professionnels de santé concernés à tenir compte de la place importante qu'occupe désormais l'Unocam. Les conséquences d'un refus de signature de l'Unocam sont en effet très lourdes en termes de délais de mise en oeuvre des nouvelles dispositions conventionnelles. Ce refus empêchera l'approbation de l'accord conventionnel pendant six mois,

délai qui pourra être porté à douze mois au total si l'accord comporte « une mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs, des honoraires, rémunérations et frais accessoires ». On soulignera ici combien le changement est d'importance, le législateur ayant fait le choix de doter l'Unocam d'un véritable pouvoir sur l'effet juridique de certaines conventions. L'Unocam est ainsi instituée en acteur à part entière de la vie conventionnelle. Force est néanmoins de constater que le dispositif juridique comporte de lourdes ambiguïtés : quel est le sens exact de la participation de l'Unocam ? S'agit-il d'exercer des pressions à la table des négociations conventionnelles ou l'Unocam dispose-t-elle d'un pouvoir réel pour réguler les dépenses de soins de ville ? Somme toute, quelle est la portée juridique de la signature de l'Unocam lors de la conclusion d'une convention ?

La portée de la signature de l'Unocam lors de la conclusion d'une convention

On l'a vu, la présence de l'Unocam à la table des négociations conventionnelles est désormais imposée par la loi sous réserve que cette dernière le souhaite. On perçoit alors immédiatement combien les parties à la négociation vont devoir prêter une attention particulière aux positions soutenues par l'Unocam et imaginer très certainement de nouvelles méthodes de négociation. L'interrogation principale reste néanmoins celle de savoir quelle est la portée juridique exacte d'une signature conventionnelle de l'Unocam.

Une lecture a minima des textes pourrait laisser penser que la conclusion de la convention par l'Unocam constitue désormais une condition nouvelle et nécessaire pour l'adoption d'un acte d'approbation souhaitant intervenir dans un délai inférieur à six mois. Mais cette lecture est trop simpliste. La participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles, exprimée en termes de signature d'un acte contractuel, a une signification bien particulière sur le plan juridique : elle a bel et bien vocation à engager l'Unocam dans un acte conventionnel qui, grâce à l'acte d'approbation des autorités de tutelles, acquiert la valeur d'un acte à valeur réglementaire (en l'espèce, il s'agit d'un arrêté).

La question de la portée juridique de cette signature devient alors centrale : s'agit-il pour l'Unocam de souscrire de nouveaux engagements, tels par exemple celui d'offrir des garanties supplémentaires en termes de remboursement pour les assurés sociaux ou encore de prendre des engagements tarifaires vis-à-vis des professionnels de santé et, dans l'affirmative, le peut-elle ? Il s'agit de savoir ce que valent les engagements qui pourraient être souscrits par l'Unocam dans le cadre de la conclusion d'un accord conventionnel.

A l'examen du statut juridique de l'Unocam, il semble que des difficultés s'expriment tant du point de vue de la réalisation des engagements de l'Unocam par les organismes complémentaires eux-mêmes que du point de vue de la légalité interne de l'arrêté d'approbation qui comporterait de tels engagements tarifaires.

En premier lieu, sur le lien entre les organismes complémentaires d'assurance maladie et l'Unocam, il faut remarquer que l'Unocam est constituée sous la forme d'une « association loi de 1901 », laquelle regroupe les Fédérations représentatives des « grandes familles » de la prévoyance complémentaire en santé. La signature de l'Unocam qui est légalement la seule structure représentative des organismes complémentaires d'assurance maladie vaut-elle engagement de l'ensemble des sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance membres des fédérations constitutives de l'association ? En un mot, les engagements pris par l'Unocam sont-ils opposables aux organismes de protection sociale complémentaire ? Plus concrètement, la question est celle de savoir si les engagements souscrits par l'Unocam trouveront une traduction dans les offres de contrats de couverture proposées par les organismes de protection sociale complémentaire tant auprès des entreprises à titre collectif que des personnes assurées à titre individuel.

En l'état du droit, force est de constater qu'il n'existe aucun outil juridique qui garantit mécaniquement que les mesures approuvées par une convention signée par l'Unocam figureront dans les contrats commercialisés par les assureurs complémentaires. Le Président de l'Unocam a d'ailleurs bien perçu

cette faiblesse lorsqu'il a souhaité préciser que dès lors que la FNMF et la FFSA seront engagés par une signature nationale, leurs membres devraient intégrer cette disposition dans leur offre commerciale. Pour les contrats collectifs, cette intégration ne pourra être effective qu'après négociation avec les employeurs des entreprises signataires.

On remarquera à cet égard que le protocole d'accord relatif à la création d'un secteur optionnel, signé par l'Unocam, met particulièrement ces difficultés en exergue. Le texte indique en effet que la mise en oeuvre du secteur optionnel devrait être accompagnée d'une meilleure prise en charge des dépenses par les organismes complémentaires, l'Unocam s'engageant à « promouvoir cette prise en charge ». On perçoit ici combien l'engagement de l'Unocam a bien plus la nature d'un souhait, et même d'un voeu politique, que celui de constituer un véritable engagement juridique précis portant sur une somme d'obligations mises à la charge des organismes complémentaires adhérant à l'association.

En second lieu, et du point de vue de la légalité interne de l'arrêté d'approbation, il semble qu'un arrêté d'approbation par lequel les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget édicteraient des dispositions tarifaires à destination de tous les organismes complémentaires heurterait de front le principe de liberté des prix applicable sur le marché de l'assurance complémentaire santé qui fait l'objet d'une double protection : au niveau national dans le cadre de l'ordonnance du 1er janvier 1986 et au niveau communautaire par la répression des ententes et abus de positon dominante des entreprises de protection sociale complémentaire sur le marché. Ajoutons également que toute adoption d'un mécanisme correctif de la part du législateur pourrait être censurée par les autorités en charge du contrôle de l'application du droit de la concurrence. En effet, toute volonté législative de contraindre les grandes familles de l'assurance complémentaire soit par une modification du statut des fédérations représentatives, soit par une réglementation du contenu des contrats d'assurance qu'ils proposent, est susceptible de heurter directement les règles qui interdisent toute entente entre organismes privés pour la fixation de tarifs communs.

En synthèse, on notera que cette institutionnalisation de la participation de l'Unocam dans les négociations conventionnelles ne va pas de soi et se réalise dans des conditions juridiques discutables. La liberté de participation de l'Unocam, qui est parfois présentée comme l'expression de sa liberté de s'engager au non dans un dispositif conventionnel, est aujourd'hui le corollaire de son impuissance à assurer l'effectivité juridique des engagements qu'elle pourrait souscrire auprès des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de l'Uncam. C'est donc toute la question de la participation de l'Unocam à la maîtrise des dépenses de santé qui est laissée de côté. Cette participation nouvelle de l'Unocam à la table des négociations conventionnelles ne trouverait dès lors qu'un sens politique, l'idée étant de permettre à l'Unocam, à défaut d'être un signataire pouvant engager juridiquement les organismes complémentaires, d'être un acteur légitime par rapport aux autres acteurs pour gouverner le système de santé. A l'examen, pourtant, rien n'est moins sûr.

L'introduction d'une nouvelle logique dans la gouvernance des dépenses de soins de ville

Adoptée dans le cadre d'un article situé dans la quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, cette réforme ressemble à un simple ajustement technique. En effet, les dispositions adoptées semblent avoir pour principal objectif de faire sauter le dernier « verrou » juridique qui était susceptible d'empêcher la participation des organismes de protection sociale complémentaire aux négociations conventionnelles, à savoir le droit de veto qui avait été précédemment accordé aux syndicats représentatifs des professionnels de santé. Ainsi entendue, cette modification législative donne un caractère plus effectif aux dispositions adoptées en 2004 dès lors qu'elle améliore les conditions de participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles. Cette disposition peut être interprétée comme l'aboutissement d'une étape nouvelle dans la politique d'articulation des interventions du régime obligatoire et des régimes complémentaires. Là où les réformes précédentes (9) avaient principalement pour objet d'offrir une meilleure couverture aux assurés sociaux, celle de 2009 permettrait au législateur de poursuivre sa politique d'articulation des interventions, cette

fois-ci non plus sur le versant de la couverture sociale mais sur le versant de l'offre de soins.

Mais la lecture des objectifs affichés de la réforme comme du premier protocole d'accord relatif à la création du secteur optionnel révèlent l'existence de changements beaucoup plus profonds. Ce sont en effet les principes directeurs de la « gouvernance » du système d'assurance maladie qui sont aujourd'hui bousculés, qu'il s'agisse des principes énoncés pour la maîtrise des dépenses de soins de ville que ceux relatifs à l'opposabilité des tarifs.

La mise en place d'un système de co-gestion des dépenses de santé

L'interprétation technique conférée à la réforme peut, dans un premier temps, expliquer l'absence de débat sur la question de la participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles, que l'on pense au débat public ou à des débats qui auraient pu être portés par les acteurs eux mêmes. Et c'est cette absence de débat préalable qui nous prive aujourd'hui d'éléments d'informations sur les objectifs conjoints poursuivis par le Gouvernement et les organismes complémentaires. Revendication ancienne des organismes de protection sociale complémentaire, le principe de la réforme a été acté dans un protocole conclu en 2008 entre le Gouvernement et la Fédération nationale de la mutualité française (10), au grand dam des autres acteurs de la protection sociale complémentaire qui n'étaient pas signataires dudit protocole et s'étonnaient de ne pas avoir été consultés sur ce projet (11). En toute logique d'ailleurs, l'architecture institutionnelle élaborée en 2004 aurait voulu que le Gouvernement négocie avec l'Unocam, ou par l'intermédiaire de l'Unocam, plutôt qu'avec les fédérations membres de l'association.

Le seul objectif avoué du Gouvernement est celui inscrit en toutes lettres dans l'exposé des motifs de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 : « il s'agit d'associer les organismes complémentaires d'assurance maladie à la régulation des dépenses de santé ». L'adoption de cette mesure dans une loi de financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire dans un texte qui détermine l'équilibre financier général de la sécurité sociale, est

conforme à cette ambition. Le Gouvernement a donc choisi de justifier la participation des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles par la nécessité de ne pas limiter la politique de maîtrise des dépenses de soins à « une partie seulement de nos dépenses de santé » mais bien de « réguler efficacement l'ensemble de ces dépenses » (12).

Rapporté aux réformes précédentes, cet objectif constitue un changement radical de perspective. En effet, jusqu'à présent les politiques de maîtrise des dépenses de soins conçues par les Gouvernements successifs pour réduire le déficit de l'assurance maladie se focalisaient sur les dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale. Les dépenses de santé (13) qui regroupent toutes les dépenses, qu'elles soient financées par des fonds publics ou des fonds privés (remboursement des régimes obligatoires, remboursements des organismes complémentaires, dépenses demeurant à la charge des ménages) forment un ensemble plus large que les dépenses de sécurité sociale.

A travers cette réforme institutionnelle, le Gouvernement semble vouloir établir un véritable « partenariat public-privé » pour assurer la maîtrise des dépenses de santé. A lire attentivement la réforme, on s'aperçoit que ce changement d'échelle dans la régulation des dépenses affectées à la santé répond à trois constats récents : premièrement, il s'agit de tenir compte du fait que les dépenses privées ont des répercussions sur les dépenses publiques, tout particulièrement dans les pays où les organismes de protection sociale complémentaire couvrent une large partie de la population, ce qui est le cas en France. Deuxièmement, cette réforme répond à une demande insistante et ancienne des organismes complémentaires de protection sociale qui ont toujours souhaité être associés à la maîtrise des dépenses de sécurité sociale pour mieux contrôler les dépenses qui restent à leur charge et être des acheteurs avisés de soins de santé (14). En outre, cette participation à la maîtrise des dépenses de santé permettrait de mieux maîtriser le montant des cotisations demandé aux souscripteurs de contrats de couverture complémentaire santé (15). Troisièmement, cette association suppose implicitement que la participation de l'Unocam va permettre d'améliorer l'efficacité de la politique étatique de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville mise en place depuis les années 90. La

participation de l'Unocam à la politique conventionnelle reposerait somme toute sur l'idée que les organismes complémentaires d'assurance maladie seraient à même d'aider le Gouvernement à maîtriser les dépenses de l'assurance maladie obligatoire (16), cette réforme intervenant juste après que la Cour des comptes ait émis de sévères critiques sur l'efficacité même des dispositifs conventionnels (17).

Aussi, perçoit-on très vite que la participation de l'Unocam a surtout pour objectif de redonner plus de discipline et d'efficacité à des dispositifs conventionnels jugés « à bout de souffle ». Elle consacre ainsi la croyance en l'efficacité supérieure des organismes de protection sociale complémentaire pour maîtriser les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Pour le dire plus simplement, elle entérine l'idée que les organismes complémentaires seront plus efficaces pour permettre à l'assurance maladie obligatoire d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés. L'arrivée de l'Unocam serait ainsi le gage d'une plus grande rigueur tant contractuelle que financière. Mais, concrètement, comment peut-on imaginer que l'intervention de l'Unocam à l'occasion d'une convention quinquennale pourrait modifier les effets de l'accord sans modifier les règles de la vie conventionnelle ou prévoir l'application de sanctions nouvelles en cas d'inexécution des engagements contractuels ?

En fait, il est plutôt à craindre que la participation de l'Unocam à la table des négociations conventionnelles ne se traduise par une nouvelle dérive du fonctionnement conventionnel. Depuis 1971, les conventions médicales n'ont en effet jamais cessé de rechercher des modalités effectives d'actions pour maîtriser au mieux les dépenses de soins de ville et force est de constater que les résultats ne sont pas satisfaisants. Non seulement les objectifs financiers sont très souvent laissés de côté, mais le système conventionnel a tendance à produire l'effet inverse de celui recherché, du fait notamment de la grande place qui est faite dans ces conventions au calcul économique des acteurs et aux incitations financières. Adoptée pour maîtriser les dépenses, certains en arrivent même à penser que la politique incitative favorise au contraire les comportements dépensiers (18). Plus encore, le principe d'opposabilité des

tarifs des honoraires médicaux aux assurés sociaux se trouve bousculé par cette logique participative de l'Unocam aux négociations conventionnelles.

Une réforme plus discrète : le nouveau sens du principe d'opposabilité des tarifs

Si, à ce jour, l'Unocam n'a participé à aucune négociation conventionnelle proprement dite, elle est néanmoins associée à la négociation d'un avenant à la convention médicale qui porte sur la création d'un secteur optionnel réservé aux médecins exerçant sur des plateaux techniques (19). Cette négociation constitue un exemple saisissant de ce qui se joue avec la participation nouvelle de l'Unocam aux négociations conventionnelles. Elle illustre surtout les changements plus souterrains que produit la réforme introduite par la LFSS pour 2009.

L'objet de la négociation relative au secteur optionnel vise à créer un nouveau secteur tarifaire pour répondre à deux problèmes très aigus dans le fonctionnement du système de soins ; il s'agit, d'une part, d'intervenir sur les revenus des spécialistes des plateaux techniques dont la situation a été jugée prioritaire par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels (20) et, d'autre part, de favoriser l'accès aux soins de tous les assurés sociaux en garantissant l'application de tarifs opposables dans le cadre d'un nouveau secteur optionnel.

Cette négociation a donc pour objet l'étude des modalités de prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes de plateaux techniques dans le cadre de la création d'un nouveau secteur tarifaire, négociation placée sous l'égide de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires d'assurance maladie.

La réforme voulue par le Gouvernement consiste donc à organiser l'intervention des organismes de protection sociale complémentaire pour prendre en charge des « dépassements normés » qui auront été déterminés dans le nouveau cadre conventionnel. Le Gouvernement a donc entendu inviter l'Unocam à prendre en charge une partie du coût de cette réforme, en l'occurrence la partie normée qui sera égale à la différence entre le tarif pris en charge par le régime obligatoire (minoré de la participation de l'assuré) et

le tarif de consultation déterminé dans le cadre conventionnel. Dans ce schéma, la participation des régimes obligatoires n'a donc pas vocation à s'accroître, la part supplémentaire des honoraires devant être prise en charge par les organismes de protection sociale complémentaire qui seront du coup les principaux financeurs du secteur optionnel (21). Dès lors, il faut bien se rendre compte que lorsque les signataires de la convention fixeront le plafond du dépassement autorisé au-delà du tarif opposable pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, ils seront amenés à discuter du montant des dépenses non remboursées par les régimes obligatoires d'assurance maladie de sorte qu'ils s'intéresseront à la somme qui est normalement soumise à la libre prévoyance. C'est l'objet même des négociations conventionnelles qui changera de nature puisqu'il s'agira d'investir, par la voie de la convention, la structure globale de la dépense de santé. La distance déjà observée entre l'objet initial des conventions s'accentuera au point de rejoindre des observations qui ont déjà pu être faites en 2008, et selon lesquelles les partenaires conventionnels « ne déterminent plus collectivement le montant des honoraires dus par le patient en contrepartie de la prestation de soins ; ils ne négocient pas davantage le tarif servant de base au remboursement des frais de santé engagés par l'assuré ; ils s'accordent sur un supplément de prix dont bénéficiera le médecin directement consulté, et dont le patient supportera la charge (soit seul, soit par l'intermédiaire de son contrat complémentaire en santé). Ce supplément ignore le synallagmatisme du contrat médical. A son tour, la fixation d'un tel dépassement par les parties à la convention méconnaît les raisons pour lesquelles la négociation collective du tarif des honoraires s'est imposée : pour concilier l'exercice de la médecine libérale et l'accès aux soins grâce à la prise en charge sociabilisée» (22).

Ainsi entendue, cette négociation bouscule les principes de la prise en charge tarifaire existant et introduit une logique nouvelle à côté de celle que l'on connaissait jusqu'ici, à savoir tarif opposable et contrats responsables. Jusqu'à présent en effet, le tarif opposable était uniquement constitué des éléments tarifaires négociés entre l'assurance maladie obligatoire et les syndicats représentatifs des professionnels de santé. Ce principe constituait

même la pierre angulaire de notre système d'assurance maladie. Il appartenait alors aux organismes complémentaires de compléter le remboursement offert à l'assuré par le régime obligatoire ou plus récemment de respecter ce tarif si la participation de l'assuré social était jugée vertueuse (médecin traitant, respect du parcours de soins coordonnés).

Avec la création du secteur optionnel, le changement serait d'importance puisque l'Unocam accepterait le principe d'une prise en charge d'une partie des dépassements facturés par les médecins des spécialités concernées. Cette prise en charge se ferait en sus de celle offerte par l'assurance maladie obligatoire. L'intervention de l'Unocam devrait donc permettre une meilleure couverture des dépenses engagées par les assurés sociaux dès lors qu'elle garantirait l'application de tarifs opposables d'un genre nouveau. L'opposabilité n'est en effet plus appréhendée comme la part de la dépense prise en charge par le régime obligatoire mais deviendrait égale à la somme des remboursements pris en charge par le régime obligatoire et les régimes complémentaires. A lire le protocole, l'opposabilité concernerait le tarif de la consultation déterminé par la convention majoré par les dépassements d'honoraires autorisés dans le secteur optionnel. Les organismes complémentaires seraient ensuite incités à prendre en charge des dépassements supérieurs au plafond déterminé dans le cadre du nouveau secteur conventionnel.

La création du secteur optionnel constituerait donc une réforme profonde de l'assurance maladie, en instillant une vision nouvelle de l'opposabilité tarifaire obtenue désormais par l'intervention conjointe de l'assurance maladie de base et des assureurs complémentaires en charge d'offrir des garanties en matière de dépenses de santé. Elle invite également à renouveler l'analyse de la structure des tarifs conventionnels, lesquels s'entendaient jusqu'ici comme les prix des prestations de soins (honoraires, frais et accessoires) sur la base duquel était calculé le taux de remboursement offert par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette structuration nouvelle des tarifs et de leur opposabilité aux assurés modifierait donc non seulement les compétences conventionnelles mais également le mode de calcul de la dépense de santé socialisée.

Elle soulignerait une nouvelle fois l'idée qu'il est nécessaire - pour ne pas dire impératif - de bénéficier d'une couverture santé suffisante et surtout efficace, c'est-à-dire d'être en capacité de souscrire un contrat qui offre de réelles garanties auprès d'un organisme de protection sociale complémentaire (23). La place des organismes complémentaires dans le système de prise en charge des dépenses de soins s'en trouve renforcée et peut, dès lors, être comprise comme la réalisation d'une étape supplémentaire dans l'oeuvre de collaboration entre les organismes de protection sociale complémentaire et l'assurance maladie obligatoire. Mais on peut aussi la lire autrement : elle exprimerait surtout le retrait supplémentaire de l'assurance maladie obligatoire dans la prise en charge des dépenses de santé des assurés sociaux, la négociation conventionnelle sur le secteur optionnel ayant clairement pour objectif de « ne pas trop solliciter les finances de l'assurance maladie » (24). Limitée initialement à quelques spécialités, cette « réforme serait d'autant plus profonde qu'il est probable que les médecins souhaiteront élargir le nouveau modèle au-delà des spécialistes intervenant sur les plateaux techniques, c'est la thèse des principaux syndicats de médecins » (25).

Mots clés :

SECURITE SOCIALE * Assurance maladie * Protection complémentaire * Gestion des risques * Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire * Négociation conventionnelle

(1) V. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, Droit de la sécurité sociale, Précis Dalloz, 16e éd., 2008, n° 703.

(2) En l'espèce, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Pour une analyse du dispositif, V. M. Del Sol, P. Turquet, Les organismes complémentaires d'assurance maladie et la gestion du risque maladie à l'aune de la réforme du 13 août 2004, RDSS 2005. 308 .

(3) Dans la loi du 13 août 2004, le législateur avait prévu que l'Unocam et l'Uncam examinaient « conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé portant sur leur

champ respectif », V. l'art. L. 182-3 CSS. Il avait également indiqué à l'art. L. 182-2 CSS que l'Uncam pouvait, « en accord avec les organisations syndicales représentatives concernées et dans des conditions précisées par décret, associer l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire à la négociation et à la signature de tout accord, contrat ou convention prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-16-1, L. 162-32-1, L. 165-6 et à leurs annexes ou avenants ».

(4) V. l'art. L. 162-14-3 CSS.

(5) V. D. Tabuteau, La métamorphose silencieuse des assurances maladie, Dr. soc. 2010. 85 .

(6) Art. 56 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(7) V. Décr. n° 2009-514 du 5 mai 2009 portant application de l'art. 36 de la LFSS n° 2008-1330 du 17 déc. 2008.

(8) V. G. Johanet, L'assurance maladie complémentaire et la réforme, Actualités et dossiers en santé publique, revue du Haut comité de la santé publique, n° 53/54, déc. 2005-mars 2006, La Doc. française.

(9) Création de la CMU et de la CMU-C en 1999, instauration des contrats responsables et de l'aide à l'acquisition d'une couverture santé en 2004.

(10) V. le protocole du 28 juill. 2008. Le texte intégral du protocole a été publié par l'Agence fédérale d'information mutualiste, AFIM n° 3295, 29 juill. 2008.

(11) V. Comment l'Unocam veut peser sur les négociations conventionnelles ?, Le Quotidien du médecin, 17 nov. 2008.

(12) V. les propos de Mme la ministre R. Bachelot-Narquin, Sénat, 12 nov. 2008.

(13) Les dépenses de santé renvoient à une multitude de dimensions selon le périmètre qu'elles recouvrent. Pour approcher plus précisément cette notion V. Ph. Ulmann, T. Barnay, Maîtrise des dépenses de santé, Traité de santé publique, Flammarion, 2e éd., déc. 2007.

(14) F. Pierru, Hippocrate malade de ses réformes, Edition du croquant 2007, p. 224.

(15) A l'automne 2009, la FNMF a annoncé qu'en raison des charges supplémentaires pesant sur les mutuelles, leurs cotisations pourraient augmenter de 4% à 7% en 2010, Le Quotidien du médecin, 12 oct. 2009. Cette démarche fait écho aux actions communes de gestion du risque évoquées par la loi de 2004 qui n'ont connu aucune mise en oeuvre opérationnelle ; V. art. 55 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie.

(16) L'Unocam développe une vision plus large de sa participation à la politique de maitrise des dépenses de santé. Ainsi à l'occasion de la préparation du PLFSS pour 2011, le conseil de l'Unocam a proposé aux pouvoirs publics un plan de 3,5 milliards d'économies sur trois ans. L'une des propositions phare de l'Unocam consiste à prôner le déremboursement des cures thermales médicales afin « de concentrer les prises en charge AMO sur les soins thérapeutiques qui ont fait preuve de leur efficacité, en particulier dans le contexte de déficit que nous connaissons », Unocam, 23 juin 2010.

(17) V. le rapport de la Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2005 ; V. également, le rapport de la Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2007 dans lequel la Cour remet en cause tant le champ de la négociation conventionnelle que son échec en matière de maitrise des dépenses d'assurance maladie. V. également l'avis du comité d'alerte en date du 29 mai 2009 selon lequel « les mesures de maîtrise médicalisée décidées dans le cadre conventionnel ont généralement un taux de réalisation voisin de 60 % ».

(18) P. Batifoulier, M. Gadreau, I. Vacarie (Dir.), La gouvernance de l'assurance maladie : l'orientation marchande et ses paradoxes, Rapport remis à la MIRE, 2008, p. 9.

(19) Le secteur optionnel serait proposé aux professionnels de santé libéraux conventionnés relevant de spécialités de chirurgie, anesthésie-réanimation et gynécologie obstétrique, pour les professionnels ayant une activité technique prépondérante, V. sur ce point le protocole d'accord

tripartite élaboré par les syndicats médicaux représentatifs pour la convention médicale, l'Uncam et l'Unocam.

(20) V. le Protocole d'accord du 24 août 2004 sur la chirurgie française.

(21) V. G. Johannet, Le secteur optionnel, Dr. soc. 2010. 189 .

(22) P. Batifoulier, M. Gadreau, I. Vacarie (Dir.), La gouvernance... (op. cit.), p. 68.

(23) La création de la CMU-C ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé allaient déjà dans ce sens.

(24) V. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport annuel, juill. 2009, p. 61.

(25) V. Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (op. cit.), p. 62.

Copyright 2022 - Dalloz – Tous droits réservés

L'ONDAM PEUT-IL S'IMPOSER COMME OUTIL DE RÉGULATION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE ?

RDSS 2008 p.1096

Anne-Sophie Ginon, Maître de conférences à l'Université de Paris 10 Nanterre (IRERP-UMR CNRS)

Maurice Trépreau, Chercheur associé au Largotec (Université de Paris 12)

L'essentiel

L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie a été conçu comme un outil de régulation des dépenses d'assurance maladie. A ce titre, il constitue un élément central des lois de financement de la sécurité sociale. Toutefois, sa mise en oeuvre s'est rapidement révélée défaillante, les mécanismes de sanction applicables en cas de dépassement de l'objectif ayant été abandonnés. Les pouvoirs publics ont dû instaurer d'autres modalités d'encadrement des dépenses en cas de non respect de cet objectif : pour ce faire, ils ont créé une procédure d'alerte spécifique. Cette évolution pose la question du rôle que l'on entend désormais faire jouer à l'Ondam.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est un outil de régulation (1) sans équivalent au sein de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Il se distingue de l'objectif de dépenses d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès ainsi que des objectifs de dépenses fixés pour les différentes branches de la sécurité sociale. En effet, seule la branche maladie donne lieu à l'élaboration d'un objectif chiffré fixant des prévisions de dépenses annuelles dans le but de les réguler. Cette singularité octroie à l'Ondam une place unique et fait de lui la cible de toutes les critiques adressées aux lois de financement de la sécurité sociale, en particulier en ce qui concerne leur caractère non normatif (2).

Au-delà de cette originalité, l'Ondam témoigne bien d'une volonté législative de réguler de façon chiffrée l'offre de soins. Il participe ainsi largement du souci de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie qui s'est développé depuis une trentaine d'années et dont les ordonnances Juppé de 1996 constituent la traduction juridique la plus aboutie. Sa conception repose sur l'idée qu'il serait aujourd'hui possible de déterminer, voire de « probabiliser » le coût à venir des dépenses de soins.

Il reste néanmoins à observer que si, depuis 1996, les réformes législatives successives ont toujours tenté d'affiner les modalités de construction de cet objectif, les outils relatifs à sa mise en oeuvre n'ont que très peu intéressé le législateur et les acteurs en charge de leur élaboration (3). Ce n'est donc pas tant la portée normative de l'Ondam qui mérite d'être examinée que les difficultés d'élaboration et de mise en oeuvre auxquelles il conduit : si son objectif initial était de « réguler » les dépenses d'assurance maladie, le rôle qu'il est amené à jouer dans la maîtrise des dépenses de soins s'est progressivement affaibli, ce à quoi le législateur, en 2004, puis en 2007, a tenté d'apporter une réponse nouvelle en créant un Comité d'alerte. Se pose alors à nouveau la question du rôle que l'on entend faire jouer à cet objectif : encadrer en amont les dépenses de l'assurance maladie pour éviter et sanctionner les dérapages constatés ou n'être finalement qu'un indicateur chiffré d'un dépassement annuel prévisible pour lequel de nouvelles mesures d'ajustement devront être adoptées en cours d'année ?

L'Ondam : un outil de régulation des dépenses d'assurance maladie

A sa création en 1996, l'Ondam est le principal mécanisme de régulation des dépenses d'assurance maladie mis en oeuvre dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. Il s'applique aux dépenses d'assurance maladie, celles dont la croissance a été la plus dynamique au cours des années qui ont précédé le Plan Juppé, et invite les acteurs mêmes du système de santé à le mettre en oeuvre par des mécanismes d'ajustement, ce pour en assurer le respect. Initialement, l'Ondam s'est appuyé sur des dispositifs d'encadrement des dépenses applicables à chaque secteur du système de soins (notamment les soins de ville et l'hôpital). Mais, force est de constater

que ce qu'il a été convenu d'appeler « le principe de l'opposabilité de l'Ondam » (4) aux acteurs du système de santé a volé en éclats avec la suppression de tous les mécanismes de sanction en cas de dépassement de l'objectif.

Un mécanisme central de la loi de financement de la sécurité sociale

Les raisons qui ont conduit à ériger l'Ondam en symbole de la loi de financement de la sécurité sociale sont relativement simples : il s'agit d'un outil de régulation des dépenses d'assurance maladie qui s'inscrit dans la continuité des actions de régulation entreprises depuis le début des années quatre-vingt-dix. Adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), sur proposition du Gouvernement, ce mécanisme repose sur la détermination d'enveloppes sectorielles : les sous-objectifs.

Un outil de régulation inspiré par les dispositifs préexistants

La création de l'Ondam constitue l'aboutissement d'un processus entamé quelques années auparavant. Confrontés depuis la fin des « trente glorieuses » au déficit persistant de l'assurance maladie, les Gouvernements successifs ont mis en oeuvre de nombreux plans d'économies (5).

En 1991, le Gouvernement a instauré de nouveaux outils de régulation propres à l'assurance maladie : les objectifs quantifiés nationaux (OQN). Présentés par Claude Evin, lors du conseil des ministres du 12 avril 1989, ces mécanismes prévoient la conclusion d'une convention tripartite entre l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie et les professions concernées (initialement les laboratoires d'analyse médicale et les établissements de santé privés) destinée à encadrer l'évolution des dépenses des secteurs concernés. Mis en oeuvre par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, les OQN constituent les prémices des ordonnances de 1996 (6) et de l'Ondam (7).

Initialement construits pour être étendus à l'ensemble des professions de santé, et notamment aux médecins, ces dispositifs ne figurent pourtant pas dans la loi n° 93-8 du 4 janvier 2003, relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie. En raison de l'opposition des syndicats de médecins, l'extension de ces dispositifs aux autres professions

de santé a été repoussée au profit d'objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses sans faire référence à la fixation d'enveloppes de dépenses.

Dans cette construction préalable à la mise en oeuvre des lois de financement de la sécurité sociale, une dernière étape sera franchie avec les ordonnances du 24 avril 1996 qui prévoient la détermination d'un objectif prévisionnel d'évolution des soins de ville et d'un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé (8).

L'instauration d'un objectif national des dépenses d'assurance maladie au sein de chaque loi de financement de la sécurité sociale assure donc l'articulation entre les mécanismes d'encadrement des dépenses figurant dans les ordonnances et la loi de financement de la sécurité sociale. L'Ondam peut être considéré comme la traduction juridique, au sein de cette nouvelle catégorie législative que constitue la loi de financement de la sécurité sociale, des dispositifs de régulation des dépenses d'assurance maladie préexistants.

Au sein de cette architecture juridique mise en oeuvre depuis 1996, l'Ondam dispose donc d'un statut particulier qui renforce son rôle en matière de régulation des dépenses.

En effet, alors que la loi de financement de la sécurité sociale fixe les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base, la branche assurance maladie voit subsister en son sein deux objectifs, l'objectif de dépenses et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette distinction est motivée par le souhait exprimé par le législateur de conjuguer, d'un côté, un objectif qui regroupe l'ensemble des dépenses de la branche, et de l'autre, un objectif (l'Ondam) dont le rôle est de permettre la régulation des dépenses engagées au titre des soins, c'est-à-dire hors frais de gestion des Caisses (9).

A la création des lois de financement de la sécurité sociale, l'Ondam se voit donc octroyer une place singulière : il est l'unique mécanisme de régulation des dépenses d'assurance maladie. Mais, aussi paradoxal que cela puisse paraître au regard de sa fonction et de ses origines, il ne fait pas l'objet d'une définition législative précise. La loi se borne à indiquer que chaque LFSS fixe

« l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs » (10).

Hormis cette indication, le code de la sécurité sociale demeure muet sur le contenu de l'Ondam. Ainsi, en l'absence de définition légale, c'est l'exposé des motifs de l'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, c'est-à-dire la première LFSS examinée par le Parlement, qui définit le périmètre de l'Ondam (11).

Au vu de ces éléments, l'Ondam présente quatre caractéristiques principales :

- il rassemble les dépenses d'assurance maladie qui doivent faire l'objet d'une régulation, d'où l'exclusion de certains postes de dépenses non directement liés à la couverture du risque maladie. C'est ce point qui le distingue de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (12) ;

- c'est un objectif inter-régime, puisqu'il englobe les dépenses de tous les régimes obligatoires de base ;

- c'est un objectif inter-branche car il prend en compte des dépenses issues des branches maladie et accidents du travail/maladies professionnelles ;

- il est composé de deux « agrégats » : les soins de ville et les dépenses hospitalières.

Toutefois, l'absence de définition a provoqué une difficulté d'ordre technique. Les imprécisions relatives au périmètre de l'Ondam soulèvent en effet des problèmes d'affectation ou d'intégration de certaines dépenses au sein de l'objectif. Dans ses différents rapports relatifs aux lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes s'est donc attachée à préciser ce périmètre afin, notamment, de s'assurer que l'ensemble des dépenses relevant de l'objectif est bien pris en compte, et que la méthodologie retenue pour leur intégration est comparable d'une année sur l'autre (13).

Des dépenses encadrées par sous-objectifs

La valeur chiffrée de l'Ondam est déterminée par la loi de financement de la sécurité sociale, sur proposition du Gouvernement. La LFSS fixe donc

l'enveloppe des dépenses soumises à régulation, mais leur mise en oeuvre est précédée par la détermination de sous-objectifs « sectoriels ».

Dans la continuité des ordonnances de 1996, l'Ondam a initialement comporté deux sous-objectifs respectivement consacrés aux soins ambulatoires (honoraires des professionnels de santé, produits de santé, indemnités journalières) et aux dépenses hospitalières (établissements de santé publics et privés). Ces sous-objectifs constituent la caractéristique principale de l'Ondam. Il ne s'agit pas, à proprement parler, « d'enveloppes limitatives » mais bien d'objectifs de dépenses auxquels sont rattachés, à l'origine, des mécanismes censés encadrer l'évolution de la dépense. Initialement, ces objectifs ont été déterminés par voie réglementaire, après adoption de la loi de financement de la sécurité sociale.

La loi organique, relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), en date du 2 août 2005 qui réforme les dispositions adoptées en 1996, énonce que le Parlement se prononce désormais sur les sous-objectifs de l'Ondam. Cette nouvelle présentation de l'Ondam dans la loi de financement de la sécurité sociale répond à la fois au souci de renforcer l'information du Parlement et d'élargir la portée de son vote. Toutefois, la détermination des sous-objectifs demeure une prérogative du Gouvernement même si les commissions parlementaires compétentes (14) sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition de leurs composantes.

Ainsi, depuis la réforme de la loi organique survenue en 2005, l'Ondam se compose d'au moins cinq sous-objectifs. En retenant ce chiffre, le législateur organique a fait preuve de pragmatisme et a tenu compte des précédents. En effet, si, en 1997, dans la première loi de financement de la sécurité sociale, l'Ondam était composé de deux sous-objectifs, en 2004, les pouvoirs publics n'utilisaient pas moins de cinq agrégats distincts au moment du vote de la nouvelle LOLFSS : un pour les soins de ville, deux pour l'hôpital, un pour le médico-social et un dernier intitulé « autres dépenses ».

Ces nouvelles règles sont donc tout simplement venues s'appliquer à compter de la LFSS pour 2006. Depuis, l'Ondam est composé de six sous-

objectifs (15) qui tiennent compte de l'organisation des différents secteurs d'activités qu'ils sont appelés à financer.

La fixation de ces sous-objectifs au sein de l'Ondam relève donc de la compétence des pouvoirs publics, et plus particulièrement d'une compétence exercée par le Gouvernement. Cet objectif s'impose aux acteurs du système de santé qui sont chargés de les mettre en oeuvre selon des modalités propres à chaque secteur.

Chacun de ces sous-objectifs doit alors être accompagné d'outils de régulation, dont les modalités d'application peuvent varier suivant les secteurs d'activités concernés. Mais l'objectif du plan Juppé a bien été de définir des mécanismes d'ajustement de la dépense, c'est-à-dire des dispositifs permettant d'encadrer la dépense générée par chaque secteur afin de faire respecter le montant du sous-objectif, et plus globalement de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie. C'est ce que l'on a appelé « l'opposabilité de l'Ondam ». Or, force est de constater que ces mécanismes d'encadrement de la dépense ont connu de profondes mutations, quand ils n'ont pas été purement et simplement supprimés, remettant en cause cette « opposabilité de l'Ondam », d'une part, et la fonction de ce mécanisme d'ajustement, d'autre part.

Les mécanismes de reversement ont été abandonnés

En ce qui concerne les soins de ville, l'Ondam a très vite été perçu comme un instrument d'encadrement des dépenses des honoraires pratiqués par les professionnels de santé (16). Le plan Juppé, adopté en 1996, a en effet considéré que l'objectif d'évolution des dépenses, fixé chaque année par le Parlement, devait être décliné par chacune des professions de santé qui, dans le cadre de leurs négociations avec les Caisses d'assurance maladie, détermineront le taux d'évolution de leurs dépenses. Ce plan avait même prévu qu'en cas d'échec des négociations entre les Caisses et les professions de santé, il appartiendrait au Gouvernement de fixer lui-même l'objectif d'évolution des dépenses par secteur de soins. Enfin, si les dépenses constatées s'avéraient être supérieures à l'objectif fixé, des mécanismes d'ajustement devaient être mis en oeuvre par les partenaires conventionnels.

La création des LFSS et de l'Ondam a alors conduit à la modification de l'article L. 162-14-1 du CSS qui régit les conventions médicales, ces dernières devant désormais intégrer, outre « les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux (...), des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité, des professions concernées ».

Il s'est donc agi de créer un lien entre l'Ondam et les conventions négociées entre les Caisses et les syndicats représentatifs des professions de santé. Les conventions sont érigées en outils de mise en oeuvre des objectifs nationaux, outils qui devraient permettre de réguler les dépenses de soins et donc d'en assurer la maîtrise. Les ordonnances Juppé de 1996 ont ainsi modifié en profondeur le contexte des négociations conventionnelles puisque les conventions conclues avec les professionnels de santé devaient s'appuyer sur les cadres financiers définis dans les lois de financement de la sécurité sociale.

Mais le dispositif va connaître de lourds échecs.

Tout d'abord, les négociations conventionnelles vont se durcir puisque les partenaires doivent non seulement fixer les objectifs d'évolution de leurs dépenses, mais aussi créer des sanctions conventionnelles dans le cas d'un dérapage des dépenses par rapport à l'objectif prévisionnel de dépenses fixé (17). Ensuite, si la déclinaison même des objectifs par profession va se révéler être un exercice très difficile pour les partenaires qui négocient des conventions spécifiques, profession par profession, la création de sanctions va l'être encore plus. L'idée de créer un objectif opposable aux professionnels de santé avec des modalités individuelles de reversement pour les professionnels de santé en cas de dépassement donne lieu à des contestations devant les tribunaux et l'exercice va, du coup, être progressivement abandonné par les partenaires conventionnels (18).

Plus encore, des contraintes liées à l'application du droit disciplinaire vont venir s'ajouter à la construction des sanctions dès lors que les conventions sont tenues de respecter la Convention européenne des droits de l'homme :

respect des droits de la défense, impartialité du juge, principe de nécessité et de proportionnalité des peines sont autant d'exigences qui vont conduire à l'annulation de la plupart des sanctions imaginées par les parties signataires. Les invalidations contentieuses vont progressivement ruiner les procédures de sanction mises en oeuvre, en les privant, tour à tour, de base légale (19). Il a d'ailleurs été fait remarquer que « cet ensemble exceptionnel de contraintes est d'autant plus difficile à respecter qu'il doit être pris en compte dans un contexte de négociations marquées par un rapport de force et des intérêts souvent antagonistes » (20).

En pratique, les syndicats les plus représentatifs vont le plus souvent refuser de signer les conventions qui prévoient de tels mécanismes et seuls les syndicats les plus minoritaires vont accepter de s'engager.

Aussi, est-ce plus fondamentalement l'ambition d'étendre le champ de la négociation conventionnelle à une maîtrise des volumes qui a débouché à la fois sur un échec des mécanismes de régulation et sur une perturbation profonde des relations conventionnelles. On a alors pu souligner l'instabilité juridique des accords conventionnels ainsi que leur incapacité à réguler les dépenses de soins de ville et proposer une refonte du système conventionnel.

L'impossibilité de mettre en place une régulation quantitative efficace a conduit à une nouvelle réforme adoptée par la LFSS pour 2000. Celle-ci consacre l'abandon d'une régulation fondée sur une responsabilisation des médecins sur leurs honoraires et leurs prescriptions. Elle rend, pour chaque profession, l'objectif quantitatif, en principe, opposable. La régulation n'est donc plus recherchée par des reversements mais par des réajustements de tarifs ou de la cotation des actes à décider dans le cadre d'un calendrier contraignant imposé aux partenaires conventionnels, avec la possibilité pour la Caisse de prendre, en cas de mésentente des partenaires conventionnels, les mesures unilatérales nécessaires. Le changement est d'importance puisqu'il s'agit de mettre en place un nouveau mode de mise en oeuvre de l'Ondam.

Malgré cette réforme en profondeur, les professions de santé n'ont pas trouvé dans les Caisses d'assurance maladie des interlocuteurs avec lesquels

elles puissent ou veuillent réellement contractualiser dans le cadre des orientations définies par le Parlement. La Cour des comptes relève ainsi que le nouveau mode de régulation instauré par la LFSS pour 2000 « n'a pas fait ses preuves ». En définitive, indique-t-elle, « la stratégie suivie après 1999 par l'assurance maladie visant à privilégier, pour chaque profession ou spécialité, des mesures ponctuelles et ciblées en lieu et place d'une revalorisation générale par une action sur les lettres-clés, pertinente en théorie, a été un échec puisqu'elle n'a permis ni d'éviter la revalorisation des généralistes, décidée en 2002, ni celle des spécialistes en 2005» (21).

Cette situation illustre l'échec de l'Ondam en tant qu'instrument d'encadrement des dépenses. Preuve supplémentaire de cet échec, depuis la création des LFSS : le montant de l'Ondam voté par le Parlement n'a été respecté qu'à une seule occasion.

Les pouvoirs publics cherchent à contenir les dépassements de l'Ondam

Conscients de cette situation, les pouvoirs publics n'ont pas semblé, dans un premier temps, vouloir réaffirmer le rôle de l'Ondam comme instrument d'une politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Les débats relatifs à la réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (22) sont à cet égard significatifs. Alors que les travaux préparatoires (23) nourrissent de fortes critiques à l'égard de l'efficacité de l'Ondam comme mécanisme d'encadrement des dépenses d'assurance maladie, la question du renforcement des dispositifs de mise en oeuvre de la régulation n'est pas abordée lors de l'examen du projet de loi en séance publique, au cours du premier semestre 2005.

Les pouvoirs publics vont en effet faire le choix de conserver un objectif national de dépenses d'assurance maladie, tout en décidant d'en rénover le processus d'élaboration afin de restaurer autant que faire se peut sa crédibilité, mais surtout de l'utiliser comme support d'une nouvelle politique de régulation des dépenses.

Un processus d'élaboration rénové

En 2004, le législateur a procédé à d'importantes modifications de la procédure d'élaboration de l'Ondam afin que ce dernier « retrouve un sens »

et qu'il « soit fixé dans la transparence et la concertation » (24). Se trouve modifiée d'une part, la procédure d'élaboration de l'Ondam à laquelle sont désormais associés les gestionnaires de la branche maladie et, d'autre part, la politique de régulation des dépenses de l'assurance maladie afin d'inscrire cet objectif dans une nouvelle temporalité : le cadre pluriannuel.

L'association des Caisses à l'élaboration de l'Ondam

La première étape de cette entreprise de clarification de l'élaboration de l'Ondam figure à l'article 39 de la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, qui prévoit une innovation importante : l'instauration d'un rapport remis par les Caisses nationales d'assurance maladie au Parlement et au Gouvernement. Ce rapport reprend les « propositions des caisses relatives à l'évolution de leurs charges et de leurs produits au titre de l'année suivante » (25). Cette rédaction ne fait pas explicitement référence à l'Ondam ou à l'objectif de dépenses de la branche assurance maladie. Mais les travaux préparatoires, et les débats au Sénat, indiquent qu'à travers cette disposition, il s'agit d'associer les Caisses nationales d'assurance maladie, à savoir la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et la Caisse nationale d'assurance maladie et de maternité des travailleurs salariés non salariés (Canam devenue Régime social des indépendants ou RSI) à la construction de l'Ondam (26).

L'ambition de cette mesure est de « sortir du schéma actuel dans lequel l'Ondam est fixé sans concertation et ensuite proposé, voire imposé, à ceux qui sont chargés de le gérer » (27). Avant cette date, en effet, les caisses ne sont pas associées à l'élaboration de l'Ondam (28) qui est assurée par les services des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette évolution semble d'autant plus souhaitable que la loi du 13 août 2004 a renforcé les pouvoirs des Caisses nationales, notamment en matière d'organisation de l'offre de soins (29), mais également dans le domaine conventionnel dont le champ a été étendu. Cette association des caisses vise deux objectifs. Le premier est de renforcer les modalités d'élaboration de l'Ondam en associant l'expertise des caisses d'assurance maladie à la

compétence des services de l'État. Le second consiste à impliquer davantage ces mêmes caisses dans la maîtrise des dépenses de santé et, plus particulièrement, dans le domaine des soins ambulatoires.

L'instauration d'une dimension pluriannuelle

La loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, propose une seconde innovation : la notion de cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie, mais sans la définir précisément (30). Selon le rapporteur de l'Assemblée nationale, « cette expression évoque le programme pluriannuel de finances publiques transmis chaque année par le Gouvernement à la commission européenne, dont on sait qu'il contient une prévision d'évolution à trois ans du besoin de financement des administrations publiques au sens du Traité instituant la Communauté européenne - lequel comprend un solde financier des administrations de sécurité sociale » (31). Mais cette référence à un cadrage pluriannuel a fait l'objet d'une réserve d'interprétation de la part du Conseil constitutionnel. Dans sa décision, il a en effet considéré qu'en l'absence de modification de la loi organique du 22 juillet 1996, relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le « cadrage financier pluriannuel » prévu par la loi relative à l'assurance maladie ne pourra pas être approuvé par une loi de financement de la sécurité sociale (32).

Cette dimension pluriannuelle a donc été réaffirmée à l'occasion de l'examen de la loi organique du 2 août 2005, relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Dorénavant, chaque loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagnée « d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie pour les quatre années à venir » (33). Ces prévisions doivent être établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année, en application de l'article 50 de la loi organique n°

2001-692 du 1er août 2001, relative aux lois de finances. Cette mesure prolonge une disposition de la LOFSS de 1996 en vertu de laquelle le Gouvernement est tenu « de présenter au Parlement un programme triennal de stabilité en même temps que les projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale. Cette concomitance permet notamment d'assurer une meilleure cohérence entre les objectifs affichés en matière de dépenses de sécurité sociale dans ces différents textes » (34).

Ce cadrage pluriannuel se présente sous la forme d'un rapport (annexe B) soumis au vote du Parlement. « Les parlementaires auront en conséquence une vision plus complète de la situation financière et des perspectives d'évolution des régimes » (35) de sécurité sociale (36).

L'instauration de ce rapport a placé le Gouvernement face à un choix : soit l'instauration de cette dimension pluriannuelle a pour objet de présenter les perspectives d'évolution des dépenses d'assurance maladie dans les années à venir ; soit elle autorise l'élaboration d'un scénario plus volontariste dont l'ambition est de déterminer les conditions macro-économiques de retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. C'est ce second choix qui a été retenu. La réalisation de cet exercice suppose donc de déterminer les taux d'évolution annuels de l'Ondam sur la période retenue.

Cette projection pluriannuelle, bien que considérée comme « indispensable pour un pilotage pertinent des équilibres généraux de la sécurité sociale » (37), a fait l'objet de critiques à l'occasion des débats parlementaires (38). Ces critiques portent essentiellement sur la crédibilité des scénarios proposés, dont certains éléments, notamment l'évolution des dépenses d'assurance maladie, ne sont guère cohérents « avec ce qui est constaté non seulement en France, mais également dans la plupart des autres pays européens ». La Cour des comptes s'interroge même sur la pertinence de cet exercice en matière de crédibilité de l'Ondam et de régulation des dépenses puisque, « dès lors que l'Ondam pluriannuel reste fixé en fonction d'un objectif de rééquilibrage du solde à moyen terme, sa progression est donc calculée en vue de cet objectif et non regard de l'évolution tendancielle

des dépenses d'assurance maladie et des mesures susceptibles de l'infléchir » (39).

Ces premières mesures destinées à restaurer la crédibilité de l'Ondam, pour indispensables qu'elles soient, demeurent relativement modestes bien que le ministre chargé de la sécurité sociale ait considéré lors des débats parlementaires qu'elles « seront de nature à renforcer la crédibilité de l'objectif » (40). Limitée à l'élaboration de l'objectif, cette entreprise de restauration laisse de côté une des critiques récurrentes adressées à l'Ondam en tant que mécanisme central de régulation des dépenses d'assurance maladie : la question des sanctions applicables en cas de dépassement de l'Ondam ou de l'un de ses sous-objectifs, seule mesure susceptible de confirmer le rôle opératoire de l'Ondam dans la politique de maîtrise des dépenses de santé.

L'Ondam, support d'une nouvelle politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie

Au-delà de la procédure d'élaboration de l'Ondam, la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, a également proposé d'emprunter une nouvelle voie dans la régulation des dépenses avec la création d'un acteur chargé de veiller à l'exécution de l'Ondam : le Comité d'alerte. Après une phase d'observation, ce dernier voit son action renforcée, puisque le législateur a donné aux avis émis par le Comité d'alerte le pouvoir de suspendre les mesures conventionnelles de revalorisations tarifaires adoptées par les parties conventionnelles.

Un Comité d'alerte chargé de contrôler l'exécution de l'Ondam

La création d'un Comité d'alerte est incontestablement la mesure la plus importante parmi celles adoptées par les pouvoirs publics pour rénover les mécanismes de régulation attachés à l'Ondam. Cette instance spécifique, composée d'experts (41), a pour unique mission de surveiller l'exécution des dépenses d'assurance maladie regroupée au sein de l'Ondam, à l'exclusion de tous les autres objectifs de dépenses figurant les lois de financement de la sécurité sociale.

L'opportunité de créer une telle structure n'a soulevé que de rares interrogations lors de l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie. A l'Assemblée nationale, le rapporteur a considéré que la création de cette structure répondait à une demande exprimée par la Cour des comptes qui a regretté que l'exécution des lois de financement « se déroule hors de tout cadre de référence » (42). Le Sénat a émis cependant des réserves « sur l'opportunité d'introduire un Comité d'alerte dans l'organisation du pilotage des finances publiques » (43), considérant que les acteurs, État et Caisses, disposaient déjà de toute l'information nécessaire sur l'exécution des dépenses, y compris à travers les deux rapports rendus par la commission des comptes de la sécurité sociale au printemps et à l'automne (44). Certains auteurs ont d'ailleurs souligné combien le rôle du comité pourrait être « délicat car les dépassements ne sont pas le fait d'événements nouveaux intervenant en cours d'exercice qui viendraient remettre en cause les décisions du Parlement. Au contraire, pour presque chaque année depuis 1997, il aurait été possible de prévoir, dès le débat parlementaire, que l'objectif allait être dépassé » (45).

Pourtant, en un laps de temps très court, le Comité d'alerte s'est imposé comme un interlocuteur crédible, ainsi que l'a reconnu la Cour des comptes pour qui, « sous la menace de l'intervention du Comité d'alerte, le suivi des dépenses devient ainsi une préoccupation plus présente qu'elle ne l'était dans les travaux du conseil d'administration de la Cnamts avant 2004 » (46).

Le comité a tout d'abord acquis sa crédibilité du seul fait de la place qu'il occupe dans le dispositif institutionnel de suivi des dépenses d'assurance maladie. Le législateur l'a installé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale, et a prévu le motif, le calendrier et les modalités de son intervention (47).

Le non respect de l'Ondam ou tout risque sérieux de dépassement de l'objectif pour l'année en cours doit conduire le Comité à alerter le Parlement, le Gouvernement et les Caisses nationales d'assurance maladie de cette situation. Un décret prévoit que la procédure d'alerte doit être déclenchée lorsque l'écart entre l'objectif et l'exécution des dépenses est égal

ou supérieur à 0,75% du montant de l'Ondam (48). Le Comité d'alerte est alors tenu d'intervenir au plus tard le 1er juin de l'année en cours. Le choix de cette date soulève quelques difficultés pratiques car, comme le souligne le Comité lui-même, « la marge d'incertitude sur les dépenses de l'année (...) reste évidemment grande dans la mesure où l'information disponible (...) est encore très limitée » (49), notamment en ce qui concerne les dépenses hospitalières.

Le déclenchement de cette procédure crée l'obligation pour les Caisses d'assurance maladie de proposer des mesures de redressement des comptes.

A l'occasion du premier déclenchement de la procédure d'alerte, en 2007, le Comité d'alerte a su asseoir sa légitimité. Il a fait le choix d'une intervention progressive en mettant les autorités en garde contre un possible risque de dépassement de l'Ondam dès le mois d'avril, avant de déclencher la procédure d'alerte en mai (50). L'intervention du Comité d'alerte a alors contraint tous les acteurs concernés (Gouvernement, Parlement et Caisses nationales) à agir, sans pour autant entraîner l'adoption d'une loi de financement de la sécurité sociale rectificative. En effet, les mesures de redressement proposées par les Caisses nationales, sur lesquelles le comité « rend un avis sur l'impact financier » sans se « prononcer sur leur opportunité » (51), n'ont pas nécessité l'adoption de mesures législatives nouvelles. Par ailleurs, en application des règles de la LOFSS, l'Ondam pour 2007 a été rectifié lors de l'examen du PLFSS pour 2008.

A ce stade (52), les modalités d'intervention du comité demeurent donc très limitées en cas de « risque sérieux » de non respect de l'Ondam, puisque aucun mécanisme d'encadrement des dépenses n'est enclenché avant l'intervention des Caisses nationales et l'approbation du Gouvernement. Contrairement aux dispositions du Plan Juppé, les mesures applicables en cas de dépassement de l'objectif ne sont pas connues des acteurs avant le déclenchement de la procédure d'alerte. Le Gouvernement a donc souhaité faire évoluer cette situation afin de préciser les effets du déclenchement de la procédure d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie, et notamment sur l'engagement de nouvelles dépenses en cours d'année (53).

Un rôle renforcé sur les dépenses de soins de ville ?

La modification de fond porte sur les effets du déclenchement de la procédure d'alerte qui pourront désormais avoir une certaine automaticité. Il est désormais prévu que toute mesure conventionnelle de revalorisation tarifaire par la voie conventionnelle sera suspendue en cas de déclenchement de la procédure d'alerte. Cette nouvelle construction tend à corriger la situation qui s'était produite en 2007 pour la revalorisation du tarif des consultations des médecins. En effet, alors que le Comité d'alerte avait émis un avis sur un dépassement à venir de l'Ondam supérieur à 2 milliards d'euros, la convention médicale avait porté le tarif de la consultation médicale à 22 € en juillet 2007.

Aussi, le législateur a-t-il décidé de modifier les effets produits par les conventions médicales lorsqu'il existe un « risque sérieux » de dépassement de l'Ondam. L'article L. 162-14-1-1 du CSS, créé par la loi du 19 décembre 2007, dispose ainsi que « lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'Ondam (54) et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires est suspendue ». Le délai de suspension de l'effet conventionnel est fixé au 1er janvier de l'année suivante.

Le législateur propose ici une nouvelle articulation entre la politique conventionnelle tarifaire et l'Ondam. Il pose deux conditions à la suspension de la mesure tarifaire : il faut, tout d'abord, que le risque sérieux de dépassement de l'Ondam soit imputable à l'évolution des dépenses de soins de ville et, ensuite, que les partenaires conventionnels soient consultés avant la suspension de l'entrée en vigueur des mesures de revalorisation tarifaires.

Ayant remarqué que les mesures tarifaires conventionnelles constituaient des éléments essentiels dans la construction de l'Ondam, et plus particulièrement de son sous-objectif « soins de ville », le législateur a

cherché à établir un lien plus étroit entre le respect des objectifs fixés dans le cadre de la maîtrise médicalisée conventionnelle et les revalorisations de tarifs accordées aux professionnels de santé. Une exception est prévue à la suspension de l'entrée en vigueur des mesures de revalorisation : il est possible pour les partenaires conventionnels de négocier un nouveau calendrier de mise en oeuvre de ces revalorisations compatibles avec les mesures de redressement adoptées par le Gouvernement sur proposition des Caisses nationales d'assurance maladie (55).

Aussi, sans remettre en cause les compétences des parties conventionnelles dans la fixation des tarifs, l'Ondam doit-il être concilié au mieux avec l'exigence de maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Le législateur soulève à nouveau la question de l'opposabilité de l'Ondam mais il choisit un tout autre terrain, à savoir celui qui consiste à différer les effets réglementaires des conventions. Plus encore, la temporalité du contrôle du respect de l'Ondam se déplace puisque désormais le législateur crée un contrôle ex ante des instruments de régulation des dépenses de soins de ville, là où n'avaient été mis en place que des mesures de régulation ex post.

Avec cette évolution, le Comité d'alerte constitue un des éléments majeurs à partir duquel les pouvoirs publics ont entendu restaurer la crédibilité de l'Ondam. Il devient, comme le souhaitait Philippe Douste-Blazy, dès 2004, « un dispositif central dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie » (56). Le Haut conseil de l'assurance maladie constate ainsi que « pour la première fois depuis sa création, l'Ondam est redevenu une référence crédible, certains regrettant que les mesures à décider (après déclenchement de la procédure) portent sur les seules dépenses remboursées et pas sur d'éventuelles recettes » (57).

Il reste à noter que cette procédure d'alerte se limite aux dépenses de soins de ville : le Comité d'alerte n'est, en effet, pas en mesure, à la date fixée par la loi, de porter une appréciation sur l'exécution de l'Ondam hospitalier. Il a été souligné, dans l'avis n° 4 du Comité d'alerte, que « s'agissant des établissements de santé, les délais de remontée des informations sont plus longs que pour les soins de ville, et qu'il n'existe pas à cette date d'éléments

permettant de remettre en cause de façon significative, en plus ou en moins, la réalisation du sous-objectif concerné » (58). On remarquera, à cette occasion, les insuffisances du suivi des dépenses hospitalières déjà soulignées par plusieurs rapports de la Cour des comptes (59).

Enfin, on peut plus fondamentalement s'interroger sur les vertus « programmatoires » de l'Ondam. En ce qu'il appartient à la catégorie des normes d'objectifs (60), l'objectif global que constitue l'Ondam doit toujours être concrétisé et il peut l'être de diverses façons. Parce qu'il relève du devoir-être, les mécanismes juridiques de mise en oeuvre de l'Ondam s'avèrent essentiels pour assurer sa normativité. C'est une donnée que le législateur a, semble-t-il, perdue de vue alors que l'objectif présente toujours la double nature d'être à la fois une direction ou un but mais aussi le tracé d'une limite. L'histoire législative de l'Ondam montre combien le législateur a oscillé, et oscille encore, entre deux perspectives : sanctionner des dépassements avérés dans le cadre d'une politique d'encadrement des dépenses ou anticiper des dépassements dans le cadre d'une politique d'ajustement de la dépense prévisible. Il faut alors observer que l'élaboration de l'Ondam dépend directement de l'option choisie. Aussi, est-ce peut-être par un travail sur la conception même de l'Ondam que l'on pourra un jour déterminer plus finement et de manière récurrente les règles et les outils nécessaires à son élaboration.

Mots clés :

SECURITE SOCIALE * Assurance maladie * Maîtrise des dépenses de santé * Objectif national de dépenses d'assurance maladie * Relations avec les professions et les établissements sanitaires * Maîtrise des dépenses de santé * Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PHARMACIE * Médicament * Remboursement * Maîtrise des dépenses de santé * Objectif national de dépenses d'assurance maladie

ETABLISSEMENT DE SANTE * Organisation et fonctionnement * Finances * Maîtrise des dépenses de santé * Objectif national de dépenses d'assurance maladie

(1) « Les dépenses d'assurance maladie sujettes à régulation sont regroupées dans un objectif national des dépenses d'assurance maladie », Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2007, spéc. p. 63.

(2) V. J.-L. Warsmann, Lois de financement de la sécurité sociale, AN, n° 2246, 12e législature, p. 40 et s.

(3) V. D. Coudreau, Les partenaires sociaux, l'Etat et la régulation des dépenses d'assurance maladie (1967-2003), chronique d'un échec, Sève, n° 4, 2004. 39.

(4) Sur la notion d'opposabilité, V. Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2008, p. 92 et s.

(5) L'Irdes en dénombre 17 entre 1975 et 1991 : V. Plans de réformes de l'assurance maladie en France, Irdes, juill. 2008.

(6) V. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, Droit de la sécurité sociale, 16e éd., 2008, p. 498 et s.

(7) V. J.-F. Chadelat, L'assurance maladie, in La sécurité sociale, son histoire à travers les textes, T. VI, 1981-2005, p. 211.

(8) Ord. n° 96-345 du 24 avr. 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et Ord. n° 96-346 du 24 avr. 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

(9) V. Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2003, p. 169 et s.

(10) V. art. LO 111-3 3° CSS.

(11) « Il s'agit des dépenses de soins de santé (dépenses de soins ambulatoires et dépenses d'hospitalisation) pour le risque maladie, maternité et accidents du travail ainsi que les dépenses de prestations en espèces pour les risques maladie et accidents du travail. Pour le risque accidents du travail, seules sont retenues les dépenses liées à l'incapacité temporaire. Sont exclues de l'objectif les rentes d'accidents du travail, les indemnités journalières du risque maternité, les dépenses de gestion administrative, d'action sanitaire et sociale, les dépenses des fonds de prévention, les transferts et les frais financiers. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie ainsi défini se

compose de deux agrégats faisant apparaître les principaux objectifs sectoriels régulant les dépenses d'assurance maladie ».

(12) Sur cette distinction entre Ondam et objectif de branche, V. A. Vasselle, Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, T. VI, examen des articles, Sénat 2007-2008, n° 72, p. 211.

(13) V. par ex. Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2003.

(14) Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'AN et Commission des affaires sociales du Sénat.

(15) « Dépenses de soins de ville ; dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité ; autres dépenses relatives aux établissements de santé ; contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ; contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées ; dépenses relatives aux autres modes de prise en charge ».

(16) V. J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, Droit de la sécurité sociale (op. cit.), p. 528 et s.

(17) V. P.-L. Bras, La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 : manipulation des règles du jeu conventionnel et nouvelles possibilités de dépassement des tarifs, Gaz. Pal. n° 96-97, 2007. 7.

(18) Les seuils annuels d'activité convenus avec les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ont disparu.

(19) CE 30 avr. 1997, RJS 7/97, n° 857 ; CE 26 juin 1998, Dr. soc. 1998. 817, note X. Prétot ; CE 3 juill. 1998, RFDA 1998. 942, concl. C. Maugüe .

(20) V. C. Evin, Projet de loi portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie, AN, n° 3524, 2001-2002, 11e législature, spéc. p. 13.

(21) V. Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2005, p. 227.

(22) Devenue la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005, relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(23) V par ex. J.-L. Warsmann, Lois de financement de la sécurité sociale, AN, n° 2246, 12e législature.

(24) Sénat, séance du 26 juill. 2004, intervention de P. Douste-Blazy.

(25) V. art. L. 111-11 CSS.

(26) L'art. 69 de la LFSS pour 2006 a modifié la rédaction de l'art. L. 111-11 CSS qui prévoit désormais que ce rapport est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et non plus par les Caisses nationales.

(27) Sénat, séance du 26 juill. 2004, intervention de X. Bertrand.

(28) Sur l'élaboration de l'Ondam, V. Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 1999, p. 143 et s.

(29) V. l'art. L. 111-2-1 CSS, selon lequel « en partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre » (rédaction issue de l'art. 1er de la loi du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie, précitée).

(30) V. art. L. 111-11 CSS.

(31) J.-M. Dubernard, Assurance maladie, n° 1703, AN, 12e législature, p. 224.

(32) Cons. const., décision n° 2004-504 DC, 12 août 2004, Loi relative à l'assurance maladie.

(33) Art. LO 114-4 CSS.

(34) Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 janv. 2004, p. 129.

(35) V. B. Duarte, La loi organique du 2 août 2005 ou la revalorisation du rôle du Parlement en matière de loi de financement de la sécurité sociale, Dr. soc. 2006. 522 .

(36) La réforme de 2005 a également introduit une autre forme de pluriannualité en prévoyant que, dorénavant, les lois de financement se composent de quatre parties distinctes permettant d'examiner

successivement le dernier exercice clos, l'année en cours, l'équilibre financier et les dépenses de l'année à venir.

(37) A. Vasselle, Financement de la sécurité sociale pour 2008, T. 1, équilibres financiers généraux, Sénat 2007-2008, n° 72, p. 26.

(38) A. Vasselle, Financement de la sécurité sociale pour 2007, T. 1, équilibres financiers généraux, Sénat 2006-2007, n° 59, p. 27.

(39) Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2008, p. 111.

(40) Y. Bur, Lois de financement de la sécurité sociale, AN, n° 2245, 12e législature, p. 47.

(41) Le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, le directeur général de l'Insee et une personnalité qualifiée nommée par le Président du conseil économique et social.

(42) J.-M. Dubernard, Assurance maladie, n° 1703, AN, 12e législature, p. 227.

(43) A. Vasselle, Assurance maladie, Sénat n° 424, 2003-2004, p. 114.

(44) Placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, la Commission des comptes de la sécurité sociale est chargée d'analyser les comptes des régimes de sécurité sociale (art. L. 114-1 CSS). La Commission se réunit au moins deux fois par an. Une première fois entre le 15 avril et le 15 juin pour traiter des comptes du régime général de la sécurité sociale, une seconde fois entre le 15 septembre et le 15 octobre pour présenter les comptes de l'ensemble du régime général (art. D. 114-3 du même code).

(45) V. P.-L. Bras, Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ?, Dr. soc. 2004. 967 .

(46) V. Cour des comptes, La Sécurité sociale, sept. 2007, p. 180.

(47) V. l'art L. 114-4-1 CSS.

(48) V. l'art D. 114-4-0-7 CSS.

(49) Avis n° 3 du comité d'alerte, 6 avr. 2007.

(50) Avis n° 4, 29 mai 2007.

(51) Avis n° 5, 29 juin 2007.

(52) « Compte tenu de la date de mise en oeuvre des mesures, leur incidence ne pouvait être que très limitée pour l'année 2007 » : Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2008, p. 64.

(53) La procédure d'alerte a également fait l'objet de modifications d'ordre procédural afin de prévoir l'information des assureurs complémentaires et de préciser que les mesures de redressement seront proposées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et non plus par les Caisses d'assurance maladie.

(54) Le risque sérieux est défini à l'art. L. 114-4-1 CSS : il est caractérisé « lorsque les dépenses d'assurance maladie dépassent l'Ondam avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1% ». L'art. D. 114-4-0-7 a fixé le seuil à 0,75%.

(55) V. le II de l'art. L. 162-14-1-1 CSS.

(56) V. Sénat, séance du 26 juill. 2004, intervention de P. Douste-Blazy.

(57) Rapport annuel du Hcaam, juill. 2007, p. 75.

(58) V. Avis n° 4 du Comité d'alerte, 29 mai 2007.

(59) V. Cour des comptes, La sécurité sociale, sept. 2005 et 2006.

(60) V. C.-A. Morand, Les objectifs de la législation, RRJ, 1989. 869.

Copyright 2022 - Dalloz – Tous droits réservé