
Le « système de santé » français ou la réforme par la crise

par Frédéric Pierru

Les politiques publiques de santé sont devenues, depuis les années 1990, un objet canonique des sciences sociales et politiques. Longtemps, la santé a constitué une forme de pré carré de l'histoire, de la sociologie et de l'anthropologie, lesquelles privilégiaient quelques entrées : la sociologie et l'histoire des professions, au premier chef celles de la profession médicale, grâce aux travaux du sociologue interactionniste américain Eliott Freidson (1923-2005), l'anthropologie de la maladie ou encore les rapports profanes et différenciés à la maladie et à la médecine. La sociologie générale de Pierre Bourdieu et Luc Boltanski envisageait les questions de santé comme un terrain empirique pour montrer la validité des concepts clés d'habitus et d'hexis [Boltanski, 1971]. Les travaux plus récents en épigénétique et en « *life course epidemiology* » ont confirmé qu'il y a socialisation du biologique et biologisation du social : la santé se construit tout au long de la vie, et singulièrement dans les premiers âges, produisant au final un « gradient social de santé », c'est-à-dire que l'état de santé varie selon la position occupée dans la hiérarchie sociale. Ce faisceau de questionnements était indexé sur une époque bien particulière : les systèmes de santé étaient, dans le contexte de l'après-guerre, en pleine maturation. La profession médicale monopolisait les enjeux de santé et les pouvoirs publics partageaient la croyance selon laquelle le progrès sanitaire passait par le progrès médical. La forte croissance des dépenses de santé était l'indicateur de sociétés en pleine « modernisation ».

DES DÉCENNIES DE « CRISE » RÉCURRENTÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ,
NOUVEAU « FAIT SOCIAL TOTAL »

À compter des années 1970, se manifestent les premières inquiétudes. En France comme ailleurs, les États s'interrogent sur la soutenabilité pour les finances publiques de taux de croissance à deux chiffres des dépenses de santé. Se fait sentir le ralentissement progressif de la croissance qui avait permis au cours des Trente Glorieuses le financement de l'extension et de la modernisation du parc hospitalier, la socialisation croissante de la demande de soins ou encore l'apparition de médicaments et de technologies coûteux. Dans ce contexte, les sciences sociales évoluent vers un point de vue plus critique sur le secteur de la santé. L'économie médicale cède le pas à l'économie de la santé qui importe dans ce monde les concepts et méthodes de l'économie dite standard et son questionnement sur l'utilité marginale d'un franc supplémentaire investi dans le système de soins [Benamouzig, 2005]. La sociologie n'est pas en reste. Les réflexions séminales d'Eliot Freidson prospèrent : nombre de sociologues interrogent la puissante dynamique de médicalisation qui aboutit à recoder tout un ensemble de problèmes et souffrances dans les termes de la médecine, avec comme résultat l'extension apparemment infinie du territoire du marché de la santé. Par ailleurs, certains d'entre eux adoptent le point de vue des malades contre le paternalisme sinon l'arrogance de la profession médicale, et deviennent parfois des « compagnons de route » des associations de malades qui commencent à se multiplier.

La science politique prolonge et renouvelle ensuite ces interrogations critiques. Se mettent en place de véritables politiques publiques visant à maîtriser les dépenses de santé, à réguler les pratiques médicales, à garantir la qualité et la sécurité des soins. Les processus de réforme des systèmes de santé deviennent un objet de prédilection, souvent dans une optique comparative inspirée par le néo-institutionnalisme historique : pourquoi observe-t-on d'un pays à l'autre des arrangements institutionnels si différents entre l'État, les payeurs publics et privés (le marché) et les professions de santé ? Pourquoi certains pays parviennent-ils mieux que d'autres à s'affranchir du legs historique et des pesanteurs institutionnelles pour faire prévaloir des objectifs comme la maîtrise des dépenses de santé ou encore la qualité des soins [Tuhoy, 1999] ? De même, face

à l'épidémie de sida, les pays ont choisi des stratégies divergentes [Steffen, 2001]. Les politiques de rationalisation des organisations hospitalières adoptent des temporalités et des contenus différents, en dépit de la circulation transnationale de principes, de recettes et d'instruments de politique publique sous la houlette de réseaux d'expertise et d'organisations internationales comme l'OCDE, la Banque mondiale ou encore l'Union européenne. Enfin, dernier exemple, dans certains pays comme la France, la santé publique, qui prend pour objet la santé des populations et ses déterminants, traditionnellement marginale dans le système de santé, a vu la multiplication d'« agences », l'introduction d'indicateurs ou l'influence de cabinets conseils, format organisationnel typique du *new public management*, cela à la faveur de scandales sanitaires comme l'« affaire du sang contaminé », grâce à des mobilisations internes et externes à l'État.

La science politique ne traite pas seulement le moment « noble » de la décision politique (les « réformes »). L'un de ses apports a été de déplacer la focale de ce moment scruté par les journalistes pour s'intéresser aux phases de mise en œuvre des politiques publiques, qui constituent bien souvent la continuation de la décision par d'autres moyens (voir *infra*, chapitre 12). Ces travaux montrent que les acteurs de terrain bénéficient d'une large autonomie pour amender, contourner, détourner les injonctions du centre, surtout lorsqu'ils bénéficient encore d'une certaine autonomie professionnelle. Ainsi, en croisant l'analyse des politiques publiques avec les apports de la sociologie des sciences et des techniques, le sociologue Nicolas Bélorgey a montré comment un instrument de financement comme la « tarification à l'activité » (T2A)¹ a fait l'objet d'accommodements, voire de « triches », de la part des personnels hospitaliers [Bélorgey, 2010]. Il en est de même pour les « recommandations de bonne pratique » édictées par les agences d'expertise d'État.

1. Avec la T2A, les hôpitaux reçoivent de leur tutelle un montant forfaitaire pour chaque séjour hospitalier, calculé en fonction de la gravité de la pathologie et de la complexité de la prise en charge. En réalité, les tarifs ont été manipulés par les pouvoirs publics et, de surcroît, sont devenus des « tarifs flottants » puisque l'enveloppe dédiée aux établissements de santé a été fermée : plus les hôpitaux produisent de séjours, plus les tarifs baissent afin de rester dans l'enveloppe. Ce mode de financement, censément incitatif, est donc devenu pervers.

Finalement, à compter des années 1980, la santé est devenue un objet d'étude central de la sociologie de l'action publique, dans ses différentes séquences, tant au plan national qu'international : mise sur agenda, élaboration de solutions, décision proprement dite, mise en œuvre, évaluation mais aussi transformation des formats administratifs. Les financements publics de projets de recherche portant sur la santé sont en pleine croissance. Une vaste communauté internationale de chercheurs s'est constituée. Depuis les années 1980, la santé est devenue une sorte de révélateur au sens quasi photographique des métamorphoses plus générales de la régulation politique, relevant tout aussi bien de la sociologie des professions, de la gestion, de la sociologie politique, de l'action publique ou des sciences et techniques, que des mouvements sociaux, du journalisme et bien entendu de la sociologie économique ou enfin de la santé au sens « classique » du terme. En fait, la santé est devenue un *fait social total* qui absorbe, dans les pays développés, entre 9 % et 17 % de la richesse nationale.

Sans pouvoir évoquer ici la diversité de ces travaux, nous centrerons le propos sur le processus complexe de constitution, à partir des années 1970, d'un *espace public de la santé*, pour mieux souligner le caractère heuristique des travaux en termes de construction des problèmes publics et de mise sur agenda. Faiblement politisée et médiatisée jusqu'aux années 1970, la santé peinait à devenir un enjeu donnant lieu à des prises de position publiques fortes et distinctives. Par la suite, le « système de santé » semble être entré en crise pour ne jamais en sortir.

Dans ce raisonnement de sens commun, la « situation objective » – ici la « crise du système de santé » – exigerait la prise en charge médiatique et politique, celle-ci n'étant que le « reflet » de celle-là. Toutefois, des décennies de travaux de sociologie constructiviste des problèmes publics invitent à nous défier de cette idée de « bon sens ». Trois processus étroitement imbriqués doivent être considérés. Tout d'abord, l'intervention croissante des pouvoirs publics dans un univers qui relevait, avant la Seconde Guerre mondiale, essentiellement du « privé ». *La santé est devenue de plus en plus l'objet de politiques publiques* dont les finalités ont fluctué, mais dont la tendance est claire : l'État s'est progressivement émancipé puis imposé aux groupes d'intérêt qui, historiquement, s'étaient arrogé une forme de tutelle inversée sur les politiques de santé.

Grâce à cette intervention publique, la société française s'est rapidement médicalisée. La *médicalisation de la société* a provoqué, en retour, la *socialisation de la médecine* puis, dans la séquence la plus récente, la *sanitarisation du social*. Des controverses qui restaient jusque-là confinées aux cénacles des décideurs publics, des spécialistes et des groupes d'intérêt ont été de plus en plus portées dans ce que l'on peut appeler un *espace public de la santé*. La « santé », en devenant une préoccupation sociale et politique majeure, est devenue la raison d'être de multiples arènes publiques interconnectées : journaux spécialisés, rubricards dans la presse d'information générale, commissions partisans, spécialistes parlementaires, etc. Objet de controverses incessantes dans cet espace public, la santé est devenue l'objet d'une *crise sans fin*.

1945-1975 : UN RÉFÉRENTIEL DE POLITIQUE PUBLIQUE INFLATIONNISTE

Les travaux de science politique ont montré que seules des conjonctures sociales et politiques exceptionnelles peuvent vaincre l'inertie des rapports de forces qui forment l'armature des systèmes de santé [Palier, 2005]. En France, la Révolution puis l'Empire installent des institutions médicales qui dureront jusqu'en... 1958. La sortie d'une guerre mondiale est l'une de ces conjonctures critiques permettant de sortir du « sentier de dépendance » historique, dans le sillage du programme du Conseil national de la Résistance et à la faveur de l'affaiblissement de la coalition sociopolitique de l'« objection libérale » aux assurances sociales obligatoires [Hatzfeld, 1989]. Tout au long de la première partie du *xx^e* siècle, petits patrons, mouvement mutualiste et médecins libéraux s'étaient opposés farouchement, avec succès étant donné leur forte représentation au Parlement, à l'idée que les pouvoirs publics se mêlent de ce qui relevait jusqu'alors de la philanthropie, de la « prévoyance » individuelle et volontaire d'une profession, la médecine, pour qui le « colloque singulier » – la relation thérapeutique entre un médecin et son patient – relevait de la sphère privée. Toutefois, deux changements majeurs bouleversent la donne. D'abord, la médecine devient efficace sur le plan thérapeutique à partir des années 1930. Plus encore, dans la fameuse tradition clinique française dont Michel Foucault a fait la généalogie, les médecins

devaient identifier et décrire les maladies et non pas les soigner, la pharmacopée étant des plus réduites. L'apparition des premiers antibiotiques change la donne : des fléaux sociaux comme la tuberculose ne sont plus des fatalités létales. Au sortir de la guerre, les pouvoirs publics nouent un nouveau pacte avec la population : le lourd tribut payé à la lutte contre l'envahisseur et l'impératif de la reconstruction impliquent que les travailleurs et leur famille se voient reconnaître des droits sociaux élargis. Après 1945, l'« esprit de Philadelphie » [Supiot, 2010] s'empare de tout l'Occident. L'accès aux soins médicaux est désormais une priorité aussi bien sociale qu'économique. L'amélioration du « capital humain » n'est pas une innovation des néolibéraux des années 1970 et le souci de la productivité de la main-d'œuvre encore moins.

En France, l'irruption de l'État dans un univers qui lui est historiquement hostile afin de permettre l'accès des nouveaux assurés sociaux aux soins médicaux n'a pas été sans provoquer de vifs conflits. Le mouvement mutualiste a cherché à conserver une place dans le nouveau dispositif en s'arrogeant, en 1947, le remboursement du « ticket modérateur » (reste à charge des patients, censé modérer leurs dépenses de santé), qui, dès lors, ne modère plus rien. Les petits patrons se sont efforcés de freiner la montée en charge de l'assurance maladie obligatoire au nom de la limitation du poids des « charges » (déjà...) sociales. Surtout, les médecins ont défendu pied à pied leurs sacro-saintes libertés, parmi lesquelles la « libre entente », c'est-à-dire la liberté de fixer les honoraires demandés à leurs patients [Hassenteufel, 1997]. Seul l'avènement de la V^e République et de son « parlementarisme rationalisé » permettra à l'exécutif de passer outre les obstructions parlementaires des députés médecins en la matière.

Ouvert à tous – et non plus seulement aux seuls indigents – depuis 1941, mais en réalité seulement depuis 1945, l'hôpital fait lui aussi de la résistance, pour deux raisons. En premier lieu, les médecins qui y exercent sont des médecins libéraux. Ensuite, le pouvoir communal, à la tête des établissements depuis le XIX^e siècle, n'entend pas aussi facilement rendre les armes face au pouvoir central. S'il faut développer et « humaniser » l'hôpital pour permettre l'accès de toutes les classes sociales aux soins, la condition doit être de laisser une large autonomie aux médecins et édiles locaux, dont les prérogatives s'étendent aux missions d'hygiène publique

depuis 1902. Pour les pouvoirs publics, faire prévaloir les intérêts des nouveaux assurés sociaux suppose d'en contrarier d'autres, bien organisés et politiquement efficaces. La Sécurité sociale permet financièrement l'accès aux soins à ses assurés tandis que les intérêts organisés font quelques concessions : les mutuelles, on l'a vu, conservent une raison d'être en prenant en charge le « ticket modérateur » ; les médecins libéraux cèdent sur la libre entente en 1971 pour mieux regagner une partie du terrain perdu dès 1979 avec la création du secteur dit à honoraires libres ; quant aux hôpitaux, ils voient s'ouvrir les mannes publiques, surtout après la réforme de 1958 qui crée les centres hospitaliers universitaires (CHU) et le temps plein hospitalier. Les établissements hospitaliers se modernisent ou surgissent de terre, les plateaux techniques se développent, la médecine hospitalière se technicise et se spécialise.

Si les pouvoirs publics s'immiscent dans les affaires de la médecine, c'est donc au prix de trois ratifications qui sont autant d'équations en forme – pour reprendre l'approche dite cognitive des politiques publiques [Boussaguet *et al.*, 2019] – de « référentiel de politique publique » (voir *infra*, chapitre 11). Santé = soins médicaux ; médecine = art libéral ; progrès sanitaire = amélioration de l'accès aux soins médicaux. L'État et la Sécurité sociale ont une raison d'être, celle de solvabiliser la demande de soins. Pour le reste, c'est-à-dire l'essentiel, l'organisation et la dispensation des soins relèvent de la profession médicale et des intérêts locaux. La médecine organisée entre dans son âge d'or, dans tous les sens du terme : la démographie de la profession explose, surtout après 1968, et, simultanément, ses revenus augmentent.

Il n'est pas encore possible de parler de politiques *publiques* au sens fort du terme. La « tutelle inversée » qu'exercent les groupes d'intérêt – leurs fractions modernistes plus précisément – sur les décideurs publics permet plutôt de parler de politiques *professionnelles*, à l'image du « corporatisme sectoriel » étudié par Pierre Muller dans le secteur agricole [Muller, 1984]. La division du travail politique est stricte : l'État finance, l'élite de la profession médicale et une partie des industries de santé décident de l'allocation des moyens, avec l'accord des « partenaires sociaux » qui gèrent les caisses. Le consensus existe, malgré des conflits ponctuels, mais il est *inflationniste* : tous les problèmes du système de santé – ou plutôt de soins, tant la prévention et ses acteurs sont marginalisés dans

les processus de décision publique – sont pensés comme solubles dans le « plus de moyens » : plus d'hôpitaux, plus de médecins, plus de dépenses. La forte progression des dépenses publiques de santé, revers de la médaille de la volontariste médicalisation de la société française, commence à inquiéter le ministère des Finances. En effet, les technocrates avaient faussement anticipé qu'une fois les « besoins de santé » satisfaits, les dépenses de santé ralentiraient, voire stagneraient.

Or il n'en est rien. La « santé » n'est pas une notion fixe et statique, mais dynamique. La médicalisation ne cesse d'étendre le territoire d'intervention de la médecine car tout problème social peut être retraduit dans des termes médicaux. Dans le même temps, la France s'engage dans la construction européenne et la mise en concurrence des entreprises françaises avec leurs homologues européennes. L'augmentation constante des cotisations sociales devient l'objet d'alarmes récurrentes du patronat, lequel entame la « bataille des charges », notion mal étalonnée et surtout politiquement orientée qui deviendra une expression banale à partir des années 1980. De l'intérieur du monde de la planification commencent à monter les inquiétudes mais aussi une partie des solutions comme la diffusion du calcul micro-économique pour « rationaliser les choix budgétaires ».

Pour autant, les controverses demeurent confinées pour l'essentiel aux cercles étroits des planificateurs et des groupes d'intérêt qui y sont associés, comme les syndicats de salariés et le patronat, ou encore, indirectement, les représentants du « corporatisme médical ». Le consensus politique et médiatique, qui est le ciment des échanges politiques entre ces groupes, persiste sur les fondamentaux du système de soins posés en 1945 : le progrès sanitaire implique de favoriser la recherche médicale et l'accès de toutes et tous aux bienfaits de la médecine « de pointe », dont l'élite de la profession demeure la porte-parole et la gardienne. Tout problème de santé est d'emblée posé comme un problème d'accès aux soins ou de recherche médicale. Même les syndicats de la « classe ouvrière » comme la CGT ratifient cette idée. Ainsi, dans la presse, ce sont des médecins qui, comme au *Monde*, tiennent les rubriques médicales. Le cinéma et la télévision glorifient les « hommes en blanc » et les « mandarins » hospitaliers. Dans le champ politique, ce sont surtout des médecins, et secondairement des professions de santé, qui sont

appelés à s'occuper, au Parlement comme dans les partis politiques, des questions de santé. Le « triangle de fer » formé par les décideurs publics, les partenaires sociaux et la profession médicale libérale et hospitalière (voir encadré) se prolonge jusqu'au milieu des années 1970, même si une rupture se profile déjà.

Le « triangle de fer » de la santé publique

La notion de « triangle de fer » a été élaborée par la science politique américaine, en particulier avec le modèle de l'« équilibre ponctué » élaboré par Frank R. Baumgartner et Bryan D. Jones [Baumgartner, Jones, 2015], à la suite d'Elmer E. Schattschneider. Un « triangle de fer » consiste dans le consensus autour d'une définition d'un enjeu partagé par un petit nombre d'acteurs d'une politique publique. Ce sont des monopoles de politique publique qui peuvent être détruits dès lors que parvient à s'imposer une définition concurrente de l'enjeu portée par des acteurs dominants ou des outsiders. Les outsiders ont toujours intérêt à « élargir le conflit politique » en allant mobilisant des publics de plus en plus larges, *via* notamment les médias. La notion de « propriété des problèmes publics » du sociologue états-unien Joseph Gusfield est assez proche de cette idée [Gusfield, 2009].

En effet, l'action publique s'autoalimente de ses propres succès et... échecs. La société française s'est médicalisée en l'espace de trente ans. Les fléaux sociaux et les maladies infectieuses ont été vaincus grâce à la large diffusion des antibiotiques et nombre d'opérations chirurgicales, jadis périlleuses ou inenvisageables (comme la greffe du cœur), deviennent banales. L'optimisme des Trente Glorieuses va pourtant se heurter à des limites économiques et épidémiologiques. Le ralentissement de la croissance met durablement en évidence l'effet ciseaux entre les recettes de l'assurance maladie et ses dépenses. L'augmentation, jadis désirée, des dépenses de santé devient un *problème public*. Sur le plan épidémiologique, la victoire relative contre les maladies aiguës, bénignes ou graves laisse le champ libre aux maladies chroniques, pour lesquelles il n'existe pas de remède mais avec lesquelles la médecine permet de vivre au long cours (pensons au diabète). Ces dernières sont beaucoup plus coûteuses et difficiles à prendre en charge, car elles

supposent un changement de paradigme du système de santé. Les réflexions d'intellectuels et de chercheurs rencontrent alors les préoccupations de technocrates et d'hommes politiques, notamment dans des cercles de réflexion proches du Parti socialiste (mais pas seulement) à propos de l'arrivée d'une médecine devenue industrielle, au seuil des rendements décroissants pour ne pas dire négatifs [Illich, 1975]. Ces réflexions teintées d'inquiétude nourrissent le programme de l'Union de la gauche pour 1981, tandis que le gouvernement commence à mener des opérations pédagogiques sur le déséquilibre structurel des finances sociales, afin de faire passer la pilule amère des « plans de redressement des comptes de la Sécurité sociale ». Le consensus médico-centré et le « triangle de fer » des Trente Glorieuses s'effritent. Les controverses commencent à trouver dans l'espace public des échos de plus en plus fréquents.

1975-1995 : CONFLICTUALISATION ET DÉSECTORISATION DES QUESTIONS DE SANTÉ

L'expansion du système de soins français, grâce à la création de la Sécurité sociale et à une politique volontariste de « modernisation » du parc hospitalier et d'essor du nombre de médecins, est un succès qui a fait émerger de nouveaux problèmes. Le plus connu, car très médiatisé, est celui du « trou de la Sécu ». Dès le début des années 1950, le déséquilibre des finances de l'assurance maladie a provoqué l'inquiétude du patronat sur le coût du travail, en matière d'absentéisme salarial ou encore de déficit public. La vision économique de la Sécurité sociale est inscrite sur le haut de l'agenda politique et médiatique à partir de la seconde moitié des années 1970. Elle connaît une institutionnalisation avec la création de la Commission des comptes de la Sécurité sociale en 1979, dont la finalité est moins comptable (clarifier et consolider les comptes) que « pédagogique » : il s'agit pour le gouvernement de « sensibiliser l'opinion » à la « nécessité » de maîtriser les dépenses de santé et donc d'accepter les plans de redressement des comptes qui se succèdent quasiment tous les dix-huit mois. Julien Duval a démonté les conditions sociales de félicité de ce problème public, appelé à devenir un marronnier journalistique [Duval, 2020]. L'opération de communication gouvernementale est une condition nécessaire

mais pas suffisante. Le « trou de la Sécu » permet à la presse de dramatiser une actualité rebutante car technique, en agitant des chiffres alarmistes ; il autorise aussi un traitement politique, voire politicien, de cette dernière en rendant compte des prises de position politiques sur le sujet.

La pression économique, donc budgétaire, affaiblit l'arrangement inflationniste qui prévalait sur la scène confinée de production des politiques publiques de santé. Les intérêts des pouvoirs publics et ceux de la profession médicale et, au-delà, des groupes économiques et sociaux (industriels, élus locaux, syndicats hospitaliers, etc.) qui contribuaient à – et profitaient de – l'essor de l'offre de soins, commencent à diverger. Les gouvernements ne se contentent en effet pas de mener des campagnes de communication à destination de l'opinion publique. Ils initient aussi des politiques publiques qui contrarient les stratégies inflationnistes des groupes d'intérêt dominants dans le secteur. La régulation de la démographie médicale, appelée à occuper le devant de la scène publique dans la séquence suivante avec le problème des déserts médicaux [Déplauze, 2015], en est un exemple parlant.

Le gouvernement introduit le *numerus clausus* en 1971 en réponse aux récriminations de l'élite hospitalo-universitaire française. Les vannes des facultés de médecine ont été ouvertes après la crise de 1968, et les services hospitaliers peinent à accueillir tous les étudiants à former. Dès lors, il convient d'en limiter le nombre. Mais, de leur côté, les médecins libéraux campent sur une position contraire : ils n'arrivent en effet plus à faire face à l'afflux de patients dans leurs cabinets et leurs conditions de travail et de vie s'en ressentent. La réforme de 1958, créant le temps plein hospitalier, a certes permis un essor formidable de l'hôpital et de la recherche médicale, mais au prix d'une *summa divisio* entre médecins libéraux et hospitaliers. Quand les cohortes nombreuses de médecins se déversent sur le marché de la santé quelques années plus tard, les porte-parole de la médecine libérale se rallient au principe du *numerus clausus* et en réclament même, au nom de la lutte contre la « pléthore », le durcissement, rencontrant les intérêts du ministère des Finances. Pour les premiers, moins de médecins signifie moins de concurrence et donc des revenus préservés, tandis que pour le second moins de médecins signifie moins de prescripteurs et donc moins de dépenses selon l'adage « c'est l'offre qui crée

la demande ». Quelques années plus tard, l'attrition des cohortes d'étudiants en médecine entraîne les protestations des médecins hospitaliers contre l'insuffisance du nombre d'internes pour faire tourner les services hospitaliers... Puis, à la charnière des années 2000, l'inquiétude des syndicats de médecins libéraux quant à l'apparition de « déserts médicaux ». On le voit, la bonne solution d'une période donnée devient la source de problèmes nouveaux à la période suivante. L'action publique s'auto-alimente et doit corriger les anomalies produites par les politiques publiques de la séquence précédente.

En outre, plus les groupes professionnels qui peuplent le système de soins gagnent en taille, plus se creusent les divisions. Le consensus de la période antérieure est de plus en plus difficile à reconduire tant les intérêts et les visions de ce que devrait être le système de soins se multiplient. Au-delà des conflits entre médecins libéraux et médecins hospitaliers, chaque compartiment de l'offre de soins devient un lieu d'affrontements : entre généralistes et spécialistes, mais aussi entre spécialités médicales ou encore entre professions médicales et paramédicales. À l'hôpital, devenu une organisation éminemment complexe, la situation est encore plus conflictuelle, entre statuts (hospitalo-universitaires *versus* simples praticiens hospitaliers), entre médecins et infirmières revendiquant une reconnaissance par les pouvoirs publics et une émancipation relative par rapport au « pouvoir médical », entre soignants et administration qui ne cesse de gagner en autorité et pouvoir.

La scène de production des politiques de santé devenue plus dense et plus conflictuelle, l'État tente de construire des alliances avec certains d'entre eux afin de légitimer l'action périlleuse de maîtrise des dépenses de santé. Les perdants de ces échanges politiques s'efforcent alors de déssectoriser les conflits et de rallier des journalistes et des politiques à leur vision de ce que devrait être le système de soins. Ils s'efforcent de problématiser l'état des rapports de forces sectoriels ainsi que celui de l'organisation sanitaire. Le suremploi du mot-valise de « crise » leur permet de dramatiser la situation et de trouver des alliés à l'extérieur. Les manifestations et grèves des médecins libéraux trouvent un fort écho médiatique, tout comme le « malaise hospitalier » [Juven, Pierru, Vincent, 2019] ou encore les manifestations organisées par les syndicats de salariés contre les réformes gouvernementales. Un exemple : la condition

infirmière est mise sur le devant de la scène médiatique à la fin des années 1980 (le « printemps infirmier » et son slogan « ni nonne, ni bonne, ni conne »).

De leur côté, les pouvoirs publics, à côté de la communication sur le « trou de la Sécu », élaborent des groupes de travail mis en place au sein du Plan, à la recherche de nouvelles façons de voir et de dire la santé. Hauts fonctionnaires et économistes de la santé élaborent un lexique (un « système de santé » qu'il faut « réguler »), des réflexes intellectuels (la comparaison internationale, la modélisation économique des « systèmes de santé », la méthode des « scénarios » d'évolution probable), des indicateurs chiffrés (le ratio dépenses de santé/PIB), des expertises légitimes (économie et gestion de la santé) qui, peu à peu, sortiront de ces laboratoires pour enrôler la presse. Ce « sens commun réformateur » se déploie pleinement dans les années 1990. Qui veut désormais intervenir et être audible sur les questions de santé doit se plier à ces points de passage obligés lexicaux, intellectuels, experts [Pierru, 2007]. Ce sens commun réformateur devient l'armature intellectuelle d'un espace public de la santé en gestation selon un schéma assez comparable à celui décrit par Jürgen Habermas : les controverses longtemps confinées au cercle étroit des acteurs des politiques publiques de santé sont désormais débattues dans une sphère publique élargie de « spécialistes » avant de conquérir les médias de masse. Les questions de santé intéressent alors de plus en plus les professionnels de la politique, y compris ceux qui occupent le sommet de la profession, sommés de prendre position sur telle revendication ou tel mouvement. En retour, cette médiatisation et cette relative politisation tendent à rendre plus difficile le retour à un « équilibre » sur la scène de production des politiques de santé. Une partie de l'issue des conflits se joue désormais devant l'« opinion publique » selon les règles du « nouveau jeu politique ». On a bien affaire à une dynamique autoconsolidée et auto-entretenu.

1995-2020 : LA STRUCTURATION D'UN ESPACE PUBLIC DE LA SANTÉ

La maîtrise des dépenses de santé et le « trou de la Sécu » avaient occupé le devant de la scène publique depuis les années 1980. Des thématiques plus axées sur la veille et la sécurité sanitaires émergent

lors de la décennie suivante. L'« affaire du sang contaminé » de 1991 institutionnalise alors un nouveau cadrage des questions de santé : celui du « scandale sanitaire » [Marchetti, 2010]. Cette affaire jette une lumière crue sur la déshérence de l'administration de la santé publique, laquelle avait pâti du triomphe biomédical après la Seconde Guerre mondiale. Lorsque survient l'épidémie de VIH au début des années 1980, au pays de Pasteur, seuls deux agents de la Direction générale de la santé du ministère sont en charge de la surveillance des maladies à déclaration obligatoire, bref, de la surveillance épidémiologique ! Si des défaillances sont intervenues par le passé, aucune n'a reçu l'attention médiatique et politique dont a fait l'objet l'affaire dite du sang contaminé, pour au moins deux raisons. La première est que le sida a moins fait émerger un acteur nouveau dans le secteur de la santé qu'un acteur décidé à s'émanciper du « pouvoir médical » et à renouveler son répertoire d'action dans le sens de la « scandalisation ». En effet, si les associations de malades, souvent créées et dirigées par des médecins, existent depuis la fin du XIX^e siècle, les années 1990 voient émerger des associations plus critiques et offensives dans l'espace public, comme Act Up [Dodier, 2003]. Les prises de position tranchées de la seconde génération d'associations de malades du sida rencontrent l'intérêt de journalistes qui, eux aussi, veulent « démedicaliser » le traitement de l'information sanitaire pour y faire prévaloir un « régime d'expertise critique », voire un journalisme dit d'« investigation », moins déférent à l'endroit du « pouvoir médical ». En butte à une concurrence croissante, le journalisme spécialisé joue le rôle d'une caisse de résonance pour tous les acteurs qui souhaitent contourner des rapports de forces défavorables sur la scène de production des politiques publiques de santé en en appelant à l'opinion publique.

L'« affaire du sang contaminé » devient la matrice des scandales sanitaires à partir de la seconde moitié des années 1990. Ainsi, les ravages de l'amiante dans le monde ouvrier n'avaient guère intéressé les journalistes et les politiques jusqu'à ce que des « lanceurs d'alerte » les requalifient, avec l'aide de journalistes d'investigation, en « scandale de l'air contaminé » pouvant affecter tout le monde, à commencer par les enfants issus des classes moyennes et supérieures poursuivant leurs études universitaires dans des locaux amiantés [Henry, 2007]. Cette succession de scandales a produit

des effets en retour sur le gouvernement du secteur. Un chapelet d'agences en charge de la veille et de la sécurité sanitaires, flanquant la Direction générale de la santé (DGS) du ministère, est mis en place à partir des années 1990. La surveillance épidémiologique voit ses effectifs croître de 2 à 350 agents grâce à la création de l'Institut de veille sanitaire (1998) puis de Santé publique France (SPF). Nous retombons sur le paradoxe selon lequel un système de santé qui n'a jamais été aussi performant semble s'enfoncer dans une crise sans fin.

En 2020, la pandémie de covid-19 a cependant mis en évidence que si ces moyens organisationnels, matériels, experts pour faire face à une pandémie majeure, annoncée par la communauté des experts de la santé publique depuis le début des années 2000, assureraient théoriquement la « *preparedness* » du pays, cette dernière n'était en réalité que *de façade*. En effet, les politiques d'ajustements budgétaires imposées par l'Union européenne après 2010 étaient entre-temps passées par là. Le rabet budgétaire réalise des économies partout : les stocks de masques dits « stratégiques » n'ont pas été renouvelés, les agences sanitaires ont supprimé jusqu'à 20 % d'emplois à temps plein, on a fermé massivement des lits hospitaliers, etc. Plus généralement, la séquence 2010-2020, dominée par l'enjeu des finances publiques, a entravé le déploiement du dispositif de santé publique qui émergeait depuis le début des années 1990. Administration faible et récente, elle n'a pu que passer sous les fourches Caudines de Bercy. Cela étant dit, il est frappant de noter que les institutions sectorielles ont structuré la réponse à la crise pandémique : la gestion politique a été centralisée et hiérarchique, sinon autoritaire (les décisions étant prises en « conseil de défense »), tandis que c'est l'hôpital public qui a été en première ligne de la prise en charge des malades, la médecine libérale et les cliniques privées demeurant en retrait de la politique de santé publique [Gay, Steffen, 2020]. Une nouvelle réforme des dispositifs et organisations de la santé publique a été annoncée en juillet 2021, comme à chaque fois après une crise sanitaire. En dehors de cet événement que l'on aurait trop vite fait de qualifier d'« exceptionnel » (d'autres pandémies sont à venir), la crise sans fin du système de santé résulte de la conjonction de plusieurs autres dynamiques.

D'abord, en intervenant toujours plus, l'État a contribué à publier les questions de santé. Les pouvoirs publics sont sommés de

réagir, y compris dans l'urgence, dès l'émergence d'un problème, quitte à surréagir (pensons à la pandémie de grippe de 2009). La santé est devenue une affaire d'État, au point même que les partenaires sociaux, longtemps en charge de la gestion des caisses, ont été expulsés de la « gouvernance » de la branche maladie de la Sécurité sociale.

Ensuite, la socialisation de la médecine, envers de la médicalisation de la société, a considérablement ouvert l'espace des agents et groupes autorisés à parler de santé : associations de malades et d'usagers, auxquels ont été reconnus des droits individuels et collectifs en 2002, associations de consommateurs, lanceurs d'alerte, collectifs citoyens se voient désormais comme acteurs légitimes d'une « démocratie sanitaire » émergente. La profession médicale a perdu son magistère sur la santé. Nous assistons à l'émergence de nouveaux problèmes publics, comme celui de la « santé environnementale », portés par des mouvements écologistes avec la crise climatique. À la faveur de l'effondrement des « grands récits » du xx^e siècle, la santé devient un référent central des sociétés post-industrielles, au point que toute problématique sociale doit être recodée dans des termes sanitaires pour gagner en légitimité et être entendue. L'anthropologue Didier Fassin évoque à ce propos la « sanitarisation du social » [Fassin, 2018]. La « bio-légitimité » est un répertoire incontournable du nouvel espace public de la santé.

Ultime dynamique, l'avènement d'un espace public de la santé assure la « conductivité sociale » de ces questions. Cet espace public n'est pas une simple caisse de résonance des stratégies des acteurs individuels et collectifs qui cherchent à peser sur l'élaboration de l'action publique. Il est structuré par des rapports de forces, de concurrence et de sens. Il n'est pas neutre d'un point de vue sociologique : certaines questions candidates au statut de problème public y ont plus de chances de s'imposer car leur cadrage est plus ajusté aux catégories d'entendement journalistiques et car ils s'insèrent bien dans les impératifs de la production journalistique. La « capacité de transport » de ces arènes, interconnectées, est limitée par la surface éditoriale [Hilgartner, Bosk, 1988]. La concurrence fait donc rage et la prime va souvent aux acteurs qui savent dramatiser leur cause tout en la présentant comme radicalement nouvelle. Pour cette raison, le terme de « crise » s'est banalisé.

Il ressort de ces considérations une leçon méthodologique : qui veut étudier la construction d'une question en problème public de santé doit impérativement mettre à distance l'actualité qu'il a sous les yeux en réinscrivant cette question dans une histoire longue. La mission et l'utilité de la sociologie politique sont de rompre avec les métaphores en usage dans l'espace public pour en mettre au jour les conditions sociopolitiques de félicité. Ou dit autrement, faire un pas de côté et se demander « de quoi la "crise du système de santé" est-elle le nom » ?

BIBLIOGRAPHIE

- BAUMGARTNER F., JONES B. D. (2015), *The Politics of Information. Problem Definition and the Course of Public Policy in America*, University of Chicago Press, Chicago.
- BÉLORGEY N. (2010), *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, La Découverte, Paris.
- BENAMOUZIG D. (2005), *La Santé au miroir de l'économie*, PUF, Paris.
- BOLTANSKI L. (1971), « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, vol. 26, n° 1, p. 205-233.
- BOUSSAGUET L. *et al.* (dir.) (2019) [3^e ed.], *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, Paris.
- DÉPLAUDE M.-O. (2015), *La Hantise du nombre*, Les Belles Lettres, Paris.
- DODIER N. (2003), *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Presses de l'EHESS, Paris.
- DUVAL J. (2020) [2^e édition], *Le Mythe du « trou de la Sécu »*, Raisons d'agir, Paris.
- FASSIN D. (2018), *La Vie. Mode d'emploi critique*, Seuil, Paris.
- GAY R., STEFFEN M. (2020), « Une gestion étatique centralisée et désordonnée », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 171, p. 122-138.
- GUSFIELD J. (2009), *La Culture des problèmes publics*, Economica, Paris.
- HASSENTEUFEL P. (1997), *Les Médecins face à l'État*, Presses de Sciences Po, Paris.
- HATZFELD H. (1989), *Du paupérisme à la Sécurité sociale*, Presses universitaires de Nancy, Nancy.
- HENRY E. (2007), *Amiante. Un scandale improbable. Sociologie d'un problème public*, PUR, Rennes.

- HILGARTNER S., BOSK C. L. (1988), « The rise and fall of social problems : a public arena model », *American Journal of Sociology*, vol. 94, n° 1, p. 53-76.
- ILlich I. (1975), *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*, Seuil, Paris.
- JUVEN P.-A., PIERRU F., VINCENT F. (2019), *La Casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'agir, Paris.
- MARCHETTI D. (2010), *Quand la santé devient médiatique*, PUG, Fontaine.
- MULLER P. (1984), *Le Technocrate et le Paysan*, Éditions ouvrières, coll. « Économie et Humanisme », Paris.
- PALIER B. (2005), *Gouverner la Sécurité sociale*, PUF, Paris.
- PIERRU F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Éditions du Croquant, Bellecombe-en-Bauges.
- STEFFEN M. (2001), *Les États face au sida en Europe*, PUG, Fontaine.
- SUPIOT A. (2010), *L'Esprit de Philadelphie*, Seuil, Paris.
- TUOHY C. H. (1999), *Accidental Logics*, Oxford University Press, Oxford.