



HAL
open science

Compromis autour de principes généraux. Les politiques publiques de santé en France : la loi hospitalière de 1970 et le projet de loi “ Hôpital, patient, santé, territoire ”

Caroline Guibet Lafaye, Emmanuel Picavet

► To cite this version:

Caroline Guibet Lafaye, Emmanuel Picavet. Compromis autour de principes généraux. Les politiques publiques de santé en France : la loi hospitalière de 1970 et le projet de loi “ Hôpital, patient, santé, territoire ”. Séminaire Territoires, Action publique, Société (TAPS) du laboratoire SPIRIT de l’Institut d’Etudes Politiques de Bordeaux, Jun 2009, Bordeaux, France. hal-00390077

HAL Id: hal-00390077

<https://hal.science/hal-00390077>

Submitted on 31 May 2009

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Caroline Guibet Lafaye¹ (Centre Maurice Halbwachs – CNRS, EHESS, ENS)
et **Emmanuel Picavet**² (Université Panthéon-Sorbonne, Paris – UFR 10 et équipe NOSOPHI (Normes, Sociétés, Philosophie))

Compromis autour de principes généraux. Les politiques publiques de santé en France : la loi hospitalière de 1970 et le projet de loi « Hôpital, patient, santé, territoire »³

1. Introduction

Dans le cas de la médecine, la référence aux principes généraux apparaît tout à la fois *essentielle* (à cause de l'attachement largement partagé à des principes déontologiques traditionnels, à cause du lien avec des thématiques de justice sociale et politique et tout d'abord à cause du rôle des principes dans la délibération publique) mais cette référence est également *problématique* car les principes généraux peuvent évidemment servir à cautionner des pratiques contestées par les uns ou les autres. Sur le versant problématique, une dimension *stratégique* apparaît inévitablement dans un domaine où certains objectifs sont partagés, mais d'autres non, en sorte que l'interprétation devient un enjeu à part entière.

En inscrivant notre réflexion dans des développements récents en théorie politique, nous voudrions proposer une sorte d'anatomie de la défiance à l'endroit des politiques de santé. Nous chercherons à montrer que *la défiance ne peut ici se réduire ni à une simple attitude irrationnelle ni au fait (malheureux) de l'absence de coïncidence entre les orientations éthico-politiques des uns et des autres*. Au contraire, elle s'enracine dans des raisons compréhensibles qui sont liées à des processus d'interprétation et de coordination qui, dans d'autres circonstances, permettent l'accord et la confiance (alors même que des divergences éthico-politiques importantes peuvent subsister).

Nous tenterons de dégager des mécanismes de défiance et une logique d'interaction politique et institutionnelle expliquant l'échec du débat public. Nous verrons en particulier le

¹ caroline.guibet-lafaye@ens.fr

² Emmanuel.Picavet@univ-paris1.fr

³ Nous remercions Isabelle Butterlin-Pariente, Robert Damien et Hervé Touboul pour d'utiles discussions durant le colloque « Médecine et confiance », Besançon (Université de Franche-Comté), 23-25 novembre 2005. Ce travail a bénéficié, dans une version antérieure, du financement du programme européen DELICOM (« Délibération, communication et différentiels de légitimité dans la délimitation négociée des pouvoirs politiques », Projet « Jeunes chercheuses et jeunes chercheurs », n° de contrat : ANR-05-JCJC-0200-01), dirigé par Emmanuel Picavet (Université de Paris-I). Voir le site du projet : <http://epi.univ-paris1.fr/delicom>

rôle joué par les *anticipations des acteurs*, concernant le rôle intertemporel des principes, des précédents ou des exemples, dans l'impossibilité de s'engager dans une dynamique de compromis.

2. Les compromis autour de principes généraux et la mise en œuvre des politiques. Éléments d'orientation théorique.

a) Le manque de clarté peut-il être autre chose qu'un simple défaut ?

Imaginons qu'une politique de santé soit décidée puis mise en œuvre ; imaginons aussi qu'elle comporte d'une manière essentielle (par exemple dans la spécification des attributions de certains organes de décision ou dans la régulation de leurs relations mutuelles) la référence à des principes généraux tels que l'efficacité, l'équité. *De tels principes sont, par essence, ambigus ou indéterminés* et peuvent cautionner, selon l'interprétation retenue, des régimes de décision divers. Dans une perspective d'utilisation optimale des ressources, on pourrait être tenté de traiter comme de simples *défauts* la variabilité des critères (dans la décision) et le manque de transparence (dans la délibération) qui résultent des tâches d'interprétation à laquelle doivent se livrer les autorités administratives et le personnel soignant. Il est d'ailleurs fréquent de voir les phénomènes d'ambiguïté critiqués au motif qu'ils favoriseraient, par exemple, l'inégalité de traitement ou l'inefficacité.

Pour autant, il est de fait que *les principes généraux et ambigus jouent un rôle important dans la définition des politiques publiques*. Les particularités de régime de coordination de ce genre méritent l'analyse. D'une certaine manière, les agents sociaux doivent pouvoir obtenir certains avantages à cause du caractère vague des principes de référence, en l'occurrence :

(1) des bénéfices en termes de *souplesse* pour le médecin et le patient (en termes d'adaptation à la situation et de connaissance du patient) ;

(2) d'éventuels effets d'*équité*. Comme le souligne J-P. Moatti [2000], le souci de clarification des règles qui peut conduire à une éthique médicale officielle de type utilitariste peut engendrer des effets inéquitables. Au contraire, on soutient parfois que la généralité des principes – par exemple ceux de la médecine traditionnelle – est associée à une latitude d'interprétation et d'adaptation importante, accordée à des décideurs proches du patient, qui peut faire apparaître des avantages propres au « clair-obscur » des règles.

(3) d'éventuels aspects favorables à la *pluralité éthique* au sein du système médical (les patients pouvant s'adresser à des personnels soignants et à des équipes dont la vision du monde est proche de la leur). De ce point de vue la possibilité, pour le personnel soignant, de proposer

ses interprétations et de s'en inspirer dans la décision, fait partie de la relation de confiance avec les patients et des raisons du choix de ces derniers. Il est exact que l'éthique médicale, telle qu'elle se pratique aujourd'hui, est marquée par la philosophie du consensus issue des travaux des philosophes dans les années 1970 (notamment J. Rawls en philosophie morale générale, T. Engelhardt en éthique biomédicale). Néanmoins, en pratique, l'accord ne s'obtient que sur des principes manifestement généraux (la dignité humaine, par exemple) qui tolèrent des interprétations opposées, entre lesquelles on n'arbitre que progressivement, par le jeu des procédures politiques¹.

(4) Enfin, des bénéfices en terme d'aptitude à travailler en commun en laissant de côté certains désaccords.

Le caractère ambigu et général des principes n'est donc pas uniquement à comprendre négativement, comme défaut d'autre chose, à savoir, la clarté qui serait nécessaire à un « vrai » consensus et donc à la réussite des politiques mises en œuvre. Dans de très nombreuses situations, il se trouve simplement que le caractère partiellement indéterminé des principes est un facteur de la réussite ou de l'échec des politiques, qui se réfèrent à ces principes selon des modalités qui peuvent sans doute être complexes et qu'il faut étudier, pour bien comprendre ce que signifie réellement la référence à des principes, dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique.

b) De l'ambiguïté à la défiance

Dans une approche statique, l'obtention d'un compromis autour de principes vagues s'apparente nécessairement à un accord superficiel pouvant comporter des risques, depuis longtemps analysés par les philosophes politiques. Si les parties prenantes ne savent pas exactement sur quoi elles s'entendent, on pourra bénéficier de certains avantages immédiats (l'abstention de conduites hostiles, la coopération, le travail commun) mais on ne jouira pas d'assurances très solides quant à l'avenir. La généralité des termes employés reflète alors la volonté de ne pas s'entendre véritablement, de ne pas se « lier les mains » au-delà de la manifestation d'une bonne entente temporaire (liée aux circonstances et qui peut être utile dans ces circonstances).

¹ A parler en toute rigueur, le compromis l'emporte sur le consensus. ***La manière dont des formulations vagues peuvent abriter un processus continu de négociation des interprétations est une partie intégrante de l'élaboration sociale du compromis politique.*** Ces vues s'inscrivent dans la continuité des travaux récents qui fournissent l'armature d'une théorie du compromis politique, en présence de désaccords éthiques maintenus, notamment Arnsperger et Picavet [2004], Bellamy [1999], Dauenhauer [2000] Hampshire [2001], Hershovitz [2000], Mills [2000].

Dans la théorie politique classique, ce type de configuration est habituellement flétri comme un simple compromis tactique, inférieur en tout point à un accord moral véritable sur des principes partagés et clairement compris (de manière identique) par les parties prenantes. Deux hypothèses d'arrière-plan jouent ici un rôle crucial :

(i) d'une part, on admet tacitement qu'il n'y a pas de processus d'argumentation postérieur à l'accord initial et susceptible de maintenir un accord (éventuellement au prix de quelques adaptations), lorsque les circonstances ou les positions de négociation évoluent ;

(ii) d'autre part, on s'appuie sur la *dichotomie clarté/ambiguïté* et l'on admet simplement que la présence d'ambiguïté rend l'accord nul et non avenue au-delà de la jouissance immédiate des avantages d'une entente de façade. On pense donc que si les termes de l'accord sont ambigus, les parties ne sont réellement liées par rien au-delà de la période présente.

Si l'on adopte une vision *dynamique* des choses, dans laquelle on lève les hypothèses précédentes, tout est différent. Contrairement à ce que prévoit l'hypothèse (i), l'accord tolère des interprétations qui peuvent *évoluer*, à la faveur d'un processus continu de renégociation et d'argumentation. Contrairement à l'hypothèse (ii), le fait de s'être initialement entendu sur quelque chose ne compte pas forcément pour rien. Le processus a normalement une « mémoire » en sorte que les étapes initiales doivent jouer un rôle dans l'établissement *graduel* des modalités de coordination entre les parties prenantes¹. Chacune des parties sait ce qui a été accepté (et donc jugé acceptable) par l'autre, et peut se fonder sur cette réalité.

Ce processus doit être facilité par le fait qu'en règle générale, les interprétations possibles des principes généraux ne sont pas tout à fait arbitraires. Elles sont *inscrites dans certaines limites*², grossièrement connues des parties prenantes. Il y a dès lors une argumentation possible sur l'interprétation la plus juste ou la mieux adaptée à certains impératifs (ou objectifs) au vu des circonstances. Dans les cas les plus favorables, en profitant des circonstances et de l'évolution des positions de négociation, chacune des parties prenantes peut espérer infléchir la direction dans laquelle évoluera l'interprétation des principes (ou, en d'autres termes, conserver une marge de manœuvre importante)³.

¹ Dans le cas de la référence à des principes de rang constitutionnel, dans les interactions politiques entre groupes sociaux ou partis, ce mécanisme est clairement caractérisé dans le modèle de coordination de Calvert et Johnson [1999].

² Voir la théorie classique de l'interprétation due à Kelsen [1960]. Voir aussi sur ce point Pariente-Butterlin [2005].

³ Cela joue un rôle important dans la théorie du compromis avec désaccord défendue par Arnsperger et Picavet [2004].

Si l'on retient la conception dynamique, il devient crédible de tenter d'expliquer, *par les mêmes raisons*, l'émergence d'un accord ou son absence. Il faut, pour cela, prêter attention à l'anticipation (par les acteurs sociaux concernés) de l'évolution ultérieure du processus de mise en œuvre dans le cas où ils parviendraient, tout d'abord, à s'entendre avec les autres acteurs sociaux autour de la définition d'une politique. Si ce processus fait intervenir des négociations portant sur le sens à donner aux principes retenus (et c'est souvent le cas en pratique), alors il est compréhensible que les agents se soucient de leur marge de manœuvre dans l'inflexion de l'interprétation et puisent une partie des raisons de leurs décisions dans des prévisions à ce propos. Pour cela, les agents doivent prendre en considération l'évolution prévisible de leur position de négociation, dans le système social dans lequel ils interviennent.

On le voit, il est manifestement nécessaire de *prendre en considération des questions de pouvoir*. La défiance qu'inspire la référence de certaines instances à certains principes a peut-être partie liée avec les réallocations de pouvoir, que peut abriter la référence à ces principes, selon certaines interprétations au moins. Il faut dès lors admettre aussi, à titre d'hypothèse de travail, que la possibilité ou l'impossibilité de l'accord autour d'une politique peut trouver son origine, moins dans les valeurs substantielles des agents, que dans leurs espoirs ou leurs craintes, concernant l'évolution des rapports de pouvoir. En conséquence aussi, on peut avancer la conjecture suivante : en présence de certaines divergences éthico-politiques, un accord serait toutefois possible dans certains cas, si les agents avaient des garanties concernant leur « poids » futur, dans les interprétations et les choix ; et si ces garanties ne sont pas présentes, l'accord peut être hors d'atteinte, ce qui pose un problème normatif.

D'autre part, la généralité des principes peut abriter des désaccords (et des craintes) en ce qui concerne l'utilisation de ces principes pour l'évaluation et, par exemple, pour *l'évaluation des résultats des politiques suivies* ou bien *l'évaluation des propositions de réforme*. La comparaison des arguments avancés et des résultats obtenus joue alors souvent un rôle dans l'évaluation des positions de légitimité relative des agents. Sur ce point, la théorie de Calvert et Johnson doit certainement être complétée : la proposition d'arguments ne sert pas seulement à établir des formes de coordination ; elle se prête ensuite à une évaluation, à un regard rétrospectif (sur les conséquences de l'adoption de ces arguments) qui *affecte, en retour, l'autorité réelle des agents* ayant proposé ces arguments ou exerçant une pression destinée à favoriser leur adoption.

Disons, pour résumer, que dans une telle configuration explicative – issue de la théorie et que nous retiendrons à titre d'outil de travail pour aborder des exemples politiques concrets – *la référence des politiques à des principes relativement généraux joue un rôle crucial parce que peuvent avoir lieu,*

à l'abri de ces principes, des réallocations de pouvoir potentiellement menaçantes pour certains acteurs sociaux.

3) L'espace du compromis autour des principes d'efficacité et d'équité dans la politique de santé.

Dans le cas des politiques de santé, il importe de cerner *l'espace de compromis*, qui s'offre aux acteurs sociaux et politiques, dans la négociation et la renégociation de l'interprétation de certains principes directeurs. C'est là en effet le type de processus auquel nous voulons prêter une attention particulière. Le travail d'interprétation concerne, d'une part, les principes eux-mêmes, d'autre part les relations entre ces principes (la manière de les articuler, de donner du poids à l'un face à l'autre, etc.). Dans le cas de la politique hospitalière ou des politiques de santé plus généralement, les principes d'équité et d'efficacité jouent un rôle décisif, dans la formulation des moyens et des objectifs des politiques publiques.

Sous sa forme la plus générale, la norme d'*équité* consiste dans l'idéal d'une égalité de tous devant les aléas de la maladie et des risques corporels. Or cet idéal se décline sous deux formes au moins : *l'égal accès au système de soins* (dont les corrélats sont la gratuité, l'absence de discrimination notamment à l'hôpital) et une égalité plus large devant la santé, ne dépendant que partiellement des soins et du système hospitalier.

De même, la norme de *réponse efficace aux besoins* se décline de plusieurs manières, parmi lesquelles figurent l'élimination des gaspillages, l'élimination des cas de double emploi (notamment locaux ou régionaux, public/privé, etc.), une logique de concentrations et de regroupements en cas d'économies d'échelle documentées, l'introduction d'enveloppes, de critères économiques d'évaluation (par exemple de type coût-efficacité), la lutte contre les inefficiences bureaucratiques, parfois supposées intrinsèquement liées au fonctionnement du secteur public (notamment chez les idéologues du libéralisme économique et de la privatisation).

On pourrait penser que, sur ces questions, des compromis sont possibles, permettant de fixer des objectifs communs et en sélectionnant certains éléments d'interprétation, par une sorte d'échange de bons procédés (« je retiens certaines de tes interprétations, tu acceptes certaines des miennes »). Il semble pourtant que l'on assiste souvent, en pratique, au maintien d'objectifs très généraux et très ambigus, dans les deux camps et, jusqu'à nos jours

probablement¹, à des tensions très vives autour d'enjeux concrets, sans que l'on parvienne à une réelle construction d'un quelconque compromis social².

Les problèmes d'équité et d'efficacité ne sont pas mutuellement indépendants. En particulier, certaines évolutions de l'hôpital commandées par des impératifs d'efficacité sont critiquées parce qu'on y voit une manière d'expulser les pauvres de l'hôpital. De même, l'introduction de critères économiques, visant à maîtriser les dépenses de santé, est soumise à la critique pour des raisons d'équité. Ainsi l'une des sources de conflits tient à la difficulté d'abandonner sélectivement certains éléments d'interprétation au profit de ceux des autres. Il est difficile de faire des concessions en matière d'équité, au nom de l'efficacité par exemple, car ces principes sont étroitement interdépendants.

Les divergences d'interprétation peuvent coïncider, dans des cas importants, avec un *clivage idéologique droite/gauche*. De manière typique, la norme de réponse aux besoins, à partir des besoins constatés par les hôpitaux et les collectivités locales, suscite, « à droite », la méfiance : gaspillage, clientélisme, moindre légitimité démocratique des échelons locaux, inégalités géographiques. Symétriquement, les normes de *rationalisation* et de *maîtrise des coûts*, et surtout le discours sur celles-ci, suscitent la méfiance « à gauche » : réponse inégalitaire aux besoins, ségrégation sociale à l'hôpital, pouvoir accru du secteur privé et d'une technocratie publique soumise au pouvoir central³. On rechigne alors dans les deux camps à entériner des principes dont il est redouté que l'implémentation (selon une interprétation, dont on n'aura pas forcément la maîtrise) conduise à un *déplacement des pouvoirs* dans le système hospitalier ou, plus généralement, dans le dispositif de santé⁴.

En raison de la nature spécifique de l'activité, les politiques peuvent être tout à la fois contestées dans leur principe même et appliquées par voie hiérarchique. Mais en pratique, cette application peut relever de la réponse urgente aux besoins, plutôt que de rapports de pouvoir, à la différence de ce qui est le cas pour l'implémentation « politique » (dépendant crucialement des rapports de pouvoir) selon Matland [1995]. La construction d'un *accord sur les finalités* s'avère très difficile au niveau des fins d'une politique même si l'accord existe au niveau plus général des grandes finalités telles que l'égalité, l'efficacité, le progrès scientifique et

¹ C'est ce qu'a pu illustrer la contestation de la fermeture du service de chirurgie à Royan durant l'été 2005.

² La théorie politique a souvent placé la barre très haut en privilégiant la figure du consensus sur les principes. Pourtant il importe de réfléchir, sans concession, aux conditions de l'élaboration de véritables compromis évolutifs et équilibrés, dans des champs du politique où réunir ces conditions n'est assurément pas chose facile.

³ Bien entendu, tout n'est pas purement idéologique dans ces préoccupations, même si la manière de les invoquer peut l'être en totalité à l'occasion. De plus, les préoccupations mentionnées ne sont jamais typiques de « toute la gauche » ou de « toute la droite ».

⁴ L'existence de deux camps opposés est à nouveau une simplification, introduite en référence à l'étude de cas développée ci-dessous, pour laquelle elle est pertinente.

technique. Dès lors, le risque est de ne pas obtenir de compromis ni d'implémentation « symbolique » ou « expérimentale » (dans les termes de la typologie de Matland) malgré la présence d'ambiguïtés qui orienteraient, selon la théorie, vers ces configurations, pour que les politiques soient, de manière prévisible, couronnées de succès. Ainsi on doit plutôt s'attendre à ce que prévale un *modus vivendi*, fondé sur la tolérance plus ou moins grande, constatée face à telle ou telle mesure que prend l'autorité publique, habituellement sur un mode hiérarchique. Ce processus peut expliquer la permanence prévisible d'une contestation radicale.

En résumé, la difficulté de se mettre d'accord sur des normes fixant des finalités intermédiaires, en dépit de la rencontre partielle à l'échelon des normes générales, s'explique, selon la théorie proposée, par la conjonction des éléments suivants. On se trouve confronté, en premier lieu, à la méfiance, devant les transferts de pouvoir que pourrait cautionner l'accord sur des normes ambiguës (pouvant être sollicitées par l'autre partie, pour opérer des transferts de pouvoir, par exemple vers les pouvoirs locaux ou bien vers le pouvoir central). Sont ici plus spécifiquement concernées les normes de répartition des compétences et les normes servant à l'évaluation de l'effet des politiques. Ensuite et du fait de ces transferts anticipés de pouvoir légitimés par des normes (dès lors que celles-ci sont acceptées en commun), chaque partie craint de ne plus avoir de marge de manœuvre suffisante, ultérieurement, pour défendre des éléments d'interprétation allant dans son sens.

Ces éléments peuvent orienter la réflexion, dans un second temps, vers un volet « normatif », qui concernerait la conception institutionnelle de ces conflits et de ces mécanismes de blocage : ce qui manque, semble-t-il ici, c'est la garantie, donnée aux acteurs, de pouvoir peser sur la traduction institutionnelle des objectifs généraux. Il apparaît en effet opportun de ne pas s'occuper seulement des compromis sur les principes, mais aussi des concessions sur la répartition du pouvoir d'interpréter et de mettre en œuvre ces principes.

3. Etude de cas : la réception critique de la loi hospitalière de 1970 et de la Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

1) Présentation de l'exemple

Dans cette étude de cas, nous explorerons la perception d'un processus de réforme politique par des agents au fait des enjeux de terrain et par ailleurs représentatifs d'un courant idéologique particulier : Dumont et Latouche [1977]. Ces responsables de santé publique, d'un point de vue explicitement militant (communiste) expriment et expliquent leur défiance (ainsi que celle de leur parti – le PCF – et d'organisations idéologiquement proches comme la

CGT, le journal *L'humanité*,...) vis-à-vis de la politique engagée en 1970 dans le secteur hospitalier. Il s'agit donc d'un témoignage historique précieux sur les raisons d'un désaccord mais aussi d'une *défiance* fondamentale. Trente ans plus tard, avec la mise en place de la réforme de la « Tarification à l'Activité » (T2A) et la réforme Roselyne Bachelot, on observe, du côté des opposants à la réforme dont nous appréhenderons les arguments à partir d'extraits de journaux, les mêmes mécanismes.

Le premier cas apparaît intéressant pour notre propos dans la mesure où les valeurs des parties en présence (le pouvoir « de droite », l'opposition communiste et d'autres groupes sociaux) n'apparaissent pas antagonistes à un degré tel, autour des questions concernées, qu'un compromis politique (ou même un consensus) soit *a priori* inatteignable. Il y a, dans les arguments et les préoccupations présentées de part et d'autre, une zone commune très large (autour de la satisfaction des besoins des patients, de la modernisation des services, de l'accompagnement du progrès scientifique et technique). Les questions d'ambiguïté des principes et de réallocation des pouvoirs paraissent jouer un rôle important dans l'impossibilité de bâtir la coordination autour d'un compromis politique (fût-il évolutif). A première vue, en tout cas, les données de la situation sont telles que l'on doit probablement chercher ailleurs que dans les divergences éthico-politiques les raisons de l'impossibilité d'atteindre un compromis. Nous allons éclaircir ce point et fournir les raisons, qui doivent en effet orienter l'enquête vers les questions d'ambiguïté et de réallocations de pouvoir.

Écartons tout d'abord quelques perplexités méthodologiques.

Les positions défendues par Dumont et Latouche résultent essentiellement de la synthèse d'arguments déjà présentés *en situation* par des acteurs sociaux et politiques. On a donc affaire à des raisons, qui ne restent pas simplement théoriques mais qui servent de point de ralliement, chez les parties prenantes (en particulier, les travailleurs hospitaliers et les syndicalistes), pour motiver l'appui à une politique ou, au contraire, la défiance vis-à-vis de celle-ci et des évolutions qu'elle entraîne dans le système de soins.] On ne trouve pas dans leur contribution le simple constat de désaccords éthico-politiques, mais bien plutôt l'expression de *raisons de se défier* (de certaines évolutions) déjà éprouvées dans les organisations de travailleurs. Des raisons de « se défier » se retrouvent dans les arguments qui sont formulés à l'encontre de la T2A et de la réforme Bachelot.

Il est inévitablement difficile de faire la part, en la matière, de l'orientation idéologique sincère et de l'intérêt tactique (sur les terrains électoraux et syndicaux et en termes d'influence et de recrutement du parti). Cette dimension apparaît également dans les débats où se voit mise en discussion la Tarification à l'Activité (T2A). On évoque à droite le maintien de plus « trois

cents petits hôpitaux publics, à trop faible activité pour assurer une bonne sécurité et qualité des soins », « pour des raisons électorales, la direction étant contrôlée par les politiques locaux »¹. On fait encore allusion aux « dissensions internes et luttes de pouvoir incessantes dans le monde hospitalier entre public-privé, parisiens-provinciaux, administratifs-professionnels de santé, chefs de service-praticiens, [qui] rendent inaudibles et discréditent les propositions du secteur médical ». L'évocation des « préoccupations électorales » est récurrente à droite quelle que soit la réforme hospitalière envisagée.

2) Méfiance et idéologie

Dans les argumentaires que nous allons étudier, l'accompagnement idéologique perçu comme associé à la politique suivie est une source de méfiance *a priori*. Il existe en effet une méfiance radicale envers les normes inspirées par l'idéologie rivale : l'hôpital est ainsi décrit comme « tributaire des campagnes idéologiques qui visent corrélativement soit à restreindre les coûts médicaux, soit à culpabiliser médecins prescripteurs et malades consommateurs en prônant une antimédecine et une 'mort naturelle'... »². On le voit encore aujourd'hui dans la presse de gauche sur les questions évoquées.

La défiance est pour partie liée, historiquement à la théorie du capitalisme monopoliste d'Etat. Il inspirait en 1977 l'idée que l'hôpital est « au centre d'une vaste entreprise de financement public des monopoles capitalistes par l'intermédiaire des investissements et des consommations hospitalières ». Toute la politique engagée est soupçonnée de soutenir ce que l'on pourrait appeler l'accroissement du pouvoir de firmes privées au sein du secteur public.

Ces arguments se retrouvent dans les protestations contre les réformes hospitalières les plus récentes. Contre la T2A, on souligne que :

« les cliniques privées qui concentrent leurs activités sur celles qui sont les plus rentables, dans le souci de reverser les profits aux actionnaires, se développent et sont de plus en plus concentrées entre les mains de *grands groupes*, souvent étrangers.

Citons, pour mémoire, les plus grands groupes, tels que La Générale de Santé (175 établissements) à capitaux essentiellement italiens, le groupe Vitalia (46 cliniques), appartenant au fond d'investissement américain Blackstone, Capiro (26 établissements),

¹ Frédéric Bizard de l'IEP de Paris et Émile Papiernik, ancien chef de service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Cochin Port-Royal APHP, dans Figaro.fr, 24/09/2008 (<http://www.lefigaro.fr/debats/2008/09/24/01005-20080924ARTFIG00421-vivement-un-grand-debat-sur-la-sante-.php>, consulté fin avril 2009).

² Dumont et Latouche [1977], p. 7.

détenu par des fonds américains et européens et Midi-partenaire (22 cliniques), aux capitaux britanniques.

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (étude 583), *les cliniques en France ont eu un taux de rentabilité de 16% en 2005*, et la Générale de Santé a reversé 420 M€ à ses actionnaires en 2006, au moment où, vu le déficit de la Sécurité Sociale, l'assurance maladie essaie de faire des économies.

Ainsi, *les actionnaires* réalisent des profits importants, payés par l'argent public¹, car ils ont investi dans des établissements qui *choisissent leurs patients et qui se concentrent sur les seules activités rentables*.

On comprend la pression sur le gouvernement de ces groupes pour *recupérer la part d'activité rentable encore effectuée dans les hôpitaux publics* et l'intérêt qu'ils ont à ce qu'ils se transforment en hospices pour personnes non solvables et maladies chroniques en dehors de quelques grandes métropoles.

Paradoxalement, pour lutter contre cette tendance, mais avec, à la fin, le même résultat, le Syndicat national des cadres hospitaliers propose de lutter, à armes égales, avec les cliniques privées, en *transformant les hôpitaux publics en cliniques privées* »².

On redoute que cette logique concurrentielle ne s'introduise au sein même des établissements :

« La réforme va être responsable d'effets "pervers", tels que la *mise en concurrence* et les gaspillages.

Les établissements de santé vont entrer en concurrence entre eux, mais également à l'intérieur même de l'hôpital, entraînant des rivalités entre les services ou les pôles (regroupement de plusieurs services avec à la tête un médecin et un administratif avec un budget propre) ».

Le Professeur Pierre Gibelin suggère que « la convergence des tarifs publics/privés conduira progressivement au *démantèlement du service public de santé* ». Les craintes que ne s'accroisse le pouvoir de firmes privées au sein du secteur public est un argument récurrent dans la presse centriste et de gauche. Le journal *L'Humanité*, « Loi Bachelot : peur sur l'hôpital », février 2009³, attire l'attention sur les dangers d'une solution « simple » qui consisterait à « gérer l'hôpital comme une entreprise, y introduire plus d'activité privée, mutualiser – pour ne pas dire fermer – des services et accélérer le transfert des activités rentables vers le secteur privé. En bref : livrer l'hôpital public au privé ». A l'appui de son

¹ L'Assurance Maladie prend en effet en charge une large part des soins dispensés dans les cliniques privées (notes des auteurs).

² Professeur Pierre Gibelin (Service de cardiologie, CHU Nice), « T2A : un virus mortel », *Libération*, 26 janvier 2009, web : <http://www.libemarseille.fr/henry/2009/01/un-virus-mortel.html> (consulté en avril 2009).

³ <http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital> (consulté le 6/05/2009).

propos, l'auteur de l'article, Alexandra Chaignon, rappelle la mise en garde de plus de 400 praticiens hospitaliers : « La convergence entre le secteur public hospitalier et le secteur privé se fera essentiellement sur des critères de rentabilité financière, au détriment des malades non rentables »¹. Contre cette réforme, l'intersyndicale du secteur hospitalier a appelé à la mobilisation avec pour slogan de « stopper cette entreprise ultralibérale de déconstruction de la santé »².

En 1970, Dumont et Latouche soulignaient que, tout en voulant faire profiter les intérêts privés (les « grands trusts ») des dépenses publiques à l'hôpital, les autorités publiques (les « gestionnaires du capital ») s'inquiètent de la croissance des dépenses de santé, supportées par les ressources publiques (l'impôt) ou parapubliques (cotisations de sécurité sociale). Dumont et Latouche citent le ministre de la santé Robert Boulin, présentant le projet de loi hospitalière (loi du 31 déc. 1970, promulguée par G. Pompidou) :

« [...] il s'agit de savoir si les dépenses de santé qui, je vous le rappelle, dans les prévisions du VI^e plan croîtront de plus de 13 % par an et par conséquent augmenteront plus vite que les recettes globales de l'Etat, si ces dépenses sont le mieux utilisées dans l'intérêt de la santé publique et des malades » (*Journal Officiel*, 4 nov. 1970, débats Sénat, p. 1753)³. Des arguments identiques sont aujourd'hui encore convoqués⁴.

Une *norme d'efficacité* est alors posée, qui semblerait pouvoir rallier tous les suffrages, mais elle est interprétée, chez Dumont et Latouche, dans les termes de la théorie du capitalisme

¹ Certains praticiens soulignent que la privatisation complète de notre système de santé « exclura des soins les pauvres par l'argent » sans être « automatiquement gage de qualité (voir la Grande Bretagne et les USA) » (Doc Diafoirus, 11/02/09, <http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital>, consulté le 6/05/2009).

² Lors de la manifestation de la fin avril 2009, le professeur Chéron s'exprimait en ces termes : « Nous sommes contre le concept de l'hôpital-entreprise, la suppression des postes et l'organisation au sein de l'hôpital défendue par la loi Bachelot qui donne tout pouvoir au directeur » (voir Stéphanie Hancq, « Contre la marchandisation du soin », *Libération* 28/04/2009).

A ses opposants, Roselyne Bachelot répond que le projet de loi vise avant tout à « réaffirmer le rôle de garant de l'État » (<http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital>).

³ Dumont et Latouche [1977], p. 8.

⁴ Le Président Sarkozy déclare à Rambouillet, le 13 mars 2009 : « Il n'y a pas un pays au monde qui dépense plus que la France pour son hôpital », a-t-il assuré, en rappelant que le budget de l'hôpital avait augmenté de 50% de 1998 à 2008 et que 100.000 personnes y avaient été embauchées sur la même période (http://tfl.lci.fr/infos/sciences/sante/0_4305588_00-nicolas-sarkozy-en-visite-aux-urgences-a-rambouillet.html, consulté le 06/05/2009). Certains arguments est repris par les praticiens. Le Pr. Émile Papiernik rappelle que le « déficit » de l'hôpital public s'élève à 760 millions d'euros. D'autres soulignent que « la France met 11,1% de son PIB dans la santé (il n'y a que les USA qui mettent plus), et malgré cette somme énorme on n'y arrive pas, on passe de la première place en 2000 à la dixième place des classements européens, juste devant l'Estonie » (<http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital>). Ces éléments sont mentionnés par l'auteur pour justifier une réforme du fonctionnement de l'hôpital public. Il poursuit en effet : « Il ne s'agit pas de supprimer l'Hôpital mais de le ressusciter ». Du côté des opposants, le journal *Libération* ne manque pas de rappeler qu'avec les gouvernements socialistes la priorité était déjà à une orientation politique d'ouverture au marché financier encouragée par M. Delors et Mauroy (Stéphanie Hancq, « Contre la marchandisation du soin », *Libération* 28/04/2009).

monopoliste d'Etat – issue de Lénine *La Catastrophe imminente et les moyens de la conjurer* : les gestionnaires du capital, ne voulant pas alourdir indéfiniment les cotisations sociales, veulent *orienter sélectivement* la dépense publique dans le sens du plus haut profit des intérêts privés présents à l'hôpital. Ces mêmes arguments se retrouvent, en 2009, dans le débat public actuel puisque le Pr. André Grimaldi, diabétologue de l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière (Paris) lance une pétition contre la T2A, signée par presque un millier de médecins hospitaliers, dont Didier Sicard et 300 autres professeurs de médecine. Le texte mentionne notamment que : « Le financement par la T2A conduit à privilégier les malades et les activités *rentables financièrement*, c'est-à-dire essentiellement les patients ayant des pathologies aiguës relevant de gestes techniques et n'ayant pas de polyopathologies ni de maladie chronique ou de problèmes sociaux ou psychiatriques »¹.

Pourtant, du côté de ses partisans, certains décrivent les instruments que mettra en place la réforme Bachelot comme un des outils susceptibles d'assurer une meilleure efficacité des soins. Ainsi

« on peut évoquer plusieurs pistes de réformes, certaines étant déjà appliquées avec succès à l'étranger. La priorité serait de *rendre le management des hôpitaux publics plus autonome et le confier à des gestionnaires aguerris*, dotés d'une meilleure connaissance du terrain. Il faudrait davantage *inciter les professionnels de santé à se former au management et à la gestion*. Il est indispensable de *réconcilier les mondes de la médecine et de la gestion*.

Il est urgent de mettre à disposition des usagers les informations sur la qualité et la sécurité des soins, ainsi que sur les prix pratiqués à l'hôpital. La *transparence* est génératrice de *gains de productivité*. Saluons le renforcement de la transparence des prix en médecine de ville, qui vient d'être instauré par Mme Bachelot. C'est en *donnant plus de pouvoir à l'usager* qu'on fera baisser les coûts, tout en améliorant la qualité des soins.

¹ Il poursuit : « La T2A pousse à une augmentation aberrante d'activités jugées rentables comme les hospitalisations de jour, quitte à accroître abusivement la prescription d'examen complémentaires pour les justifier » (*Libération* du 2 octobre 2007). Sous d'autres plumes, on lit que : « La généralisation en cours de la tarification à l'activité (T2A) est une arme fatale dont les hôpitaux publics ne se remettront pas financièrement. Les fameux codes censés représenter des groupes "homogènes" de séjour sont sous-tarifés pour plusieurs catégories de patients. Il y a donc des *malades rentables* et des *malades non rentables*. Pour le diabète, par exemple, un patient dialysé ou amputé rapporte plus qu'un patient hospitalisé pour prévenir l'amputation et la dialyse. La T2A à 100 % induit inévitablement la sélection des patients, la *dégradation de la qualité des soins* (plusieurs hospitalisations courtes pour une pathologie mal soignée sont plus rentables qu'une hospitalisation longue avec des soins de qualité) et l'inflation des coûts » (F. Bizar et le Pr. E. Papiernik, *Figaro* du 24/09/2008).

Dans les années 1970, la commission Santé du VII^e plan recommandait déjà de « maîtriser le développement des dépenses de santé » et d'abord de « celles qui sont mises à la charge de l'assurance maladie et qui sont financées par des prélèvements obligatoires sur l'économie dont le volume ne peut excéder certaines limites » (cité par Dumont et Latouche [1977], p. 20). La référence aux « limites » que ne peut dépasser le financement public est explicitement convoquée par les partisans de la réforme Bachelot (<http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital>, commentaire du 13/02/2009).

Développer des réseaux spécialisés et intégrés de santé permettrait aussi d'améliorer la qualité et *réduire les coûts* de la prise en charge des affections de longue durée. Ces réseaux seraient *entrepreneux*, centrés sur les patients, contrôlés par les professionnels et basés sur des *alliances public-privé* et ville-hôpital. La révision de la carte hospitalière est une opportunité pour les mettre en place. Encore faudrait-il baser le financement des hôpitaux non seulement sur l'activité, mais aussi sur *la qualité et l'évaluation des soins* »¹.

A l'époque de Dumont et Latouche déjà, deux logiques s'affrontaient² :

- « Le capital, dont la logique est d'accumuler toujours plus de profits, vise à assurer aux travailleurs le minimum dans un état social donné, afin qu'ils reproduisent leur force de travail ».

- D'autre part, une logique de droits et de revendication : « La lutte est constante pour l'obtention par les travailleurs d'un mieux-vivre et, partie intégrante de celui-ci, d'une meilleure protection sanitaire ».

Le discours sur la maîtrise des dépenses de santé était donc perçu comme d'emblée idéologique. On identifie ici la source d'un diagnostic symétrique d'« idéologie » (ou de blocage idéologique) dans l'autre camp puisque de toute évidence personne ne peut raisonnablement rejeter l'idée d'une maîtrise volontariste des dépenses et des usages de la dépense. Pourtant un écart est perceptible entre la perception et les effets du discours en contexte (les aspects perlocutionnaires) et la position retenue sur les normes auxquelles le discours se réfère, puisqu'à un certain niveau, on le verra, Dumont et Latouche affirment bien la *nécessité d'une maîtrise rationnelle des évolutions* et la *nécessaire recherche de l'efficacité*. Ce qui est critiqué, c'est le discours « de droite » à ce propos et les tendances, évolutions ou dérives, qu'il est soupçonné cautionner. Ces dérives, comme nous le verrons, ont partie liée avec l'évolution des rapports de pouvoir que peut servir à accréditer, par avance, le type de discours qui est critiqué.

Les auteurs rappellent par exemple les étapes importantes de la *stratégie de compression des dépenses de santé* voulue par le patronat (les ordonnances gaullistes de 1967 (« le démantèlement de la sécurité sociale »), l'institution d'un profit médical par le ministre Boulin, le vote de la loi

¹ Frédéric Bizard et Émile Papiernik, dans le *Figaro* du 24/09/2008.
<http://www.lefigaro.fr/debats/2008/09/24/01005-20080924ARTFIG00421-vivement-un-grand-debat-sur-la-sante-.php>

² Dumont et Latouche [1977], p. 10.

hospitalière du 31 décembre 1970), et leurs résultats désastreux puisque, par exemple, la durée moyenne de vie n'augmente plus¹.

Avec la réforme Bachelot et la T2A, la référence à l'efficacité apparaît aussi bien chez les partisans des réformes que chez les opposants². La référence à l'équité paraît dans les discours des partisans comme des opposants à la T2A et à la loi Bachelot. L'annonce de la T2A a suscité l'enthousiasme de certains. On peut lire sous certaines plumes en 2007, dans le *Figaro* (02/10/2007) :

« Bonne nouvelle pour les patients et leurs assureurs, Sécu comprise : les tarifs des hôpitaux publics devraient subir une baisse du fait du passage l'an prochain des établissements hospitaliers à un mode de rémunération intégralement lié à leur activité, a indiqué lundi la Fédération hospitalière de France (FHF) ».

De la même façon, l'accès équitable aux soins pour tous devrait rallier les parties en présence. La justice du système de santé est présentée comme un motif du projet de réforme Bachelot, si l'on en croit le Président Sarkozy déclarant à Rambouillet, le 13 mars 2009, que la réforme proposée par sa Ministre de la Santé est « juste »³. Dans l'esprit du gouvernement,

¹ Dumont et Latouche [1977], p. 11, citant Edgar Andréani, *Eco & Stat* n° 71, oct. 1975. Y fait écho aujourd'hui la rétrogradation de la France, pour la santé, de la première place en 2000 à la dixième place des classements européens.

² « L'efficacité du système est au sommet de sa courbe (plus on mettra d'argent ou de moyens moins on en retirera de bénéfice), phénomène connu en économie, en physique, en mécanique et partout en fait. Pour récupérer une amélioration : plus d'efficacité pour plus de moyens, il faut un changement de système : passer de la vapeur à la loco électrique. Ce changement radical doit être trouvé et réalisé car inmanquablement après le sommet de la courbe il y a le déclin : plus on mettra de moyens, plus on dégradera le système, comme un diesel après le sommet de la courbe de couple : ça fini par ne plus avancer avec l'accélérateur à fond et un gros nuage derrière et une consommation maximum » (<http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital>, commentaire du 13/02/2009). Avant l'élaboration de la réforme Bachelot, F. Bizar et le Pr. E. Papiernik soulignaient que « La masse salariale représentant plus de 70 % des charges de fonctionnement dans le public, ne pas modifier ce dispositif revient à condamner l'hôpital public à une faible productivité et à un déficit chronique » (le *Figaro* du 23/08/2008,

<http://www.lefigaro.fr/debats/2008/08/23/01005-20080823ARTFIG00067-loi-bachelot-le-risque-d-achever-l-hopital-public-.php>, visité le 06/05/2009). Les mêmes auteurs reprennent ces arguments dans le *Figaro* du 24/09/2008 : « Plusieurs facteurs ont largement contribué à la crise du secteur hospitalier public. La gouvernance administrative hospitalière est devenue un millefeuille de règles éloignées de la réalité du terrain, qui génère de l'improductivité ».

Chez les opposants à la T2A, l'argument de l'inefficacité est également mobilisé : « [...] La T2A favorise la *surconsommation* (prescription abusive d'actes rentables). Enfin, la T2A entraîne une augmentation importante du temps et du personnel *consacrés à la gestion* pour l'optimisation du codage et la facturation à la Sécurité Sociale (de véritables nouveaux métiers ont ainsi été créés, au détriment, bien sûr, de l'activité soignante) » (Pr. Pierre Gibelin, *Libération* 26/01/2009). Le « gaspillage des ressources » est un thème que l'on trouve donc convoqué aussi bien par les partisans que par les opposants aux plus récents projets de réforme hospitalière.

³ Source :

<http://tfl.lci.fr/infos/sciences/sante/0..4305588,00-nicolas-sarkozy-en-visite-aux-urgences-a-rambouillet-.html> (consulté le 06/05/2009).

le projet de loi vise à réformer la gouvernance des hôpitaux, favoriser l'égalité dans l'accès aux soins¹ en incitant les médecins à repeupler les « déserts médicaux ». Imaginé dans la continuité des plans « Hôpital » 2007 et 2012 et du rapport Larcher, le projet de loi Bachelot est présenté comme visant l'accès aux soins en remédiant à la crise de la démographie des professionnels de santé².

A droite comme à gauche, chez les partisans comme chez les adversaires de la T2A ou de la réforme Bachelot, le thème de l'égalité d'accès aux soins est convoqué. Du côté des opposants, on lit :

« En effet, le *principe de solidarité et d'égalité de l'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire* ne pourra pas survivre à cette réforme. Voyons pour quelles raisons.

Les missions des hôpitaux publics et des cliniques privées ne sont pas les mêmes.

Les hôpitaux publics prennent en charge *tous les patients*. Quelles que soient leurs pathologies, quelque soit leur âge, sachant que les personnes très jeunes ou très âgées sont souvent moins rentables.

Quel que soit leur statut social : patients en situation précaire, SDF, immigrés, sans papiers, personnes n'ayant pas ou peu de couverture sociale, personnes insolvables ou au RMI...

Les hôpitaux publics assurent des missions d'intérêt général : la recherche, l'enseignement.

Et des missions d'intérêt général à proprement parler : centre de dépistage anonyme et gratuit, éducation thérapeutique pour les malades chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, asthme ...), soins aux détenus.

La *permanence des soins* : l'hôpital public assure la plus grande partie des urgences, ce qui engendre de nombreuses activités non programmées. Ces activités représentent un *surcoût* d'environ 60% par rapport aux pathologies programmées »³.

Le Pr. Pierre Gibelin insiste sur cette vocation de l'hôpital public :

« L'hôpital public est un élément clé de la cohésion sociale, basé sur l'égalité d'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire.

¹ « Accès de tous à des soins de qualité » (Titre II, article 14 du projet de réforme).

² <http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital> (consulté le 6/05/2009). Saluant cette intention le journal l'*Humanité* souligne néanmoins « qu'aucune mesure n'est prise pour augmenter le nombre de professionnels de santé ni pour imposer une répartition équilibrée sur le territoire » (même source).

³ Pr. Pierre Gibelin, *Libération* 26/01/2009, <http://www.libemarseille.fr/henry/2009/01/un-virus-mortel.html>. L'argument de la justice des soins et de la prise en compte des plus fragiles est tour à tour employé par les défenseurs de la réforme et par ses opposants. Doc Diafoirus répond à un autre praticien (Doc BB) qui exposait précédemment « l'équité intrinsèque de la T2A » fondée sur le fait que « le tarif dépend du service rendu au malade ». Le second conclut son argumentation sur l'idée que l'« on est très loin de la « privatisation » de l'hôpital. On donne ainsi une juste dotation pour le service rendu, avant on donnait de l'argent quoi qu'il arrive ; qu'il y ait ou non des soins l'argent arrivait, ce qui n'est pas très moral finalement et surtout une prime à ceux qui ne travaillent pas » (<http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital>, consulté le 6/05/2009).

Il est urgent de bloquer l'évolution de ce virus mortel consistant à **faire de la santé un bien marchand comme les autres** dans le service public.

Il faut stopper la réforme sur la T2A et entreprendre une véritable concertation sur ce sujet, avec tous les acteurs professionnels concernés »¹.

Il s'agit bien ici de défendre le fait que la santé soit un bien non substituable. D'autres encore soulignent qu' :

« Avec le principe de la convergence des tarifs entre public et privé, par la mise en place de la tarification à l'acte (T2A), la fameuse menace d'une *médecine à deux vitesses*, souvent dénoncée par certaines organisations syndicales ou politiques, va réellement se mettre en place. [Cette inquiétude était déjà formulée par Dumont et Latouche dans les années 1970].

Avec, d'un côté, l'hôpital public, pour les pathologies les moins rentables et les patients les moins bien couverts. Et, de l'autre, les cliniques privées, pour les activités rentables et les patients les mieux couverts »².

3) Les éléments de convergence

Ces éléments montrent qu'un accord devrait être possible sur la réponse aux besoins, la lutte contre les inefficacités voire l'équité d'accès aux soins de santé. Pourtant cet accord ne se réalise à peu près pas ni dans les années 1970 ni aujourd'hui. Voyons pourquoi.

a) Parmi les références communes à tous et évidentes (présentes aux esprits), se trouve le préambule de 1946 : « La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Ce que peut compléter dans les termes suivants une « déclaration des libertés » (art. 36) élaborée par le PCF :

« Chacun a droit, gratuitement et sans discrimination, à la protection de sa santé et au bénéfice des mesures de prévention, de soins et de réadaptation que permettent les progrès scientifiques et techniques. Le secret médical, la liberté de prescription, le libre choix du médecin sont garantis ».

C'est ici qu'apparaît la divergence, ou du moins la perception d'une divergence, car « Cela n'est pas l'objectif du capital qui conteste le droit à la santé en objectant qu'elle coûte cher à

¹ *Libération*, 26 janvier 2009.

² Pr. Pierre Gibelin, *Libération* 26/01/2009, <http://www.libemarseille.fr/henry/2009/01/un-virus-mortel.html>.

l'économie nationale et qu'il faudrait dès lors ***choisir entre le développement du niveau de vie et l'accroissement des dépenses sanitaires*** »¹.

Dans les débats actuels, la référence à des normes non révocables comme le serment d'Hippocrate est mainte fois convoquée contre le projet de loi. L'attachement à des principes (comme celui, élémentaire, de soigner tout patient sans discrimination² ou de « l'égalité d'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire ») sert de levier à l'opposition contre ce qui est dénoncé comme une médecine « mercantile » jugée « contraire dans son esprit même au serment d'Hippocrate »³. Il est associé à un discours qui se veut soucieux de la qualité des soins apportés aux patients, quelles que soient leur origine et leur pathologie⁴.

b) Considérons maintenant les *inefficacités*. La *conscience des inefficacités* existe dans les deux camps ainsi qu'un consensus à ce sujet. Dumont et Latouche soulignent en particulier que l'on ne se soucie pas des redondances, prenant l'exemple de la construction d'une clinique privée en face de l'hôpital de Libourne (Gironde)⁵. Les auteurs évoquent ainsi le biais en faveur de ce qui est rentable pour les *trusts*, biais également cités par les opposants à la T2A et à la réforme Bachelot⁶. Les adversaires de la réforme Bachelot en appellent néanmoins à l'ouverture d'un débat pour moderniser et financer le système de santé⁷.

c) On remarque enfin les ambiguïtés et les craintes entourant l'allocation du pouvoir, en particulier s'agissant de l'appréciation des responsabilités. On peut noter les incertitudes affectant l'appréciation des effets des politiques sur la santé (susceptibles d'induire une

¹ Dumont et Latouche [1977], p. 10.

² Rappelons quelques lignes du Serment de l'ordre français des médecins de 1996 :

« Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité » (*Bulletin de l'Ordre des médecins*, 1996, n° 4).

³ On déplore que le fait que les hôpitaux publics, contraints de rendre des comptes financiers, ne fassent de la santé devient un enjeu commercial, au mépris du serment explicitement mis en parallèle avec les Droits de l'homme et du citoyen (<http://tfl.lci.fr/infos/sciences/sante/0,,4393192,00-les-medecins-anti-loi-bachelot-se-radicalisent-.html>, commentaire du 28/04/2009).

⁴ On le voit dans les banderoles de la manifestation du 28/04/2009 contre la loi Bachelot : « Tous ensemble pour la qualité des soins », « emplois supprimés = patients et personnels en danger ». Cet argument est toutefois aussi mobilisé par les partisans de la réforme.

⁵ En dépit de la reconstruction de l'hôpital de Libourne (Gironde) de 1968 à 1971, le ministre de la santé Robert Boulin, maire de Libourne, a autorisé la construction d'une clinique privée située... en face de l'hôpital (Dumont et Latouche [1977], p. 114).

⁶ On pourrait enfin faire apparaître, dans les débats actuels comme dans ceux des années 1970, d'autres ambiguïtés fondamentales, concernant par exemple la référence à des *normes de progrès technique* et de marche vers l'efficacité.

⁷ Voir les revendications de Pierre Faraggi, président de la Confédération des praticiens hospitaliers (CPH).

médecine à deux vitesses ou des distinctions entre patients « rentables » et patients « non rentables ») et sur l'équité sanitaire, ainsi que la liaison supposée entre norme de rationalisation et évolution inéquitable de l'accès aux soins (comme le Pr. Gibelin le rappelait en soulignant le fait que l'hôpital public prenait en charge *tous* les malades et *toutes* les pathologies).

Certaines impasses du dialogue social proviennent des ambiguïtés entourant la répartition des pouvoirs suscitées par la loi de réforme hospitalière de 1970 et de celles qui entourent les réformes de la gestion financière et l'usage des techniques de gestion. L'une des craintes des opposants aux réformes actuelles tient au fait qu'avec l'affaiblissement du pouvoir médical dans le projet de nouvelle gouvernance, les hospitaliers redoutent que les outils comme la T2A ou la création des pôles (réunion des services), dans lesquels ils se sont néanmoins investis, soient détournés par des exécutifs hospitaliers « tenus » par les autorités politiques¹. Les adversaires des réformes actuelles craignent que trop de pouvoirs soit donné aux directeurs d'hôpitaux au détriment du corps médical et des patients. A gauche en particulier, on craint que la création d'agences régionales de santé, préconisée par la réforme Bachelot – et en discussion depuis le second gouvernement Juppé – censées coordonner les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social ne « renforce l'autoritarisme et le centralisme », parce que « toutes les décisions seront prises par ces super-agences sous tutelle directe de l'État, depuis la mission des directeurs d'hôpitaux jusqu'au fonctionnement des services, avec exigences de rentabilité »².

Conclusion

Nos études de cas illustrent le fait qu'en présence d'aspects stratégiques de l'interprétation, ***l'accord ou l'absence d'accord sur les finalités de l'action collective ne se laisse pas comprendre seulement en se référant aux valeurs ou convictions des agents.*** En somme, il ne suffit pas de tomber d'accord sur les principes essentiels pour agir de manière concertée. Il arrive que l'on ne parvienne pas à bâtir la confiance autour de finalités partagées, bien que ces dernières existent (et existent même autour de ce qui semble le plus fondamental). Ainsi nous avons identifié des *enjeux de pouvoir* induisant la crainte que l'influence réelle sur les

¹ Voir l'entretien avec Frédéric Pierru, chargé de recherche au CNRS, dans *Le Monde* du 29/04/2009.

² <http://www.humanite.fr/Loi-Bachelot-peur-sur-l-hopital>. Les agences régionales de santé succéderont, une fois la loi HPTS promulguée, aux Agence Régionales d'Hospitalisation (ARH). Leurs compétences s'étendront au-delà du seul champ sanitaire puisqu'elles réguleront aussi la médecine de ville, le médico-social (personnes âgées hors champ sanitaire par exemple, le secteur du handicap...) et le social.

décisions ne soit en quelque façon confisquée par certains groupes d'agents au détriment de ce qui paraît légitime aux autres. Ces anticipations donnent lieu à des *phénomènes de blocage*, en particulier du fait de *l'absence de garanties procédurales suffisantes, quant au rôle des acteurs sociaux* dans les processus d'interprétation des principes et de mise en œuvre des politiques. Ainsi s'est vue confirmée l'hypothèse de travail, dont nous étions partis, selon laquelle la possibilité ou l'impossibilité de l'accord autour d'une politique peut trouver son origine, moins dans les valeurs substantielles des agents, que dans leurs espoirs ou leurs craintes, concernant l'évolution des rapports de pouvoir.

La référence des politiques à des principes relativement généraux joue un rôle crucial parce que peuvent avoir lieu, à l'abri de ces principes, des réallocations de pouvoir potentiellement menaçantes pour certains acteurs sociaux.

La référence à l'efficacité est parfois identifiée à la *reconnaissance implicite d'un pouvoir de décision trop important* (et croissant) *à des instances d'administration ou de contrôle* chargées de veiller au respect d'impératifs d'efficacité, ou encore à la fructification d'intérêts privés. Alors même qu'un accord existe en vue de promouvoir l'efficacité, les termes dans lesquels on formule cette norme d'efficacité apparaissent importants en eux-mêmes et peuvent gêner la délibération en commun, à cause d'*anticipations adverses sur le déroulement futur du processus*. Dans ces conditions, la référence aux principes d'équité et à l'éthique des besoins joue un rôle important dans la défiance vis-à-vis des politiques de rationalisation tournées vers l'efficacité. En particulier, la défiance est induite, précisément, parce que les personnes se placent dans un processus dynamique (en l'occurrence, le processus dynamique d'organisation et de gestion des soins). Ce processus est encadré par des normes offrant des références mais ces normes ne restent pas inertes. Au contraire, *les agents anticipent que l'on pourra manipuler ces dernières* – notamment en infléchissant leur interprétation – d'une manière qui ne sera pas entièrement déterminée par eux seuls. Ce processus explique les difficultés concrètes de l'élaboration de compromis, en les mettant en rapport avec les craintes compréhensibles suscitées par le processus institutionnel.

Ces analyses paraissent illustrer un mécanisme plus général, en vertu duquel les principes généraux, tout en offrant des ressources pour l'accord autour des politiques, peuvent abriter des *réallocations de pouvoir*, qui dégradent les positions de négociation ultérieures des parties prenantes et, de ce fait, leur capacité à influencer sur l'interprétation retenue des principes (ou sur la manière d'articuler entre eux les principes). Ces processus peuvent être anticipés par les agents et bloquer par ce canal la construction de compromis sociaux. Les exemples que nous avons empruntés aux politiques de santé françaises paraissent confirmer la réalité de cet effet et permettent de situer une source essentielle de la défiance qu'inspirent, dans certains milieux

au moins, les politiques mises en œuvre. Pour qu'un autre type (plus favorable) de mise en œuvre des politiques soit possible (par exemple, selon le schéma prévisible d'après la matrice de Matland), il semble nécessaire d'*institutionnaliser*, plutôt que la recherche d'accord, *la participation à la gestion du désaccord*.

Références

- Andréani (Edgar), *Economie & Statistiques*, n° 71, octobre 1975.
- Arnsperger (C.) et Picavet (E.) [2004] « More than *modus vivendi*, less than overlapping consensus: Towards a political theory of social compromise ». *Social Science Information / Information sur les sciences sociales*, 43 (2), p. 167-204.
- Bellamy (Richard) [1999] *Liberalism and Pluralism. Towards a Politics of Compromise*. Londres et New York, Routledge.
- Calvert (Randall) et Johnson (James) [1999] « Interpretation and Coordination in Constitutional Politics », in Hauser (E.) et Wasilewski (J.), dir., *Lessons in Democracy*. Jagiellonian University Press et Rochester, University of Rochester Press.
- Dauenhauer (B.) [2000], « A Good Word for a *Modus Vivendi* » in Davion V. et Wolf C. ed, *The Idea of a Political Liberalism*, Lanham : Rowman & Littlefield Publishers, 204-220.
- Davion et Wolf, dir. [2000] *The Idea of a Political Liberalism. Essays on Rawls*. Lanham, Rowman & Littlefield Publishers.
- Dumont (Jacques) et Latouche (Jean) [1977] *L'hospitalisation malade du profit*. Paris, Editions sociales.
- Feinberg (J.) [1973] *Social Philosophy*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Hampshire (Stuart) [2001] *Justice Is Conflict* (Tanner Lectures on Human Values) Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Hershovitz (Scott) [2000] « A Mere Modus Vivendi? » in Davion et Wolf [2000].
- Kelsen (Hans) [1960] *Reine Rechtslehre*, 2^{ème} éd., trad. fr. par Ch. Eisenmann, *Théorie pure du droit*.
- Mills (Claudia) [2000] « “Not a Mere Modus Vivendi” : The Bases for Allegiance to the Just State », in Davion et Wolf [2000].