

## *Budgétiser l'assurance maladie.*

### Heurs et malheurs d'un instrument de maîtrise des dépenses publiques : l'enveloppe globale (1976 – 2010)

Frédéric Pierru  
CNRS - IRISSO - Paris Dauphine

Paru dans Bezès (Ph.), Siné (A.) (dir.), *Gouverner (par) les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.

Dans la foulée de la conférence sur les déficits publics, au début de l'année 2010, le gouvernement installe un groupe de travail - présidée par Raoul Briet, conseiller maître à la Cour des comptes et grande figure de l'élite du *Welfare*<sup>1</sup> - dont la lettre de mission consiste à réfléchir à des outils de régulation « quasi automatiques » des dépenses d'assurance maladie de façon à respecter l'enveloppe votée chaque automne par le Parlement, dans le cadre du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)<sup>2</sup>. Cette ambition de boucler macro-économiquement l'assurance maladie en mettant cette dernière sous « enveloppe globale » n'est pas nouvelle : elle constitue au contraire le graal des gouvernements de droite comme de gauche depuis la fin des années 1970, en dépit de ses échecs répétés, dont le plus important fut, précisément, celui de l'ONDAM. Inventé à la direction du Budget dans la conjoncture politique et économique spécifique de la seconde moitié des années 1970, l'instrument « enveloppe globale » connaît un processus d'autonomisation qui le détache de son contexte de production en lui conférant une force de conviction propre, à l'instar des « motifs » identifiés par Daniel Benamouzig dans son histoire sociologique de l'économie de la santé française<sup>3</sup>.

Dans un premier temps, cet instrument va se développer parallèlement à l'usage de techniques classiques consistant à accroître les recettes ou à diminuer les remboursements : dans le cadre des plans de redressement des comptes de la Sécurité sociale qui se succèdent à compter de la seconde moitié des années 1970, les gouvernements pratiquent volontiers la hausse des cotisations sociales et la baisse du taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie *via* l'augmentation des tickets modérateurs, des forfaits ou des déremboursements de médicaments. Ces instruments restent utilisés par la suite mais la découverte des coûts politiques attachés à des plans qui, de surcroît, montrent leur relative inefficacité à maîtriser les dépenses et à restaurer durablement l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, conduit les réformateurs à privilégier d'autres voies, disponibles mais encore sous-exploitées. La « budgétisation » va devenir le centre de gravité des réflexions administratives et politiques tout autant que le point focal des conflits entre les gouvernements et les groupes d'intérêt sectoriels. De 1979 à 1996, les réformes de l'assurance maladie vont être majoritairement structurées autour de l'instrument budgétaire que constitue l'enveloppe globale, successivement déclinée de plusieurs façons : « enveloppes » diverses, « lettre-clés flottantes », « objectif quantifié national », etc. jusqu'à l'ONDAM. Comment comprendre cette focalisation intensive, sur la longue durée, sur la technique de l'enveloppe

---

<sup>1</sup> HASSENTEUFEL (Patrick) et al., *L'émergence d'une élite du Welfare ? Sociologie des sommets de l'Etat en interaction. Le cas des politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales (1981 – 1997)*, Rapport de recherche, Paris, MIRE, 1999. Les résultats de cette enquête ont été actualisés dans HASSENTEUFEL (Patrick) et al., *Les nouveaux acteurs de la protection maladie en Europe (Allemagne, Angleterre, Espagne, France)*, Rapport pour le projet « La « gouvernance » de la protection sociale », Mire-DREES, mars 2008.

<sup>2</sup> Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, avril 2010.

<sup>3</sup> « Qu'ils poursuivent une visée explicitement normative, comme certains raisonnements économiques destinés à la prise de décision, ou une visée plus analytique, les motifs produisent toujours des raisons, des arguments, des effets de conviction plus ou moins sensibles, de nature à provoquer un « mouvement ». Ils indiquent de manière plus ou moins implicite ce qu'il est utile, adapté ou correct de penser, de sentir ou de faire. » BENAMOUZIG (Daniel), *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, 2005, p. 11.

globale ? Comment démarre-t-elle ? Quelles en sont les étapes ? Comment cet instrument a-t-il interagi avec les formes institutionnelles du système de santé français ?

Ces questions renvoient d'abord à un paradoxe car les usages de cet instrument budgétaire ont généré des échecs (relatifs). Son utilisation a fait l'objet de conflits répétés avec les groupes affectés par les politiques de contrainte de sorte que son extension a été inégale selon les rapports de force. Les résultats budgétaires et comptables de l'enveloppe globale n'ont pas été au rendez-vous. En dehors du secteur hospitalier, les groupes d'intérêt représentatifs des compartiments les plus privés du système de santé – à commencer par les médecins libéraux<sup>4</sup> – ont réussi, en mobilisant les points de veto des institutions de l'Etat social français<sup>5</sup>, à neutraliser les mécanismes opérationnels visant à garantir le respect de l'enveloppe globale. Pourquoi, dès lors, les gouvernants ont-ils ainsi investi, sur la longue durée, cette technique ? Comment s'est historiquement construit cet investissement de forme et comment et pourquoi s'est-il institutionnalisé ?

Ces interrogations invitent, dans un deuxième temps, à mieux caractériser les formes que revêtent les politiques de contrainte budgétaire dans le domaine de la santé et notamment l'importance acquise par la technicisation et la dépolitisation de l'action publique. Comment se fait-elle ? Qui en sont les acteurs ? Qui sont les professionnels de la contrainte ? S'agit-il exclusivement de budgétaires qui imposent leurs vues aux ministères ? Ou la contrainte fait-elle l'objet d'une intériorisation au sein des administrations ?

Une troisième interrogation porte sur les conséquences de l'échec partiel de l'instrument budgétaire. Prenant acte de l'impossibilité technique et, surtout, politique, d'appliquer ce dernier à l'offre de soins la plus privée (les médecins libéraux principalement), les gouvernements vont, à compter dans le contexte de tensions sur les finances publiques des années 2000, privilégier des mesures plus discrètes, non publicisées, aboutissant à privatiser progressivement le financement des soins courants selon les stratégies identifiées par le politiste Jacob Hacker<sup>6</sup>. La restructuration souterraine de l'assurance maladie, opérant par « dérive » et « empilement », peut être alors lue comme relevant d'une stratégie politique d'*invisibilisation* ou d'*enfouissement* de l'intervention publique alors que le taux de prélèvement obligatoire ainsi que le niveau des dépenses et des déficits publics sont érigés en critères d'évaluation de la performance de la politique économique et sociale des gouvernements

Cet article propose donc de contribuer à une sociologie politique des politiques de contrainte budgétaire et de ses instruments<sup>7</sup> en prenant pour objet d'étude leur rencontre houleuse avec une configuration institutionnelle spécifique, celle de l'assurance maladie française, particulièrement rétive à tout contingentement *a priori* des dépenses publiques. L'entrée par l'instrument budgétaire constitue « une façon de saisir les transformations de l'Etat en envisageant ses pratiques, et les recompositions qu'elles connaissent, en particulier dans la tension permanente entre contrainte et décision »<sup>8</sup>. Ce travail s'efforce d'abord de cerner les ressorts administratifs et politiques qui ont conféré à cet instrument sa *prégnance* depuis la fin des années 1970<sup>9</sup>. Il examine, ensuite, les dynamiques qui ont participé de la

---

<sup>4</sup> HASSENTEUFEL (Patrick), *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997.

<sup>5</sup> MERRIEN (François-Xavier), « Etat et politiques sociales : contribution à une théorie « néo-institutionnaliste » », *Sociologie du travail*, 3, 1990, pp. 267 – 294 ; PALIER (Bruno), *Gouverner la Sécurité sociale*, Paris, PUF, 2002.

<sup>6</sup> HACKER (Jacob S.), « Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States », *American Political Science Review*, 98(2), 2004 ; HACKER (Jacob S.), « Review Article: Dismantling the Health Care State ? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform », *British Journal of Political Science*, 34, 2004.

<sup>7</sup> Nous reprenons à notre compte la définition donnée dans LASCOURMES (Pierre) et LE GALES (Patrick) (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004. Par ailleurs, à leur suite, nous distinguons l'instrument, qui est un type d'institution sociale, de la technique – dispositif concret opérationnalisant l'instrument – et de l'outil, micro-dispositif au sein d'une technique. *Ibid.*, pp. 14 – 15. La budgétisation est en ce sens un instrument opérationnalisé par plusieurs techniques (« lettres clés flottantes », mécanismes de reversement, etc.).

<sup>8</sup> LASCOURMES (Pierre), SIMARD (Louis), « L'action publique au prisme des instruments », *Revue française de science politique*, 61(1), 2011, p. 5.

<sup>9</sup> Pour une mise à l'épreuve empirique de la notion de *prégnance* d'un outil de gestion (un indicateur en l'occurrence), cf. BOUSSARD (Valérie), « Quand les règles s'incarnent. L'exemple des indicateurs *prégnants* »,

dépolitisation et donc du déploiement de l'instrument, lequel a fait l'objet de tentatives de mise en œuvre, sous des formes variées, par des gouvernements de gauche comme de droite, et insiste sur ses effets indirects. Ces tentatives répétées vont notamment conduire à faire émerger, de façon pragmatique, un champ original des finances publiques, celui des « finances sociales ». Enfin, il propose une interprétation politique des conséquences de l'échec partiel de l'instrument budgétaire pour la trajectoire du système de protection maladie français en s'appuyant sur la distinction entre approches publique et privative de la protection sociale<sup>10</sup>.

## I. L'essor et le développement d'un instrument simple de contrainte budgétaire : l'enveloppe globale

L'invention de l'instrument « enveloppe globale » doit être resituée dans l'histoire des rapports de force, matériels et symboliques, entre l'administration des Finances et l'administration sociale. Même si la seconde peut sembler faible au regard de la première, sa principale direction – la Direction générale de la Sécurité sociale – compense ses handicaps, dans les vingt premières années de l'après-guerre, par le soutien des acteurs politiques pour la mise en place et l'expansion du système de Sécurité sociale.

L'affirmation de la logique et des acteurs budgétaires dans la conduite de la politique de protection maladie date du milieu des années 1960, au moment où Jean-Marcel Jeannenay est nommé, en janvier 1966, à la tête d'un grand ministère des Affaires sociales, dans un contexte de fortes inquiétudes à l'égard de l'accélération des dépenses d'assurance maladie. Celle-ci est le fait de la montée en charge de la réforme hospitalière de 1958 et de la mise en place du conventionnement individuel pour les médecins libéraux, lequel a permis d'améliorer substantiellement le remboursement et donc l'accès aux soins<sup>11</sup>. Peu de temps auparavant, plusieurs commissions officielles ont été installées par le Premier Ministre Pompidou pour réfléchir, dans le cadre du Vème Plan, à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie dont le poids est qualifié par le ministre des Affaires sociales de « considérable pour la collectivité ». Les plus hauts responsables gouvernementaux commencent à avancer l'idée selon laquelle les dépenses maladie ne devraient pas progresser plus rapidement que la richesse nationale de façon à permettre une croissance économique « équilibrée ». Cette nouvelle priorité politique connaît une traduction administrative immédiate. En 1966, à l'initiative du nouveau ministre, la Direction générale de la sécurité sociale (DGSS), qui se pose traditionnellement en « gardien du temple », est affaiblie par sa scission entre une direction de l'assurance maladie et des caisses d'un côté, une direction de la Famille, de la vieillesse et de l'Action sociale de l'autre au moment où elle est investie par une nouvelle génération de hauts fonctionnaires, formés par la nouvelle ENA et moins attachés au projet fondateur de 1945. « Si l'identification au modèle de 1945 fait la force de la DGSS, qui collabore avec la plupart des ministres, souligne l'historien Bruno Valat, elle peut apparaître comme un obstacle aux réformes souhaitées lorsque celles-ci impliquent une remise en cause partielle du modèle. »<sup>12</sup> C'est ainsi que

---

*Sociologie du travail*, 43, 2001, pp. 533 – 551. L'auteure insiste sur le processus circulaire de la prégnance : ce sont des acteurs forts (ici budgétaires) qui confèrent à un instrument sa prégnance et, en retour, celle-ci renforce la position de ses promoteurs initiaux dans l'organisation en consolidant leurs ressources.

<sup>10</sup> HACKER (Jacob S.), *The Divide Welfare State. The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge University Press (N. Y.), 2002. Cet article repose sur une enquête de terrain menée, au début des années 2000, dans le cadre d'un travail de thèse, complétée par une quinzaine d'entretiens, réalisés au cours de l'année 2009, avec des administrateurs parlementaires, des parlementaires, des anciens membres de cabinets ministériels, des actuels ou anciens hauts fonctionnaires de la DSS, de la direction du Budget, du Conseil d'Etat, des hauts cadres d'organismes sociaux. Bien entendu, les informations recueillies au cours de ces entretiens ont été combinées avec l'investigation de sources écrites variées : débats parlementaires, littérature grise, presse, écrits produits par les acteurs, etc. L'auteur remercie Philippe Bezès, Alexandre Siné, Didier Tabuteau et Maurice-Pierre Planel pour leurs observations sur des versions antérieures de ce texte.

<sup>11</sup> CAUSSAT (Laurent) et DUEE (Michel), « Un demi-siècle d'évolution des dépenses de santé : une analyse à l'aide des comptes de la santé », dans BRAS (Pierre-Louis), POUVOURVILLE (Gérard de), TABUTEAU (Didier) (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Editions de Santé, Presses de Sciences Po, 2009, pp. 93 – 106.

<sup>12</sup> VALAT (Bruno), *Histoire de la Sécurité sociale (1945 – 1967). L'Etat, l'institution, la santé*, Paris, Economica, 2001, p. 186.

Michel Guillaume remplace, à la tête de la DGSS, Alain Barjot, l'un de ces hauts fonctionnaires pour qui la défense de la Sécurité sociale correspond à un engagement personnel, de façon à assurer de la loyauté de cette administration centrale à l'égard de la grande réforme annoncée pour 1967.

#### *La mobilisation précoce des acteurs budgétaires et l'invention de l'enveloppe globale*

La « normalisation » de la DGSS va de pair avec la montée en puissance de la direction du Budget dans une matière sociale où elle n'a longtemps disposé que de peu de ressources humaines et expertes<sup>13</sup>. Certes, à la Libération, une sous-direction des Affaires sociales est mise sur pied, mais celle-ci étant aussi en charge des affaires économiques, seuls trois administrateurs civils peuvent se consacrer aux questions de Sécurité sociale au sein du 12<sup>ème</sup> bureau<sup>14</sup>. Si ses moyens se renforcent progressivement, ses effectifs restent peu fournis et la direction demeure très dépendante de l'expertise statistique d'autres administrations centrales pour collecter les chiffres qui servent à établir le budget social de la Nation – ancêtre des rapports la Commission des comptes de la Sécurité sociale – instauré en 1956<sup>15</sup>. Eu égard à la faiblesse de ses moyens, la direction du Budget dispose surtout d'un pouvoir de veto – le fameux « non » qu'oppose le budgétaire aux demandes du « dépensier » – et joue le rôle de force d'inertie bloquant ou retardant les initiatives des autres ministères sociaux, ce qui ne manque pas de lui valoir une réputation « anti-sociale ». La doctrine de la direction du Budget en matière d'assurance maladie se forge peu à peu autour de trois idées clés : privilégier l'action sur la dépense avant de recourir à la hausse des cotisations sociales, laquelle constituerait une « facilité » ; appréhender la Sécurité sociale comme une unité budgétaire (disposant d'une « enveloppe globale ») afin de permettre le redéploiement des moyens selon l'état financier des branches ; prévoir des mécanismes rigoureux de sanction lorsque les engagements de la profession médicale ne sont pas respectés, sanctions pouvant aller jusqu'à la fonctionnarisation des médecins libéraux !

Cette doctrine influence fortement le contenu de la réforme de 1967 dont l'objectif affiché est la maîtrise des dépenses sociales<sup>16</sup>. Le régime général y est scindé en trois caisses spécialisées (dont la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMts)) dont les conseils d'administration – désormais strictement paritaires – se doivent de prendre les mesures nécessaires (économies sur les dépenses, hausse des cotisations) pour équilibrer leurs finances. L'article 18 de l'ordonnance, imposé aux partenaires sociaux dans les arbitrages finaux par le Premier Ministre Pompidou, met en place une procédure très proche de celle de l'alerte initiée par la réforme de l'assurance maladie de... 2004 : « *Les décisions nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier (...) sont prises par le conseil d'administration de la caisse nationale. Lorsqu'elles comportent une augmentation de cotisations, ces décisions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par décret.* » En cas de carence du conseil d'administration, celui-ci peut être « *mis en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaire.* »<sup>17</sup>. Ambitieuse, cette réforme est pourtant un échec pour au moins deux raisons : la mise en place, en 1971, d'une convention nationale entre les syndicats de médecins libéraux et la nouvelle CNAMts contribue à politiser les négociations conventionnelles et les acteurs politiques se révèlent être

---

<sup>13</sup> SINE (Alexandre), *L'ordre budgétaire. L'économie politique des dépenses de l'Etat*, Paris, Economica, 2006, chapitre 5.

<sup>14</sup> VALAT (Bruno), *Histoire de la Sécurité sociale*, op. cit., p. 207.

<sup>15</sup> La 6<sup>ème</sup> sous-direction de la direction du Budget, en charge des dossiers sociaux, est aujourd'hui composée d'une trentaine de personnes (principalement énarques, ingénieurs, administrateurs de l'INSEE, actuaires). Elle est divisée en quatre bureaux, dont un bureau des comptes sociaux et de la santé dans lequel travaillent 7 personnes (en plus du chef de bureau), 3 sur les comptes sociaux et 4 sur la santé. Cette administration d'état major – visant à conseiller les décideurs politiques – aux effectifs très resserrés, n'élabore pas de comptes, qui restent du ressort des caisses, de la DSS et de la mission comptable permanente. Le rôle de la 6<sup>ème</sup> sous-direction est de faire des prévisions sur les finances sociales et d'avancer des propositions susceptibles de garantir la « soutenabilité » des finances publiques.

<sup>16</sup> François Denord a bien montré comment les idées néolibérales se sont précocement acclimatées en France, dès les années 1960, tandis que triomphe le dirigisme modernisateur de la Vème République. DENORD (François), *Néo-libéralisme version française. Histoire d'une idéologie politique*, Paris, Demopolis, 2007, pp. 258 et s.

<sup>17</sup> Cité par COUDREAU (Dominique), « Les partenaires sociaux, l'Etat et la régulation de l'assurance maladie (1967 – 2003). Chronique d'un échec », *Sève. Les tribunes de la santé*, automne 2004, p. 42.

assez sensibles aux revendications médicales ; la nouvelle coalition gestionnaire FO-CNPF ne veut pas porter seule des mesures impopulaires de redressement des comptes alors même que les décisions en matière hospitalière et de prix des médicaments relèvent de l'Etat<sup>18</sup>. Responsables politiques, partenaires sociaux, syndicats de médecins : tous ces acteurs institutionnels de l'assurance maladie se montrent réticents, voire franchement hostiles, à l'égard de la maîtrise des dépenses que l'administration du Budget porte donc seule. Cependant, avec les deux chocs pétroliers, la Sécurité sociale entre dans l'ère des besoins chroniques de financement et dans la litanie des plans de redressement des comptes. La direction du Budget est plus que jamais à la manœuvre pour introduire des mécanismes efficaces de régulation des dépenses d'assurance maladie qui permettraient de caler leur croissance sur celle de la richesse nationale. Le centre de gravité de ce petit groupe de budgétaires intéressés par les questions de Sécurité sociale est Jean Choussat.

Né en 1934 à Alger de parents médecins – son père est professeur de médecine à la faculté de Bordeaux –, lui-même marié à une pédiatre, Jean Choussat est prédisposé à porter un intérêt aux questions médicales, intérêt qu'il concilie avec son goût pour les affaires économiques. Diplômé de l'IEP Paris, d'études supérieures d'économie politique et d'études supérieures de sciences économiques, il entre à l'ENA en 1961 et son bon rang de classement lui permet, en 1963, d'intégrer le corps de l'inspection des finances. Il fait l'essentiel de sa carrière à la Direction du Budget, où il est successivement chargé de mission (1967-1974), sous-directeur (1974 – 1979) puis chef de service (1979 – 1980). Il s'y occupe principalement des dossiers sociaux. Après avoir été brièvement, en 1980, directeur général de la Santé et des Hôpitaux (au moment de la brève fusion entre la DH et la DGS), il est nommé, grâce à un engagement politique plutôt situé « à gauche », directeur du Budget en 1981, poste qu'il occupe jusque 1985. Il quitte l'administration des Finances pour occuper à nouveau un poste clé dans le secteur sanitaire, celui de directeur général de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris avant de revenir une nouvelle fois à Bercy, en tant que délégué à la modernisation du ministère au début des années 1990. Il a décrit, dans un article savoureux, la praxis du « moine-soldat » que serait selon lui le budgétaire<sup>19</sup>.

Dominique Coudreau, administrateur civil passé par la direction du Budget et les cabinets de Simone Veil, Robert Boulin et Raymond Barre, et qui occupera, à compter de la fin des années 1970, divers postes clés dans le secteur sanitaire, en particulier celui de directeur de la CNAMts, insiste sur le rôle clé de la Direction du Budget et de Jean Choussat dans la réflexion sur les outils budgétaires du type « enveloppe globale » :

*« Toujours cette influence de la direction du Budget. Parce qu'on a tous été formés par Choussat, tous. Choussat a eu une énorme influence. J'ai gardé la note d'ailleurs que Choussat a écrite en octobre ou en novembre 1976 sur la manière dont les dépenses de santé peuvent être maîtrisées. C'était une note pour le gouvernement qui consistait à dire qu'il ne fallait pas s'énerver, que la santé, c'était des problèmes de très long terme, très complexes, et qu'il fallait avoir un axe simple de réflexion, à savoir que l'offre crée la demande, et que donc il fallait globalement maîtriser l'offre, ce qui, en termes pratiques, signifiait que, dans chaque compartiment, les médecins libéraux, les médicaments, les hôpitaux, etc., il fallait des mécanismes régulateurs. Moi, j'ai été formé à cette école là. L'enveloppe globale se voulait être un mécanisme régulateur pour les médecins et j'ai fabriqué un mécanisme régulateur pour les hôpitaux et, je ne sais plus si c'est dans la circulaire budgétaire de 78, nous avons introduit les prémices du budget global. C'était les prémices au sens où l'on était toujours avec des prix de journée mais il y avait des mécanismes qui empêchaient les prix de journée de déraiper. C'est très peu d'idées, c'est très pauvre la réflexion quand on y pense. Parce qu'il y a très peu d'individus. »*

L'idée est intellectuellement séduisante bien que politiquement périlleuse : introduire une contrainte budgétaire globale, indexée sur l'évolution du PIB, forcera les professionnels de santé à se réorganiser et à revoir leurs pratiques dans le sens d'une plus grande économie. Sans cette contrainte *a priori*, tous les acteurs du système de santé ont, en effet, intérêt à l'inflation des coûts médicaux : le patient, rendu insensible au coût de la médecine par la solvabilisation de sa « demande » par la Sécurité

---

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 43 – 44.

<sup>19</sup> CHOUSSAT (Jean), « Le budgétaire et le dépensier. Défense et illustration de la direction du Budget », *Pouvoirs*, 53, 1990, pp. 55 – 64.

sociale fonctionnant qui plus est à « guichet ouvert » ; le médecin libéral payé à l'acte et dont les revenus sont fonction du volume de son activité ; l'hôpital rémunéré au prix de journée et ainsi incité à multiplier le nombre de journées d'hospitalisation ; les industriels du médicament dont les profits sont fonction du nombre de boîtes prescrites et vendues puisque les tarifs de remboursement sont fixés, assez bas, par l'Etat. Les règles du jeu, héritées de l'histoire, seraient donc intrinsèquement inflationnistes. Pour contrecarrer leurs effets, il conviendrait donc d'introduire de la « vertu » et de la « discipline » budgétaires qui, au passage, éviteront à l'Etat et à l'Assurance maladie d'avoir à se mêler des pratiques d'une profession médicale jalouse de son autonomie.

Toutefois, au même moment, toujours au ministère des Finances, est envisagée une alternative au schéma de l'enveloppe globale, celle, d'inspiration ouvertement néolibérale, de la remise sur le marché des assurances maladie complémentaires des soins faisant l'objet de tickets modérateurs, c'est-à-dire du « petit risque » (les soins courants). Dans cette optique, seul le « gros risque » (les hospitalisations, les affections de longue durée) resterait du ressort de l'assurance maladie obligatoire et du financement public. Cette piste est formalisée dans un rapport retentissant, publié en septembre 1979, et rédigé par deux inspecteurs des finances, Simon Nora, l'un des principaux entrepreneurs en modernisation de l'Etat, passé par le Club Jean Moulin (puis la Fondation Saint-Simon) et les cabinets de Mendès-France et de Chaban-Delmas, ainsi que le futur directeur de cabinet de Pierre Bérégovoy, Jean-Charles Naouri<sup>20</sup>. La piste de la privatisation partielle est rapidement écartée pour des raisons non seulement techniques (la distinction gros/petit risque est assez ardue à faire, voire artificielle<sup>21</sup>) mais aussi et surtout politiques<sup>22</sup> : même assortie de dispositifs ciblés sur les plus modestes qui prendraient en charge une partie du coût de leur assurance maladie complémentaire, elle apparaît comme une remise en cause trop frontale des principes posés après la Seconde guerre mondiale et de l'égalité d'accès aux soins. D'ailleurs, l'auteur du plan français et ancien directeur de la Sécurité sociale, Pierre Laroque, se prononce, au moment des Etats Généraux de la Sécurité sociale de 1987, contre ce rapport. Néanmoins, il convient d'avoir à l'esprit la dialectique de ces deux options, toutes deux élaborées au ministère des Finances, ainsi que leur rémanence, puisqu'à chaque crise financière de la Sécurité sociale, elles vont refaire surface. Si l'engouement pour l'outil budgétaire a éclipsé pendant les quinze années suivantes l'idée de la privatisation partielle, l'échec patent du premier, à la charnière des années 2000, va redonner des couleurs à la seconde.

#### *La budgétisation à l'épreuve de l'identité libérale de la médecine française*

La nomination, en 1976, de Raymond Barre au poste de Premier ministre fournit aux budgétaires l'occasion de passer des idées aux actes. L'accentuation de la politique de rigueur après le second choc pétrolier, l'aggravation de la situation des comptes sociaux et la nomination de Jacques Barrot à la tête d'un grand ministère de la Santé et de la Sécurité sociale leur donnent le crédit politique pour opérationnaliser le mécanisme de « l'enveloppe globale ». Les regards sont alors tournés vers l'Allemagne où, en 1977, le gouvernement ouest-allemand initie une « Action concertée pour la Santé » qui vise à encadrer les négociations entre les caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives de la profession médicale de façon à caler l'évolution des dépenses de santé sur celle de la richesse nationale. Raymond Soubie et Bruno Durieux, respectivement conseillers social et économique au sein du cabinet de Raymond Barre, de même que Dominique Coudreau et Jean-François Chadelat, qui y officient en tant que conseillers techniques, travaillent en étroite coordination avec la Direction du Budget, et en particulier Jean Choussat. Toutes ces personnalités joueront les premiers rôles dans la politique de protection maladie au cours des décennies suivantes et défendront avec constance le projet

---

<sup>20</sup> Inspection Générale des Finances, *Note sur le financement des dépenses de santé*, 1979.

<sup>21</sup> Un « petit » risque (une maladie bénigne ou à un stade peu avancé), s'il n'est pas soigné ou s'il est pris en charge trop tard, pour des raisons financières notamment, peut devenir « gros », donc coûteux sans parler évidemment de l'impact sanitaire...

<sup>22</sup> JOBERT (Bruno) et THERET (Bruno), « France : la consécration républicaine du néolibéralisme », dans JOBERT (Bruno) (dir.), *Le tournant néolibéral en Europe*, Paris, L'Harmattan, 1994.

budgétaire. C'est eux qui initient l'idée de la Commission des comptes de la Sécurité, calquée sur le modèle de la Commission des Comptes de la Nation, à la fois pour clarifier des comptes sociaux qui sont l'objet de vives polémiques politiques et syndicales – autour du thème des « charges indues » notamment - mais aussi pour « donner un os à ronger » à des parlementaires qui réclament avec de plus en plus d'insistance un droit de regard sur des masses financières supérieures au budget de l'Etat<sup>23</sup>. Mais le test crucial de leur projet est la convention médicale, qui arrive à échéance en 1980. Le plan Barrot de juillet 1979 se révèle particulièrement rigoureux et exige que la prochaine convention comporte des mécanismes de régulation automatique aptes à garantir une progression des dépenses identique à celle du PIB. Dans la foulée, pour mener les négociations qui s'annoncent difficiles avec les syndicats de médecins, Dominique Coudreau est nommé directeur de la CNAMts<sup>24</sup>. Si les initiateurs allemands de l'Action concertée pouvaient s'appuyer sur la tradition corporatiste de cogestion de l'assurance maladie par des organisations représentatives de la profession médicale en situation monopolistique et les représentants des salariés et du patronat, le gouvernement français est, en revanche, confronté à une représentation médicale divisée, faible et arc-boutée sur la défense des principes de la médecine libérale<sup>25</sup>. Le principal syndicat de médecins libéraux, la CSMF, refuse de négocier dans le cadre fixé par le gouvernement et appelle à la manifestation en juin 1980. Celle-ci dégénère, certains manifestants étant « matraqués » par des CRS sur le pont Alexandre III, et contribue à dégrader les relations entre la profession et la majorité gouvernementale, alors que se profilent les élections présidentielles de 1981. Le contexte politique n'est, de surcroît, pas très favorable aux initiatives des budgétaires. Si les syndicats et l'opposition saisissent l'occasion pour dénoncer les coups portés par le gouvernement à l'héritage de 1945, les responsables du RPR profitent eux aussi de l'aubaine pour discréditer leurs rivaux de l'UDF et, dans le même mouvement, raffermir les liens électoraux qui unissent ce parti aux médecins. Attaqué de tous côtés, le mécanisme de l'enveloppe globale est abandonné après l'arrivée de la gauche au pouvoir avant d'avoir reçu un début de mise en œuvre. Il incarne désormais l'épouvantail de la « maîtrise comptable ».

#### *L'hôpital sous les fourches caudines du « budget global »*

Cependant, cette retraite n'est que tactique. S'il n'a pu être appliqué à une médecine libérale foncièrement hostile à toute immixtion des pouvoirs publics, la direction du Budget ne renonce pas à le mettre en œuvre dans le secteur hospitalier où l'Etat dispose des principaux leviers décisionnels. Malgré le resserrement du taux directeur, introduit en 1979, les dépenses hospitalières connaissent toujours une forte progression. La direction du Budget mobilise pour ce faire ses solides relais aux plus hauts niveaux politiques, et notamment au sein du cabinet du Premier ministre dont le conseiller social est traditionnellement issu de ses rangs. Une fois pris le tournant de la rigueur, il revient au directeur des Hôpitaux fraîchement nommé, Jean de Kervasdoué, de mettre en musique, à compter de 1984, la dotation globale de fonctionnement pour les établissements publics et privés à but non lucratif. Cette fois, l'entreprise sera couronnée de succès : les dépenses hospitalières ralentissent fortement, non sans effets pervers. Certes, comme l'avaient anticipé les budgétaires, la mise en place d'une contrainte budgétaire forte a infléchi, par pression « externe », les modes de prise en charge. La durée moyenne de séjour a chuté – les établissements n'ayant plus aucun intérêt à garder longtemps les malades hospitalisés comme sous le prix de journée – et les hôpitaux se sont engagés dans la recherche d'économies et de gains de productivité. Toutefois, le mécanisme du budget global a eu pour inconvénient majeur de figer les situations budgétaires des hôpitaux et par conséquent d'entériner les inégalités existantes tout en en générant de nouvelles puisque les ressources d'un hôpital ne sont pas fonction de son activité mais de

---

<sup>23</sup> SERRE (Marina), « La santé en comptes. La mise en forme statistique de la santé », *Politix*, 46, 1999, pp. 49 – 70.

<sup>24</sup> Il succède à ce poste à Christian Prieur, directeur de la CNAMts depuis sa création, en 1967, et lui aussi passé par la direction du Budget. On retrouvera cet énarque, conseiller maître à la Cour des Comptes, au moment de la rédaction du *Livre Blanc sur l'assurance maladie* de 1994 – qu'il co-rédige avec Raymond Soubie et Jean-Louis Portos – dont les préconisations influenceront fortement le plan Juppé de 1995 (voir *infra*).

<sup>25</sup> BRAS (Pierre-Louis), « Organisation des soins et régulation des dépenses ambulatoires : le rôle des syndicats médicaux », *Sève. Les Tribunes de la santé*, 18, 2008, pp. 47 – 56.

son budget passé : les établissements performants et donc attractifs sont donc pénalisés. C'est la raison pour laquelle le directeur des Hôpitaux lance, au même moment, le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) destiné à mesurer la productivité des établissements et à amender les dotations globales en fonction des résultats obtenus. Mais le projet connaît une carrière laborieuse, et s'enlise pour des raisons politiques, lors de la cohabitation de 1986 - 1988, alors que tout est techniquement prêt, dans les sables de l'administration de la santé<sup>26</sup>. Surtout, le rétrécissement des marges de manœuvre budgétaires ne va pas sans provoquer la dégradation du climat social dans les hôpitaux et l'on ne peut que remarquer que le premier grand mouvement social d'infirmières éclate en 1988, dans le sillage de la montée en charge du nouvel instrument de financement<sup>27</sup>. Les fortes tensions sociales induites par la dotation globale de financement incitent les directions hospitalières, avec l'appui des élus locaux largement représentés dans les conseils d'administration des établissements, à contourner autant que possible, par des stratégies politiques d'appel au centre, la rigueur budgétaire affichée par le gouvernement en obtenant de tutelles dispersées et relativement faibles des rallonges ou des dérogations aux indices de la carte sanitaire<sup>28</sup>. Dans ce jeu d'influence, les établissements qui peuvent profiter de protections politiques puissantes (en particulier les Centres hospitalo-universitaires) s'en tirent le mieux, aggravant ainsi les inégalités matérielles entre hôpitaux.

### *La normalisation budgétaire de la DSS*

L'on aurait pu croire que la logique budgétaire allait trouver à la direction de la Sécurité sociale des détracteurs résolus, selon l'opposition classique entre financiers et dépensiers. Cela n'a pas été le cas. Au contraire, la principale administration centrale du ministère des Affaires sociales va emboîter le pas de la direction du Budget et faire pleinement sien le projet de généralisation de l'outil « enveloppe globale ». Comment expliquer un tel enrôlement ? Commençons par souligner que si des tensions ont toujours existé entre ces deux directions, en particulier autour de l'exercice de la tutelle sur les caisses, la D(G)SS s'est néanmoins souvent posée à l'égard des autres directions ministérielles – en particulier la direction des hôpitaux et la direction générale de la Santé, plus en prises avec les groupes d'intérêt sectoriels – comme le lieu de la synthèse entre l'héritage de 1945 et les impératifs financiers. On a, en outre, signalé que la réforme de 1967 a marqué, à la faveur du renouvellement des cadres, une certaine normalisation de la DSS. A compter de cette date, les impératifs gestionnaires prennent peu à peu le pas sur la défense inconditionnelle des principes du plan français de Sécurité sociale. Le tournant de la rigueur de 1982 accentue la normalisation : la DSS devient avant tout une direction de financement et de maîtrise des dépenses. Dans un premier temps, elle ne peut faire autrement car elle est prise de court par l'inversion des objectifs de la politique économique et sociale. Administration sociale disposant de peu de moyens matériels, humains et d'expertise et travaillant dès lors dans l'urgence permanente, elle n'a pas pu se doter d'une doctrine alternative à celle élaborée par Jean Choussat à la direction du Budget. Le ministère des Affaires sociales s'est en effet construit après les grandes administrations étatiques, surtout à compter des années 1960, c'est-à-dire quelques années avant les premières mesures de rabotages des budgets ministériels. Par ailleurs, elle ne peut pas compter, comme la direction du Budget, sur une configuration ministérielle stable. Enfin, son image dans la haute fonction publique est passablement dégradée et les perspectives de carrière y sont assez limitées, tout comme d'ailleurs le niveau des rémunérations. L'essor des administrations centrales sociales a donc été contrarié, posant des problèmes de recrutement de cadres de « haut niveau » nécessaires pour renforcer une structure ne disposant pas historiquement de la force administrative et politique d'un grands corps. Son attractivité s'en est trouvée réduite, tout comme son prestige et donc sa capacité à s'imposer dans les arbitrages

---

<sup>26</sup> PIERRU (Frédéric), « 'L'hôpital-entreprise'. Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, 46, 1999, pp. 7 – 47.

<sup>27</sup> VOLOVITCH (Pierre), « Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ? », *Revue de l'IRES*, 31, 2006, p. 38 ; HASSENTEUFEL (Patrick), « Les automnes infirmiers (1988 – 1992) : dynamique d'une mobilisation », dans FILLIEULE (Olivier) (dir.), *Sociologie de la protestation. Les formes de l'action collective dans la France contemporaine*, Paris, L'Harmattan, 1993.

<sup>28</sup> ENGEL (François), MOISDON (Jean-Claude), TONNEAU (Dominique), « Contrainte affichée ou contrainte réelle ? Analyse de la régulation du système hospitalier français », *Sciences sociales et santé*, 8(2), 1990.

interministériels. Certains responsables administratifs ont pu d'ailleurs voir dans ce dénuement relatif le résultat d'une stratégie consciente d'un ministère des Finances soucieux de circonscrire l'influence d'une administration réputée perméable aux intérêts sectoriels<sup>29</sup>. La sous administration a été compensée par des cabinets souvent pléthoriques, où étaient recrutés *ad hoc* les compétences jugées nécessaires, et qui avaient alors tendance à court-circuiter leurs administrations centrales, y compris pour les affaires de gestion courante. L'omniprésence des acteurs politiques a entretenu un véritable cercle vicieux de la dévalorisation institutionnelle.

Dans un second temps, la DSS fait néanmoins de nécessité vertu. La politisation de la question des déficits sociaux et la montée en puissance de la problématique financière lui permettent de « décoller » et d'attirer à elle des énarques, pour certains issus des grands corps, principalement de la Cour des comptes, parfois des Finances elles-mêmes, au contraire d'autres administrations centrales comme la direction des Hôpitaux (territoire du corps des directeurs) ou de la DGS (monopole des médecins)<sup>30</sup>. Traditionnellement chasse gardée des conseillers d'Etat – les problèmes de Sécurité sociale étant d'abord appréhendés dans les termes du droit - le poste de directeur de la Sécurité sociale fait l'objet d'une conquête de la part des magistrats de la Cour des comptes qui banalisent dans cette administration la grille de lecture économique et financière<sup>31</sup>. Pour ces derniers aussi, imposer un cadre économique contraignant est une condition nécessaire pour inciter les acteurs à l'optimisation des dépenses. La DSS, en embrassant la problématique budgétaire, a certes renforcé son hégémonie sur les autres administrations centrales du secteur social, et a même accru son autonomie institutionnelle à l'égard des Finances ; mais cette autonomie institutionnelle se serait payée au prix fort de l'abandon d'une certaine forme d'autonomie intellectuelle ; elle aurait progressivement, selon Anne-Marie Brocas, administrateur civil passé par la Direction de la Prévision et ancienne sous-directrice à l'assurance maladie à la DSS, « *chaussé les bottes de Bercy* »<sup>32</sup>. L'emprise de la rationalité budgétaire ne se démentira pas par la suite. La double tutelle, à compter de 2007, du ministère du Budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat d'un côté, du ministère des Affaires sociales de l'autre, sur une DSS chargée de porter le PLFSS a couronné cette dynamique de normalisation budgétaire qui la pousse à reprendre à son compte le schéma des « enveloppes globales » défendu par les Finances. Cet enrôlement budgétaire de la DSS, jouant désormais le rôle de direction de synthèse à l'égard des autres administrations centrales du secteur social, nous a été confirmée à la direction du Budget elle-même :

*« On peut dire que la DSS a intégré la problématique budgétaire. (...) Ce qui est sûr est que ce qui a beaucoup changé pour la DSS est qu'elle a été investie d'une responsabilité financière. Il y a vraiment eu une décision à cette époque qui consistait à séparer la compétence financière entre d'un côté la direction du Budget et de l'autre la DSS, sur deux textes qui avaient leur identité, leur fonctionnement, leurs modalités de présentation totalement propres. Il n'y a pas de doute que dans le dialogue avec la DSS, on est face à des gens qui ont un peu plus conscience de la contrainte budgétaire que dans d'autres directions où là c'est le jeu de rôles entre celui qui a besoin de crédit et celui qui a le droit*

<sup>29</sup> De fait, lorsqu'il s'agira de renforcer les capacités d'expertise de l'Etat après les scandales sanitaires des années 1990, le ministère des Finances fera pression pour que les crédits soient alloués à des agences et non à une administration perçue comme « vieillot » et sclérosée.

<sup>30</sup> Pour quelques témoignages d'énarques ayant investi l'administration de la santé dans les années 1980 et 1990, lire LEFEBVRE (Etienne), « Les énarques », *Sève*, 10, 2006.

<sup>31</sup> La passation de pouvoir entre grands « anciens du social » issus du Conseil d'Etat et les nouveaux gestionnaires de la Cour des comptes n'a pas été sans susciter quelque ressentiment chez les premiers : l'un de leurs représentants éminents nous confiait au cours d'un entretien qu'il estimait que le thème typiquement gestionnaire des « gaspillages » et des « abus » porté par certains conseillers maître à la Cour des comptes relevait selon lui du sens commun sinon du café du commerce. Ce sont bien sûr deux façons de construire le secteur, l'une ancienne et juridique, l'autre nouvelle et gestionnaire et, plus fondamentalement, deux états du sous-champ de la haute fonction publique spécialisé dans le social qui s'affrontent alors. Sur les ressorts de cet engagement de conseillers maîtres à la cour des comptes dans un secteur social traditionnellement dévalorisé, cf. HASSENTEUFEL (Patrick) et al., *L'émergence d'une élite du Welfare*, op. cit. et HERVIER (Louise), « Le rôle des organismes de contrôle en matière d'évaluation. 1949 – 2007 : l'exemple de la Cour des comptes », *Informations sociales*, 150, 2009, pp. 44 – 55.

<sup>32</sup> BROCAS (Anne-Marie), « L'autonomie du ministère chargé des affaires sanitaires et sociale – Quelques réflexions à propos des travaux qui précèdent », *Revue française des affaires sociales*, 4, 2001, pp. 65 – 67.

*de ne pas les accorder. Donc on a des relations qui sont un peu différentes. La DSS est en effet une des directions qui a le plus intériorisé la contrainte budgétaire parmi nos interlocuteurs. (...) Le fait que la DSS soit chargée de boucler le budget de la Sécu la conduit naturellement à adopter le langage de la contrainte budgétaire auprès des collègues des autres administrations centrales. » (Sous-directeur, direction du Budget)*

Outre la faiblesse doctrinale – envers de ses carences en moyens humains et d’expertise - de l’administration sociale, l’outil budgétaire bénéficie d’atouts indéniables pour s’imposer sur le marché des idées bureaucratiques. En phase avec l’agenda politique sur le haut duquel est désormais inscrit la maîtrise des dépenses de santé, il repose sur un langage transversal et partagé permettant la coordination des différentes administrations centrales impliquées dans la régulation du secteur. De plus, il satisfait le goût technocratique pour la quantification et, surtout, promet un pilotage centralisé et quasiment automatique, dispensant un Etat décidé à prendre en mains l’épineux dossier de la maîtrise des dépenses de s’immiscer dans les affaires internes de la profession médicale. En creux, il profite de l’incapacité de l’organisation administrative à produire une réflexion transversale sur l’organisation des soins à laquelle seraient subordonnés le choix et les usages des outils de régulation : le projet de mise sous enveloppes, compartiment par compartiment, profession par profession, de l’ensemble du système de santé s’accommode d’un secteur institutionnellement très cloisonné. En retour, la prégnance l’outil budgétaire, à l’instar de l’outil planificateur défendu par la direction des Hôpitaux, condamne à la marginalité institutionnelle les problèmes et les solutions qui n’entrent pas dans sa logique ; en d’autres termes, elle produit de la non-décision<sup>33</sup>, comme par exemple la régulation de la démographie médicale<sup>34</sup>

:

*« On a été très dominé par les outils, les techniques de gestion administrative, qu’il n’y a donc pas eu de pensée permettant d’articuler ces divers outils et techniques. Si je caricature on a d’un côté des structures planificatrices qui ont l’impression que finalement l’horizon de leur action c’est d’arriver à tout planifier, à tout faire entrer dans leur schéma de planification, et les structures qui gèrent du budget comme la DSS veulent tout mettre sous enveloppe. Je pense qu’on arrive actuellement au bout... Ca a été un grand moteur de l’action administrative pendant des années, mais j’ai le sentiment que maintenant on est arrivé au point où, malheureusement, l’on constate que ces outils – on a aujourd’hui tout mis sous enveloppe ou quasiment, on a tout mis sous le régime de planification – n’ont pas permis de progresser dans l’organisation et la maîtrise des dépenses du secteur. (...) On a été défaillant en termes de projet d’organisation, de réflexion sur l’organisation des soins. Il y a eu là je pense un déficit. Il y a eu un investissement qui a été très très inégal entre l’investissement dans la conception d’outils budgétaires toujours plus raffinés et puis l’investissement dans un sujet qui, indépendamment même du financement, aurait été : comment organise-t-on les soins ? Comment forme-t-on les professionnels ? etc. » (Ancienne sous-directrice à l’assurance maladie de la DSS)*

De fait, la DSS et les cabinets ministériels successifs vont s’employer à étendre l’usage de l’instrument « enveloppe globale » qui va se décliner en techniques assez variées. La première moitié des années 1990 est le point d’orgue de la doctrine initiée par Jean Choussat à la fin des années 1970. On semble alors s’orienter, avec la création de l’ONDAM, vers la mise sous enveloppe de l’ensemble du système de santé, assortie de mécanismes quasi-automatiques de régulation, tandis que la fiscalisation des ressources de l’assurance maladie recueille un large consensus politique et que l’Etat s’affirme aux dépens des partenaires sociaux dans sa gestion. Le Plan Juppé tente ainsi de réaliser la synthèse entre la doctrine budgétaire et les vues plus « gestionnaires » des membres de l’élite du *Welfare* dont la DSS constitue le centre de gravité.

#### *Disqualification des recettes antérieures et dépolitisation de l’instrument budgétaire*

Signalant la dépolitisation de l’instrument budgétaire, défendu aussi bien par la direction du Budget que par la direction de la Sécurité sociale, ce sont les gouvernements Rocard du début des années 1990 qui tentent d’en élargir le champ d’application. La situation financière de la Sécurité

---

<sup>33</sup> BACHRACH (Peter) et BARATZ (Morton), « Decisions and Non-Decisions : an Analytical Framework », *American Political Science Review*, 57, 1963, pp. 632 – 647.

<sup>34</sup> DEPLAUDE (Marc-Olivier), *L’emprise des quotas. Les médecins, l’Etat et la régulation démographique du corps médical (années 1960 – années 2000)*, Thèse pour le doctorat de science politique, Université Paris I, 2007.

sociale s'annonce difficile, avec un retour dans le rouge après l'embellie de la fin des années 1980. La première piste est la réforme du financement, dont on considère qu'il ne doit plus porter exclusivement sur les salaires, et sur ce point le dossier semble ficelé<sup>35</sup>. Plusieurs options ont été envisagées depuis quinze ans. Dans un premier temps, dans les années 1970, une série de rapports ont étudié l'hypothèse de la substitution de la valeur ajoutée aux salaires comme assiette de financement. Mais celle-ci est écartée rapidement car, outre les importantes difficultés techniques qu'impliquerait cette substitution, une telle assiette pénaliserait les entreprises faisant un effort important d'investissement productif. Très rapidement, au début des années 1980, émerge donc l'hypothèse alternative d'un prélèvement fiscal à la source, proportionnel, sur tous les revenus et dont le produit serait affecté aux prestations sociales relevant du champ de la « solidarité » (famille). Le rapport du « Comité des sages », rédigé à l'occasion des Etats généraux de la sécurité sociale de 1987, évoque explicitement cette nouvelle ressource mais écarte la distinction solidarité/assurance au nom de l'unité et de l'autonomie de la sécurité sociale et de la spécificité de la gestion paritaire par rapport à l'Etat. Cette ressource nouvelle servirait plutôt le financement des déficits structurels des régimes de base. Si le principe de la CSG fait l'objet d'un assentiment politique large des partis de gouvernement, sur fond de diagnostic partagé sur les faiblesses et les effets économiques pervers du financement par cotisations sociales, les syndicats, hormis la CFDT, y sont majoritairement opposés<sup>36</sup>. Au niveau administratif, Dominique Libault<sup>37</sup> au sein d'un bureau de la DSS instruit le dossier tandis que la direction du Budget, de son côté, se montre, de façon prévisible, assez réticente à l'égard de l'hypothèse d'un prélèvement nouveau, de surcroît affecté à la Sécurité sociale, qui dispenserait des efforts nécessaires pour maîtriser la dépense. Néanmoins, les difficultés financières à venir de la Sécurité sociale inscrivent sur le haut de l'agenda politique la réforme du financement et la CSG est votée de justesse, à la fin de l'année 1990, dans un climat politique tendu entre rocardiens et mitterrandiens. Dans un premier temps, cependant, son produit, limité, est affecté à la branche considérée assez unanimement comme relevant du champ de la « solidarité », celle des prestations familiales. Ce n'est que dans un second temps, après la création des PLFSS, que la part salariale des cotisations maladie salarié sera progressivement basculée sur ce nouvel impôt<sup>38</sup>.

Parallèlement, Claude Evin, ministre délégué chargé de la Santé et de la protection sociale, puis, à compter, de juin 1988, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale tente de mener à bien le projet budgétaire. Le gouvernement d'ouverture entend alors rompre avec la logique du « Plan Séguin » de 1987, celle de la « maîtrise par la demande » (i.e., le transfert de charges de la Sécurité sociale vers les individus et leurs assurances maladie complémentaires<sup>39</sup>), imposée au ministre des affaires sociales par la conseillère sociale de Matignon, comme toujours venue du ministère du Budget alors dirigé par un « poids lourd » du RPR, Alain Juppé<sup>40</sup>. Les conséquences politiques de ce plan – jugé

<sup>35</sup> BARBE (André) et BRIET (Raoul), « Financement et régulation du système de protection sociale », *Revue française d'économie*, 3(1), 1988, pp. 51 - 80.

<sup>36</sup> PALIER (Bruno), BONOLI (Giuliano), « Entre Bismarck et Beveridge. « Crises » de la Sécurité sociale et politique(s) », *Revue française de science politique*, 45(4), 1995, pp. 668 - 699.

<sup>37</sup> Dominique Libault, énarque passé en tant que conseiller technique par le cabinet de Simone Veil, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la ville, a fait toute sa carrière à la DSS. Il en est le directeur depuis novembre 2002.

<sup>38</sup> VOLOVITCH (Pierre), « L'évolution des ressources de la protection sociale (1959 - 1999) », *Revue de l'IRES*, 37, 2001 ; Pour une lecture politiste de ces changements incrémentaux et cumulatifs, cf. PALIER (Bruno), « « Ambiguous Agreement, Cumulative Change : French Social Policy in the 1990s », dans STREECK (Wolfgang), THELEN (Kathleen) (eds), *Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press (N. Y.), 2005, pp. 127 - 144.

<sup>39</sup> Mesure particulièrement contestée, le plan Séguin supprime l'exonération de ticket modérateur pour les maladies dites « intercurrentes », c'est-à-dire non liées directement à une affection de longue durée (ALD) dont la liste est simultanément révisée : de nombreuses personnes, notamment âgées, souffrant d'une ALD se sont ainsi brutalement trouvées dans l'obligation d'acquiescer une assurance maladie complémentaire là où leurs dépenses étaient auparavant intégralement prises en charge par la Sécurité sociale.

<sup>40</sup> SEGUIN (Philippe), *Itinéraire d'en la France d'en bas, d'en haut et d'ailleurs*, Paris, Seuil, 2003, p. 316. Jean-François Chadelat est alors en charge des questions de Sécurité sociale dans le cabinet de Philippe Séguin.

drastique - sont tenues pour catastrophiques par la droite qui lui impute la défaire aux élections générales de 1988. A rebours du « Plan Séguin », le nouveau gouvernement socialiste estime donc que la maîtrise des dépenses de santé doit prioritairement être obtenue par une action déterminée sur l'offre de soins<sup>41</sup>. Cette fois, c'est l'acteur politique lui-même - une fois encore inspiré par une réforme allemande, la réforme dite Blüm de 1988 étendant le principe de l'Action concertée - qui pousse à l'introduction de techniques budgétaires du type « lettres clés flottante ». Du reste, le choix de cette orientation découle logiquement des deux objectifs que se donne le gouvernement de l'époque : maîtriser les dépenses de médecine de ville, en forte croissance, tout en refusant la déconnexion croissante entre dépenses et remboursements des assurés sociaux. Le *timing* est idéal pour ce faire puisque la négociation conventionnelle s'ouvre en 1990, la convention médicale de 1985 arrivant à échéance.

### I. Le déploiement de l'instrument budgétaire aux prises avec les institutions de l'Etat social français : l'échec de l'ONDAM

L'idée de fixer des objectifs de dépense pour la médecine de ville s'attire immédiatement, comme en 1979, les foudres d'une partie de la frange la plus libérale du syndicalisme médical mais aussi de certains hospitaliers. Le projet de convention, qui prévoit la fixation de références nationales d'évolution des dépenses, est rejeté une nouvelle fois, aussi bien par la traditionnelle CSMF que par le tout nouveau syndicat de généralistes MG-France, dont la représentativité vient d'être reconnue. Comme en 1980, l'idée de plafonner les dépenses maladie achoppe sur l'identité libérale et le pluralisme syndical de la médecine de ville. Le gouvernement décide alors d'« encercler »<sup>42</sup> le corps médical en mettant sous enveloppe les professions prescrites. La nomination de Bruno Durieux, en octobre 1990, au poste de ministre délégué - et d'« ouverture » - à la Santé atteste de la continuité de la politique de protection maladie : polytechnicien, ancien élève de l'ENSAE et inspecteur général des Finances, il est aussi, on l'a vu, un ancien conseiller économique au cabinet de Raymond Barre où il a contribué à promouvoir le mécanisme des enveloppes. Un premier accord est signé en 1991, au prix de conflits homériques<sup>43</sup>, avec les syndicats de biologistes. Il introduit une enveloppe globale adossée sur un mécanisme de lettre-clé flottante (le tarif du « B » varie en sens inverse du nombre d'actes de biologie de façon à tenir dans l'enveloppe définie *a priori*). Un autre accord est obtenu avec les cliniques privées : un « objectif quantifié national » (OQN) de progression des dépenses est négocié chaque année, avec des mécanismes automatiques de régulation des tarifs. Vient ensuite, alors que le gouvernement a changé, le tour des infirmières libérales (1993) puis des masseurs-kinésithérapeutes (1994)<sup>44</sup>. Cependant, la stratégie gouvernementale échoue à nouveau pour les médecins : des manifestations massives des professionnels de santé assurent le succès d'une démarche concurrente à celle des enveloppes globales, dite de « maîtrise médicalisée », promue au même moment par la direction de la CNAMts, alors soucieuse de se démarquer du gouvernement. La maîtrise « médicalisée » renonce à instaurer une contrainte macroéconomique au profit de la définition de « références médicales opposables » et d'innovations du type carnet de santé visant à garantir le « bon usage des soins »<sup>45</sup>.

Ces échecs répétés de la mise en budget de la médecine de ville sont insuffisants pour affaiblir l'attrait de l'instrument budgétaire. La grave récession de 1993 - 1994 fait plonger les comptes de l'assurance maladie dans le rouge et les besoins de financement chroniques. La Sécurité sociale entre

---

<sup>41</sup> Didier Tabuteau, alors directeur de cabinet de Claude Evin, considère rétrospectivement ce plan et la polémique qu'il a soulevée comme constitutifs d'une rupture pour la politique de santé en ce sens qu'ils ont disqualifié, au cours de la décennie suivante, la maîtrise des dépenses par l'augmentation du reste à charge. TABUTEAU (Didier), « Du plan Séguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », *Sève. Les tribunes de la santé hors série*, septembre 2010, p. 11.

<sup>42</sup> VOLOVITCH (Pierre), « Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ? », art. cit.

<sup>43</sup> Lire le récit du journaliste LEPINAY (Michel), *Sécu. Faillite sur ordonnance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991.

<sup>44</sup> Un premier accord, mort-né, avait été signé en 1991.

<sup>45</sup> SERRE (Marina), *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé, du mot d'ordre à la loi Teulade*, Mémoire pour le DEA de science politique de l'Université Paris I sous la direction de Michel Offerlé, septembre 1995.

dans l'ère de l'endettement au moment où la France s'engage dans la discipline monétaire et budgétaire du traité de Maastricht. Dans ce contexte budgétaire très tendu, à l'instigation de Raoul Briet, soutenu par Matignon et le ministre de la Santé barriste Bruno Durieux, une commission chargée de réfléchir à l'avenir de l'assurance maladie est mise en place au Commissariat Général au Plan. Comme souvent, ce type de commission ne fait pas table rase du passé ; elle vise plutôt à faire un bilan des politiques antérieures ainsi qu'un état des lieux des instruments et des idées pour en proposer une synthèse cohérente et, surtout, administrativement viable et politiquement « réaliste ». Or, des idées disponibles, il en existe peu sur le marché. Parmi les principales, on trouve la fiscalisation partielle des recettes, les protocoles de « bon usage des soins » de la « maîtrise médicalisée », les enveloppes globales de sa rivale « comptable », en sus des réflexions plus institutionnelles sur les modalités de clarification des responsabilités respectives de l'exécutif, du Parlement et des partenaires sociaux ou encore sur le rôle de la région comme territoire pertinent pour piloter l'action publique. Les options réformatrices les plus décalées par rapport aux paramètres institutionnels posés en 1945 ont été progressivement disqualifiées au cours des quinze dernières années (la mise en concurrence de l'assurance maladie avec les organismes complémentaires sur le modèle américain, la décentralisation de la politique de santé version scandinave, la centralisation étatique à la britannique). De fait, les travaux de cette commission, présidée par Raymond Soubie, ancien conseiller social de Raymond Barre, vont déboucher sur une synthèse des thèses défendues par les budgétaires d'un côté, par l'élite du *Welfare* de l'autre<sup>46</sup>. Les premiers ne renoncent pas à l'idée de boucler macro-économiquement l'offre de soins de façon à ce que les dépenses ne dépassent pas par rapport au PIB. Des avancées notables ont été réalisées sur ce front, au prix de conflits parfois épiques : l'hôpital, les cliniques et quelques professions « prescrites » sont désormais soumis à des mécanismes de type enveloppe globale. Mais la médecine libérale fait encore de la résistance. Le projet de budgétisation est partagé par les « gestionnaires du social », issus principalement de la Vème Chambre de la Cour des comptes et, à un degré moindre, de l'IGAS. Patrick Hassenteufel et son équipe ont, en effet, montré que ces derniers constituent un petit groupe informel mais homogène, soudé autour de ressources similaires (notamment le passage par les cabinets et les postes clés du secteur) et de quelques idées rectrices, un « référentiel » partagé : l'Etat doit jouer les premières rôles dans le pilotage des politiques sociales ; la contrainte budgétaire est incontournable ; il faut cibler les prestations sociales sur les plus démunis<sup>47</sup>. Afin de conquérir leur autonomie par rapport à la direction du Budget et s'imposer dans les luttes bureaucratiques dont l'orientation des politiques sociales est l'enjeu, ils intègrent donc l'impératif financier mais en le mettant au service de la problématique de l'efficacité des dépenses. Dès lors, selon ces hauts fonctionnaires, l'opposition entre « maîtrise comptable » et « maîtrise médicalisée » que les syndicats de médecins ont réussi à imposer aux décideurs politiques et aux partenaires sociaux, est complètement artificielle, pour ne pas dire idéologique : sans contrainte budgétaire, point d'incitation à l'efficacité des pratiques. A la différence des « budgétaires », les « sociaux » estiment que l'Etat a un rôle décisif à jouer dans la rationalisation (industrielle) de la médecine et son instrumentation. C'est aux pouvoirs publics que revient la tâche de promouvoir de nouvelles formes, plus coordonnées et collectives, en un mot, plus « intégrées », d'exercice de la médecine et d'initier la standardisation des pratiques professionnelles, en lien avec les organisations médicales (sociétés savantes, ordre, syndicats) et les partenaires sociaux<sup>48</sup>.

Le volet assurance maladie du plan Juppé, issu pour l'essentiel du répertoire d'action publique élaboré dans le cadre de la commission Soubie, fait donc la synthèse entre les préconisations des budgétaires et des sociaux<sup>49</sup>. Si le rôle des partenaires sociaux semble, pour le moment, sauvegardé (et pour certains renforcé), l'Etat n'en affirme pas moins ses prétentions de pilotage du secteur. Pour ce qui nous intéresse ici, le plan introduit une contrainte budgétaire globale sur le système de santé, avec

---

<sup>46</sup> BRAS (Pierre-Louis), TABUTEAU (Didier), « Santé 2010 », un rapport de référence pour les politiques de santé », *Sève. Les tribunes de la santé*, 25, 2009, pp. 1 - 15.

<sup>47</sup> HASSENTEUFEL (Patrick) et al., *L'émergence d'une élite du Welfare ?*, op. cit.

<sup>48</sup> BENAMOUZIG (Daniel), PIERRU (Frédéric), « Le professionnel et le « système ». L'intégration institutionnelle du monde médical », *Sociologie du travail*, à paraître 2011.

<sup>49</sup> Pour une analyse de cette période clé, cf. Hassenteufel (Patrick), *Les médecins face à l'Etat*, op. cit.

l'ONDAM, voté chaque année par le Parlement dans le cadre des LFSS qui, selon l'article 34 de la loi constitutionnelle du 22 février 1996, « *déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent des objectifs de dépenses, dans les conditions prévues par une loi organique (...).* » Cette innovation institutionnelle majeure, consacrant donc une démarche engagée depuis la fin des années 1970, est présentée comme une avancée démocratique avant d'être un succès des budgétaires. En effet, jusque 1996, l'exécutif détenait les principaux leviers de décision financiers que sont la fixation des taux de cotisation et de remboursement. C'est ainsi que les nombreux plans de redressement des comptes qui se sont succédé au cours des vingt dernières années avaient été arrêtés dans le secret des cabinets ministériels et des arbitrages interministériels, souvent pendant les vacances estivales, de façon à esquiver les coûts politiques attachés à des mesures perçues comme impopulaires. L'ordonnance portant réforme de la Constitution introduit le Parlement dans le processus décisionnel, celui-là n'ayant pas ménagé ses efforts pour obtenir un tel droit de regard sur des masses financières supérieures au budget de l'Etat depuis les années 1960. On l'a vu, la création, en 1979, de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, dans laquelle siègent des députés et des sénateurs, avait constitué une première réponse à cette exigence d'association des parlementaires. Comment expliquer cette autolimitation de ses prérogatives par l'exécutif ? La principale raison est la nécessité de donner à la contrainte budgétaire introduite par l'ONDAM une légitimité démocratique afin d'en asseoir l'autorité sur les nombreux et souvent puissants groupes d'intérêt qui ne manqueront pas de manifester leur opposition aux tentatives de limitation de leurs revenus et profits<sup>50</sup>.

S'il n'est pas possible de développer plus avant, il convient de souligner les fortes contraintes, institutionnelles et politiques, pesant sur le travail parlementaire relatif au PLFSS. Son contenu est, en effet, élaboré par le cabinet du ministre des Affaires sociales, qui négocie avec les principaux groupes d'intérêt, en lien avec la Direction de la Sécurité sociale. De ce jeu de « *mayonnaise sociale* », selon les termes d'un ancien directeur de cabinet, de ce patient « *travail de Pénélope* », il résulte un fragile « *construction pyramidale* » qu'il est impossible de remettre en cause au moment du vote parlementaire. De surcroît, en matière financière, le droit d'amender est strictement encadré par les dispositions de l'article 40 de la Constitution : les parlementaires ne peuvent introduire des mesures qui aboutiraient à majorer le montant de l'ONDAM. Ensuite, ne peuvent figurer dans les LFSS que des dispositions ayant un effet direct sur la Sécurité sociale ou ayant trait à la gestion des risques ou à l'organisation des régimes de Sécurité sociale. Le temps consacré à l'examen d'un texte réputé très technique et rébarbatif est très court, plus encore à l'Assemblée qu'au Sénat. Enfin, le peu de goût des parlementaires pour les sujets sociaux, dévalorisés, qui restent le monopole d'une poignée de spécialistes partisans, finit de limiter l'ouverture démocratique que constituerait le vote du PLFSS<sup>51</sup>.

#### *La neutralisation par la profession médicale de la portée budgétaire de l'ONDAM*<sup>52</sup>

Redistribuer – en théorie donc – les compétences entre l'exécutif et le législatif afin de permettre au second le droit de voter un « objectif de dépenses » sur la base de « prévisions de recettes » ne suffit pas à conférer à l'ONDAM une portée budgétaire *stricto sensu*<sup>53</sup>. Celle-ci suppose en sus l'idée d'enveloppe limitative et contraignante. Telle est l'ambition initiale du plan Juppé qui, conformément à la doctrine Choussat, tente de garantir le respect de l'objectif voté par des mécanismes de sanction quasiment automatiques prévoyant le reversement par les médecins libéraux – les médecins hospitaliers

---

<sup>50</sup> ROQUES (Xavier), « Le Parlement et le contrôle des finances de la Sécurité sociale », *Droit Social*, 3, 1996, pp. 290 - 299.

<sup>51</sup> BEAUSSIER (Anne-Laure), « Le Parlement français, acteur renouvelé des politiques d'assurance maladie ? », *Pôle Sud*, 28, pp. 35 - 53.

<sup>52</sup> On consultera les cinq indispensables *Carnets de santé de la France*, édités par l'ancien directeur des hôpitaux Jean de Kervasdoué pour le compte de la Mutualité. KERVASDOUE (Jean de) (dir.), *Carnet de santé de la France en 2000*, Paris, Syros et Mutualité française, 2000.

<sup>53</sup> PHILIP (Loïc), « Nouvelles réflexions sur la nature et le devenir des lois de financement de la Sécurité sociale », *Droit social*, 9/10, 1997.

ne sont pas concernés puisque déjà soumis au budget global depuis 1984 – des honoraires trop-perçus et d'une fraction des prescriptions dépassant le sous-objectif concernant les prescriptions. Un décret de 1996 précise ainsi les modalités des sanctions financières – par spécialité et par région – qui sont actées, en 1997, par deux conventions médicales, l'une signée par le syndicat MG France pour les généralistes, l'autre par un syndicat très minoritaire – l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCSSF) – pour les spécialistes. Le Plan Juppé constitue donc le dernier avatar de l'ambition budgétaire : il introduit une enveloppe globale – l'ONDAM – dont le champ couvre, et c'est la nouveauté, l'ensemble des compartiments – les sous-objectifs de l'ONDAM – du système de santé français. Le fardeau de l'ajustement financier pèse sur les épaules des médecins, conformément à l'hypothèse de Jean Choussat (et de nombre d'économistes de la santé) selon laquelle c'est l'offre de soins qui crée la demande ; si l'on veut maîtriser les dépenses de santé, il faut changer les incitations auxquelles sont confrontés les médecins. Comme dans le cas de la médecine hospitalière, en introduisant un bouclage macroéconomique des dépenses de médecine de ville, les réformateurs tentent de provoquer un changement en faveur de pratiques plus économes des deniers publics. De surcroît, l'action sur l'offre de soins est d'autant plus justifiée... qu'il semble difficile de procéder autrement : en effet, il ne peut y avoir *a priori* de limitation de la dépense des organismes sociaux du fait de l'obligation de la Sécurité sociale de couvrir toute dépense née de la réalisation d'un risque social subi par les assurés sociaux. L'héritage bismarckien, fondé sur le principe consacré par le Conseil constitutionnel selon lequel est attaché aux « cotisations sociales versées aux régimes obligatoires de Sécurité sociale l'effet d'ouvrir vocation à des droits à des prestations sociales au profit de celui qui s'acquitte du paiement de ces charges »<sup>54</sup>, écarte d'emblée la possibilité d'un budget limitatif à la « Beveridge ». La visée budgétaire initiale de l'outil ONDAM (et, plus généralement, du PLFSS) est, en outre, attestée par la volonté des commissions des finances des deux Assemblées de s'arroger la compétence sur le champ des finances sociales aux dépens des commissions des affaires sociales. Si ces dernières l'emportent finalement, les commissions des finances ne désarment pas et tentent régulièrement des incursions sur le territoire des « sociaux ». En 2005 encore, lors du vote de la loi organique modifiant les LFSS (LOLFSS) dans le but de répondre aux critiques récurrentes des parlementaires à l'égard d'un texte mal structuré et insuffisamment lisible, la commission des finances du Sénat tente de le récupérer, arguant du fait en particulier que les cotisations maladie salarié ont été basculées, par un gouvernement de droite puis de gauche, sur la CSG entre 1996 et 1998 et que les recettes sont donc partiellement fiscalisées.

Une fois encore, les paramètres historiques du système de santé français vont venir contrarier la rationalité budgétaire<sup>55</sup>. La sanction est d'abord politique et elle est infligée par les médecins libéraux : après le vaste mouvement social de novembre-décembre 1995, la dissolution de l'Assemblée nationale, décidée par le Président de la République, est l'occasion d'une forte mobilisation des syndicats de médecins libéraux, unis dans un « front libéral » dont les porte-parole mobilisent tout le répertoire d'action collective de la profession, des manifestations aux campagnes d'affichage dans les cabinets médicaux en passant par la présentation de candidats contre les députés sortants ayant apporté le plus bruyamment leur soutien à la réforme de l'assurance maladie. La défaite de la majorité, au terme des luttes d'interprétation auxquelles tout scrutin donne lieu, va être largement imputée par les élus – de droite comme de gauche d'ailleurs – à la réaction d'un corps médical se sentant trahi par ceux qu'il considérait être ses représentants « naturels »<sup>56</sup>. Tous les parlementaires rencontrés évoquent cette période comme un « traumatisme » durable pour les partis de droite, ayant appris à cette occasion que « les médecins sont à la droite ce que les enseignants sont à la gauche »

A partir de 1997, les leaders des partis de droite – dont Alain Juppé – vont à Canossa et promettent aux syndicats de médecins qu'« il y aura plus jamais de plan Juppé ». La seconde réaction

---

<sup>54</sup> Décision n°93-325 du 13 août 1993.

<sup>55</sup> HASSENTEUFEL (Patrick), « le premier septennat du plan Juppé : un non-changement décisif », dans KERVASDOUE (Jean de) (dir.), *Carnet de santé de la France 2003*, Paris, Dunod, pp. 121 – 147.

<sup>56</sup> PIERRU (Frédéric), « Un mythe bien-fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée Nationale », *Sève. Les tribunes de la santé*, 14, printemps 2007, pp. 73 - 83.

médicale, juridique celle-là, vient d'ailleurs définitivement écarter le spectre d'un éventuel retour de la « maîtrise comptable ». Le « front libéral » réussi à faire annuler par le Conseil d'Etat, en juin et juillet 1998, les arrêtés approuvant les deux conventions, celle des spécialistes pour représentativité insuffisante du seul syndicat signataire, et celle des généralistes pour rupture d'égalité devant les sanctions puisque selon le niveau d'activité de la zone d'exercice, le médecin, individuellement, pourra ou non avoir une forte activité (forte dans les zones à faible activité et faible dans les zones à forte activité). Le cabinet de Martine Aubry remet sur le métier le travail initié par la majorité précédente dans le cadre d'un PLFSS 1999 très axé « santé/assurance maladie », soulignant à nouveau combien le projet budgétaire transcende le clivage gauche/droite. Les syndicats de médecins se plaisent à railler alors le plan « Jubry » pour dénoncer la permanence de la « maîtrise comptable ». Le nouveau mécanisme de sanction financière supprime la régionalisation des versements au profit de leur individualisation en fonction du niveau de revenu des médecins et de l'appartenance au secteur II. Saisi par les députés de droite, soucieux de montrer qu'ils ont retenu la leçon de la sanction électorale de 1997, le Conseil constitutionnel annule la nouvelle mouture en arguant du fait qu'il n'y a désormais plus de relation entre le niveau de l'activité du médecin et le calcul des versements. Le PLFSS 2000 tente à nouveau d'instaurer le mécanisme des « lettres clés flottantes » assorties de dispositif de récupération quasi automatique de tout dépassement en volume des actes, via la réduction de leur valeur unitaire. Une fois encore la contrainte politique désamorce l'instrument : la CNAMts, constant d'importants dépassements en médecine de ville, tente de le mettre en œuvre, bien que partiellement, mais se voit découragée de le faire par... le gouvernement lui-même<sup>57</sup>.

#### *De la budgétisation à la sémantique politique*

Comme en 1980, puis au début des années 1990, la mécanique budgétaire, pourtant mise au point en secret par le Premier Ministre lui-même entouré de quelques membres de l'élite du *Welfare*, donc forte du crédit politique de l'exécutif, s'enraye devant les obstacles institutionnels et politiques posés par l'histoire conflictuelle de la médecine libérale et de l'Etat ainsi que par le choix du plan français de 1945 en faveur d'un régime d'assurances sociales ouvrant des droits contre le versement de cotisations. L'ONDAM n'est dès lors plus adossé à des mécanismes de régulation garantissant son respect et seuls quelques compartiments de l'offre de soins, surtout l'hôpital public, demeurent soumis à une contrainte budgétaire stricte<sup>58</sup>. Les compartiments les plus « privés » semblent, quant à eux, devoir toujours se dérober à l'emprise d'un instrument qui fonctionne dans le cadre d'une médecine largement fonctionnarisée (solution envisagée, on l'a vu, de longue date par la direction du Budget) ou de relations de type corporatiste à l'Allemande entre l'Etat et la profession médicale. L'ONDAM est donc ravalé au rang de simple « curseur »<sup>59</sup>, « vœu », de « signal », d'« instrument de sémantique politique »<sup>60</sup> indiquant, par le taux de progression affiché, la détermination des pouvoirs publics à maîtriser les dépenses de santé à destination des acteurs du système de santé et de la Commission et des partenaires européens :

*« C'est un signal envoyé aux acteurs (...). On pensait que ce signal là produirait des effets. Bon ça c'était à l'époque. Maintenant avec le comité d'alerte, la contrainte se matérialise... Mais à l'époque, il n'y avait même pas le comité d'alerte. A l'époque, ça n'était que du volontarisme. Ce volontarisme avait un autre destinataire qui était Bruxelles. Si Matignon arbitrait dans le sens du Budget, ça n'était pas qu'il croyait que... Je ne suis même pas sûr que le Budget croit que le fait de fixer l'ONDAM à 3% va permettre de le réaliser, mais c'est un affichage vers Bruxelles. Sur le*

<sup>57</sup> JOHANET (Gilles), « L'échec de la régulation », *Sève. Les tribunes de la santé*, 20, 2006, pp. 97 - 110.

<sup>58</sup> Non sans effets pervers d'ailleurs : ainsi, alors que les hôpitaux sont, depuis 2004, financés en fonction du niveau et de la nature de leur activité selon le mécanisme de la tarification à l'activité (T2A), ils n'en demeurent pas moins soumis à un sous-objectif contraignant de l'ONDAM. Autrement dit, d'un côté, les hôpitaux sont incités par la T2A à augmenter leur productivité mais, de l'autre, une activité trop importante se traduit par une baisse du tarif versé par la tutelle pour chaque type de séjour. PIERRU (Frédéric), « Un instrument de gestion controversé : la tarification à l'activité à l'hôpital », *Regards sur l'actualité*, 352, 2009, pp. 32 - 45.

<sup>59</sup> L'expression est de PELLET (Rémi), « Les lois de financement de la Sécurité sociale », dans MONTALEMBERT (Marc de) (dir.), *La protection sociale en France*, Paris, La documentation française, 2005, pp. 97 - 102.

<sup>60</sup> Ces expressions sont revenues régulièrement au cours des entretiens réalisés.

*budget de l'Etat, tu ne peux pas trop faire de l'affichage parce que ce que tu votes a des conséquences immédiates et c'est beaucoup plus suivi. Il n'y a qu'un domaine où on pouvait se dire : bon, je mets 2 ½ et si c'est 5% de toute façon ça ne craindra rien... Et donc, pour Maastricht, on faisait des projections sur l'ONDAM, pour satisfaire Maastricht.* » (Ancien DSS et membre de cabinet du ministre des Affaires sociales)

L'ONDAM affiché produit au mieux un « effet psychologique » temporaire sur les acteurs du système de santé – patients, professionnels - qui a pu être observé après l'annonce de plusieurs plans de redressement des comptes de la Sécurité sociale : la dramatisation de l'état des comptes sociaux et la fermeté affichée par le gouvernement à les redresser induisent un ralentissement des dépenses d'assurance maladie<sup>61</sup>. Néanmoins cet effet est de courte durée et, quelques mois après, le taux de croissance des dépenses repart sur son trend historique. Ainsi, en 1997, dans le sillage du plan Juppé, l'ONDAM est respecté, mais il ne le sera plus les années suivantes<sup>62</sup>.

Montant de l'ONDAM voté et réalisé en milliard d'euros<sup>63</sup>

|               | 1997 | 1998 | 1999 | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  | 2008  |
|---------------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ondam voté    | 91.5 | 93.6 | 96.0 | 100.4 | 105.7 | 112.8 | 123.5 | 129.7 | 134.5 | 140.7 | 144.8 | 152.1 |
| Ondam réalisé | 91.4 | 95.1 | 97.6 | 103.0 | 108.8 | 116.7 | 124.7 | 131.0 | 134.9 | 141.8 | 147.7 | 152.8 |
| Dépassement   | -0.1 | 1.5  | 1.6  | 2.7   | 3.1   | 3.9   | 1.2   | 1.3   | 0.4   | 1.2   | 2.9   | 0.8   |

Le dépassement est particulièrement marqué entre 2000 et 2002 (mais aussi en 2007) notamment en raison de décisions politiques (la RTT à l'hôpital, les revalorisations des tarifs des consultations de 2001) qui ont nourri une dépense déjà dynamique. La crédibilité de l'outil ONDAM est alors sérieusement mise à mal. Les parlementaires, de droite surtout mais pas seulement, sensibles aux revendications médicales, plaident régulièrement pour une « médicalisation » de l'ONDAM qui devrait être selon eux construit non à partir d'objectifs macroéconomiques déconnectés des réalités sanitaires mais en fonction des « besoins » de la population. Les dépassements seraient, de ce point de vue, dus à des objectifs de dépenses « irréalistes », le gouvernement voulant montrer une fermeté de bon aloi. La mise en place, en 2004, d'une procédure d'alerte débouchant sur la mise en œuvre de mesures d'économies en cas de dépassement trop marqué de l'ONDAM voté – elle sera activée en 2007 – pose avec acuité la question du « réalisme » de ce dernier. Les partisans de la rationalité budgétaire récusent, quant à eux, à la fois l'idée qu'il pourrait exister une « maîtrise médicalisée » sans contrainte budgétaire et la pertinence même de la notion de « besoin », laquelle ne serait qu'un masque de santé publique dissimulant les intérêts économiques de la profession médicale<sup>64</sup>. Ils dénoncent tout autant les manipulations dont l'ONDAM est l'objet de la part de certains gouvernements désireux d'afficher à tout prix des résultats en matière de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Il faut dire que celle-ci est devenue au fil du temps l'un des principaux indicateurs de l'efficacité gouvernementale, à l'instar des chiffres du chômage. L'eupéanisation de la politique budgétaire et la politisation du « trou de la Sécu »<sup>65</sup> incitent donc à jouer et à se jouer de l'instrument par diverses techniques : ainsi celle dite de « rebasage » qui consiste à remplacer l'ONDAM voté par l'ONDAM effectivement réalisé l'année précédente – le second étant toujours supérieur au premier – comme base de référence pour l'année suivante, évitant ainsi d'ajouter un dépassement à un autre dépassement prévisible ; celle qui s'efforce d'occulter d'une année sur l'autre la levée de recettes ponctuelles (dites « de poche », comme les taxes sur les organismes complémentaires) ou la réduction des remboursements (franchises, forfaits, tickets

<sup>61</sup> TABUTEAU (Didier), *Les contes de Ségur. Les coulisses de la politique de santé*, Paris, Ophrys Santé, 2006, p. 217.

<sup>62</sup> Commission des comptes de la Sécurité sociale, *Regards sur 12 ans d'ONDAM (1997 – 2008)*, 14, 2009.

<sup>63</sup> Source : PLANEL (Maurice-Pierre), « Le Parlement et les politiques de santé », art. cit., p. 364.

<sup>64</sup> DEPLAUDE (Marc-Olivier), « Une fiction d'institution : les « besoins de santé de la population » », dans GILBERT (Claude) et HENRY (Emmanuel) (dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte/Pacte, 2009, pp. 255 – 272.

<sup>65</sup> DUVAL (Julien), « Une réforme symbolique de la Sécurité sociale. Les médias et le « trou de la Sécu » », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, 2002, pp. 53 – 67.

modérateurs); ou encore la reprise par la CADES des déficits accumulés<sup>66</sup>. En résumé, pour ces thuriféraires de l'outil budgétaire, dès lors que l'on ne peut plus agir, faute d'avoir su ou pu se doter, par « manque de courage politique », d'instruments de régulation viables, sur les causes de la fièvre « dépenrière », il ne reste plus qu'à manipuler le thermomètre. L'ONDAM, devenu simple « curseur », se retrouve donc naturellement pris dans les luttes politiques dont la définition de la situation des finances sociales est l'enjeu et perd ainsi toute signification économique et budgétaire.

## II. Un effet induit du processus de budgétisation : la structuration d'un champ original des finances publiques

Le démantèlement des mécanismes de régulation servant à garantir le respect de l'ONDAM et la politisation de ce dernier signent-ils l'acte de décès du projet budgétaire formulé à la fin des années 1970 ? Le récit des échecs répétés des enveloppes globales, hormis dans le secteur hospitalier, pourrait le croire. Cependant, les leçons tirées de ces tentatives avortées sont différentes selon les budgétaires ou les « sociaux ». Les seconds ont, dans une large mesure, « chaussé les bottes » des premiers, la direction du Budget ayant réussi à imposer, grâce à son antériorité, sa doctrine. La DSS a certes gagné en autonomie institutionnelle à l'égard des Finances et s'est imposée, grâce au PLFSS, comme la direction du « Budget social » au sein du Ministère des Affaires sociales, mais certainement au prix d'une perte d'autonomie intellectuelle qui l'a conduite à investir énormément de temps et d'énergie dans la mise au point de mécanismes de régulation de type budgétaire. Inversement, la direction du Budget s'est ouverte quelque peu aux problématiques gestionnaires de la « maîtrise médicalisée » et de l'optimisation des dépenses de santé défendus par les membres de l'élite du *Welfare*. Le rapprochement des points de vue a été indéniablement asymétrique. Pour autant, il semble que le devenir des finances sociales soit l'objet d'un désaccord sérieux entre les directions centrales. Le projet budgétaire a en effet induit une innovation décisive : le champ des finances sociales - encore embryonnaire au début des années 1980, lorsque les comptes sociaux étaient rudimentaires, et, de ce fait, régulièrement politisés - a été progressivement défini et précisé. L'un des principaux enjeux de lutte entre budgétaires et sociaux porte sur la nature et l'autonomie de ce nouveau champ des finances publiques par rapport aux finances de l'Etat.

*Perserverare diabolicum : le projet de fusion LFSS/LF*

Il y a d'abord deux points de friction récurrents. Le premier concerne les leviers d'action. Classiquement, pour les budgétaires, le retour à l'équilibre des comptes sociaux doit d'abord se faire par une action résolue sur la dépense sans lever de nouvelles recettes et, *a fortiori*, sans recourir à l'emprunt, repoussoir absolu en matière de financement des dépenses dites « de fonctionnement ». En ce sens, la publicité donnée aux déficits sociaux, avec la publication des rapports de la Commission des comptes ou de la Cour des comptes, fait œuvre de pédagogie à l'égard des acteurs du système de santé et, plus largement, de l'opinion publique. L'ampleur des déficits sociaux crédibilise la démarche, toujours politiquement difficile à faire admettre, de maîtrise des dépenses. Paradoxalement, c'est cette seule raison « politique » qui fait hésiter les acteurs budgétaires à fusionner la LFSS avec la LF : la préservation de l'autonomie des comptes sociaux permet, conformément à l'inspiration de la réforme de 1967, de clairement identifier les sources des déficits. Les sociaux, de leur côté, s'ils se distinguent par une réflexion sur l'optimisation de la dépense, ne ferment pas *a priori* la porte à la hausse des prélèvements, dans la mesure où la croissance des dépenses sociales est structurellement plus rapide que la richesse nationale. Le maintien d'un niveau élevé de socialisation des risques suppose un tel ajustement des recettes. Le second point de divergence concerne les relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale, dont le thème des « charges indues » a été, à partir des années 1960, le terrain préféré

---

<sup>66</sup> Sur ces stratégies de manipulation de l'outil et leur critique acérée, cf. KERVASDOUE (Jean de), PELLET (Rémi), ULMANN (Philippe), « Economie et politique de santé de l'année 2002 : une année électorale sans débat politique », dans KERVASDOUE (Jean de) (dir.), *Carnet de Santé 2003*, Paris, Dunod, pp. 82 - 85 et, du même auteur, « Economie et politique de santé. 2006 - 2009 », dans KERVASDOUE (Jean de) (dir.), *Carnet de santé 2009*, Paris, Dunod, pp. 7 et s.

d'affrontement. La politique d'exonération de cotisations sociales sur les bas salaires a, dans les années 1990, pris le relais. Pour les « sociaux », la direction du Budget était prête à toutes les « turpitudes » pour transférer à la Sécurité sociale des dépenses qui ne lui incombait pas ou pour ne pas à avoir à compenser le manque de recettes généré par des exonérations de cotisations. Il n'est pas possible ici d'analyser en détails ces conflits, très techniques mais passionnants, autour des flux financiers entre l'Etat et la sécurité sociale. Mentionnons que le souci de rendre incontestables, donc de dépolitiser, les comptes sociaux a poussé, dans les années 1990, à la clarification de ces relations financières complexes, à l'initiative notamment de la DSS et de certains sénateurs.

L'enjeu des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale est imbriqué dans un autre, à la fois plus large et plus décisif encore, celui de la fusion de la LFSS et de la LF. Le vote de la LOLFSS en 2005 a considérablement rapproché les mécaniques financières des deux outils<sup>67</sup>. Par ailleurs, depuis 2007, la DSS, en charge de la préparation du PLFSS, est soumise à la double tutelle du ministère du Budget et des Affaires sociales. Périodiquement, on l'a dit, les commissions des finances des assemblées tentent de récupérer un PLFSS qui leur avait échappé lors de son introduction, au grand dam des commissions des affaires sociales. Dans ce contexte de rivalités, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat, émanation de la commission des affaires sociales, a organisé une série d'auditions en mars 2007 afin de faire le point sur les réflexions des principaux responsables administratifs et experts sur le sujet... et, accessoirement, de démontrer l'inanité d'un tel projet.

Pour les acteurs budgétaires, seule la branche maladie peut faire obstacle à la fusion, même si les évolutions institutionnelles récentes plaident en ce sens. En effet, l'accès à l'assurance maladie de base est, depuis le vote de la Couverture maladie universelle (CMU) en 1999, universel, tandis que ses recettes ont été partiellement fiscalisées et devraient continuer à l'être (soit par le biais de la CSG, soit par un relèvement du taux de TVA, devenant ainsi « sociale ») : les dépenses maladie sont assez unanimement considérées comme relevant du champ de la « solidarité », donc de l'impôt. Surtout, l'Etat n'a cessé de renforcer son emprise sur la gouvernance de l'assurance maladie. La « gestion par les intéressés » n'a, en effet, plus guère de réalité depuis la réforme de 2004 – qui n'accorde plus aux partenaires sociaux qu'un simple avis consultatif sur les décisions prises par le directeur de l'Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM), un haut fonctionnaire nommé en conseil des ministres – puis la récente réforme dite « Hôpital, patient, santé, territoires » (2009) qui fusionne au niveau régional les services de l'assurance maladie avec ceux des services déconcentrés de l'Etat au sein de ces établissements publics administratifs que sont les agences régionales de santé (ARS) (même si la dyarchie au niveau national est pour l'instant maintenue)<sup>68</sup>.

Il demeure néanmoins deux grandes différences « techniques » entre le champ des finances de l'Etat et celui des finances de la Sécurité sociale. D'une part, les crédits du budget de l'Etat sont presque tous limitatifs, là où ceux de la LFSS sont quasiment tous évaluatifs ; d'autre part, les recettes de l'Etat ne sont pas affectées, tandis que celles de la sécurité sociale le sont. Sur le premier critère, les prévisions pour les dépenses famille et vieillesse sont relativement robustes : une fois les principaux paramètres définis (critères d'éligibilité, montant des allocations, etc.), la dépense est sans ambiguïté et peut être mise en budget. Les choses se compliquent avec la dépense maladie, dont l'évolution est nettement moins prévisible puisqu'elle est le résultat de l'agrégation des décisions d'une multitude d'opérateurs publics et privés. Pour autant, les budgétaires ne renoncent pas au projet, décrit tout au long de cet article, de parvenir, grâce à des prévisions plus robustes et surtout à des mécanismes viables de régulation, à la budgétiser :

---

<sup>67</sup> DUARTE (Bernadette), « La loi organique du 2 août 2005 ou la revalorisation du rôle du Parlement en matière de lois de financement de la Sécurité sociale », *Droit social*, 5, mai 2006, pp. 522 – 532 ; PELLET (Rémi), « La réforme des lois de financement de la Sécurité sociale », dans KERVASDOUE (Jean de) et PELLET (Rémi) (dir.), *Carnet de santé de la France 2006*, Paris, Dunod, 2006, pp. 41 – 67.

<sup>68</sup> BRAS (Pierre-Louis), « La création des agences régionales de santé : notre système de soins sera-t-il encore mieux gouverné ? », *Droit social*, 11, 2009, pp. 1126 – 1135.

*« On pourrait fixer les objectifs de dépenses de manière plus prégnante ou se donner davantage de leviers pour maîtriser la dépense... Quand on regarde branche par branche, on ne se trompe quasiment jamais sur la prévision de dépenses pour les retraites. Il y a une très bonne qualité de la prévision, sauf sur l'inflation. On a une très bonne – on est parfois surpris sur telle ou telle ligne – qualité de prévision sur la branche famille. Et on a une prévision qui est très perfectible sur la branche maladie. Enfin, cela dit, récemment on s'est peu trompé sur l'ONDAM, 2007 ça a dérapé, mais 2008 et 2009, c'est assez honnête, surtout 2009, et puis quand on regarde le budget de l'Etat, on a des dépenses au fond pas très différentes et on arrive à gérer un budget limitatif : les prestations logement, les prestations de bourse, ça se gère en limitatif. Donc il n'y a pas de raison, peut-être avec des modalités de prévision plus prudentes, en ayant davantage de mécanismes de régulation, que l'on n'arrive pas à fixer des crédits de manière limitative et se dire au fond qu'on va respecter le vote du Parlement. Ce n'est pas totalement honteux. » (sous-directeur, direction du Budget)*

La résilience de la doctrine budgétaire reste forte. Le second obstacle, celui de l'affectation des recettes de la Sécurité sociale, semble plus difficile à surmonter. On a pu interpréter le basculement des cotisations maladie salarié sur des points de CSG comme une fiscalisation progressive des recettes de l'assurance maladie faisant écho à l'« étatisation » de sa gouvernance. Si la nature fiscale de la CSG est désormais largement admise, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un impôt affecté au financement des branches à vocation « universelle » (famille, maladie) de la sécurité sociale. Mettre fin à l'affectation des ressources de la Sécurité sociale apparaît comme une démarche politiquement compliquée – car remettant en cause frontalement le rôle des partenaires sociaux dans la gestion des caisses de Sécurité sociale – et, en tous les cas, inconcevable pour les « sociaux ». Pour ceux-ci, la CSG et, plus largement, l'affectation de taxes et impôts au financement de la Sécurité sociale, ont permis de renforcer l'autonomie de l'institution dont les ressources s'en sont trouvées moins vulnérables à la conjoncture économique. La fiscalisation partielle des ressources de la Sécurité sociale n'impliquerait pas son « étatisation ». La défense de son autonomie financière est d'ailleurs ce qui a poussé les acteurs sociaux à se confronter à la direction du Budget en vue d'obtenir la clarification des relations financières avec l'Etat.

*La défense d'une innovation pragmatique : les « finances sociales »*

Les acteurs sociaux, plus fondamentalement, excipent de la nature *sui generis* de la LFSS et réfutent point par point les arguments des budgétaires. Dès lors que les crédits sont (pour l'essentiel) évaluatifs et non limitatifs, que les recettes sont affectées et qu'a été trouvé, non sans mal, un fragile équilibre entre la démocratie sociale d'après guerre d'un côté, la démocratie politique de l'autre, toute idée de fusion des instruments est nulle et non avenue :

*« Dès que vous dites « budget », vous avez des enveloppes limitatives, une autorisation du Parlement, des engagements de crédits... Il faut s'enlever ça de la tête. (...) Moi je veux bien qu'on respecte l'ONDAM dans un cadre budgétaire mais vous savez ce que ça veut dire ? ça veut dire qu'à compter du mois de septembre, on ne rembourse plus les soins. On ferme toutes les pharmacies. Vous assumez politiquement ? La question est aussi celle-là. Même par rapport à un cadre budgétaire, que les gens connaissent, où on va faire systématiquement faire des rallonges en fin d'année, je caricature mais ça doit être de ce niveau là, quel est le meilleur cadre ? Est-ce que le meilleur cadre n'est pas celui où on fixe un objectif et ensuite on se donne un rendez-vous pour constater si on l'a dépassé ou non, et on rend des comptes : pourquoi vous l'avez dépassé ? Il y a ce débat là en LF ? Il n'existe pas. Avec la LFSS, il existe vraiment. » (Responsable ACOSS, passé par la DSS)*

Pour les sociaux, qui portent le PLFSS, la fusion ferait table rase de tous les efforts par eux consentis pour parvenir à un pilotage plus efficient des dépenses sociales, grâce en particulier à la responsabilisation des gestionnaires des caisses au moyen de conventions d'objectifs et de gestion (COG). Au fil du temps, et sans plan d'ensemble initial, ont été ainsi inventés de nouvelles règles et de nouveaux instruments qui ont balisé un champ original des finances publiques, celui des « finances sociales » – encore en déshérence au début des années 1980 – irréductible à celui des finances de l'Etat. Pour certains, cette invention pragmatique devrait même servir de modèle à des finances d'Etat très

dégradées ; soulignant avec malice la modestie des déficits sociaux au regard de ceux, d'un autre ordre de grandeur, de l'Etat, ils vantent en particulier les succès de la responsabilisation des opérateurs publics et privés permise par les contrats d'objectifs et de gestion, là où la LOLF, contrairement aux intentions affichées, aurait plutôt contribué à centraliser et verticaliser les décisions au prix de la désresponsabilisation des gestionnaires. Finalement, que ce soit par réalisme politique et technique, ou par conviction de la modernité des principes et des outils régissant les finances sociales, les « sociaux » voient dans la LFSS en général, et dans l'ONDAM en particulier, des instruments *sui generis*.

Tout se passe comme si, à travers ces luttes symboliques autour de la définition de la nature des finances sociales, la direction de la Sécurité sociale, qui en est l'inventeur et la propriétaire, tentait de s'émanciper de la tutelle intellectuelle (et institutionnelle) de la direction du Budget. Ses agents aiment à rappeler ce qui la singularise par rapport à la direction d'état major qu'est le Budget. Héritière de l'ambition de démocratie sociale de l'après-guerre qu'elle prétend sauvegarder en l'aménageant, elle est en permanence en contact avec les « besoins » exprimés par les acteurs du secteur sanitaire et social, à un point tel qu'une ancienne directrice a pu la qualifier de « direction de la misère humaine ». Il en résulterait une plus grande sensibilité de ses agents à la réalité de l'urgence des « besoins » derrière les écrasantes masses financières retracées dans le PLFSS mais aussi une vision moins surplombante et plus pragmatique des enjeux. A l'approche « budgétaire » - motivée par des considérations exclusivement macroéconomiques à court terme et donc coupée des réalités humaines - s'opposerait ainsi une approche « financière » :

*« La DSS par rapport aux autres directions – la DGS, la DAS, la DHOS - joue un rôle de synthèse financière. Mais ce n'est pas la même approche que la direction du Budget. Ça c'est clair. Le Budget, ce qui lui importe c'est le point de vue comptable. Nous on n'a pas cette vision des choses. Nous, on voit très bien que les assurés ont des besoins, il faut savoir réfléchir à la politique répondant aux besoins, il faut savoir faire des dépenses maintenant, investir pour réaliser des économies ultérieurement, on a une vision qui n'est pas une vision budgétaire. On est responsable, on a conscience qu'il faut équilibrer d'une manière ou d'une autre, qu'il ne faut pas s'endetter comme on le fait actuellement sous la pression de la crise. On a une vision financière du sujet mais pas une vision budgétaire. Il y a une différence entre le financier et le budgétaire. »* (Chef de service DSS)

La trajectoire de l'instrument PLFSS est paradoxale. Point d'aboutissement du projet de généralisation des « enveloppes globales », il a échoué à budgétiser la Sécurité sociale, en particulier sa branche maladie. Néanmoins, ne le considérer que sous l'angle de l'échec serait très réducteur. Son élaboration et sa mise en œuvre ont enclenché une dynamique d'innovations qui, en s'accumulant, ont peu à peu tracé - et inventé - un périmètre inédit des finances publiques : les comptes sociaux ont fait l'objet d'un important travail de clarification, de consolidation (avec le passage de la comptabilité en encaissement-décaissement à la comptabilité en droits constatés) et de certification (par la Cour des comptes)<sup>69</sup>, des modes de relation contractuelle avec les organismes sociaux ont été expérimentés avec succès, des institutions ont été inventées (par exemple les Missions d'évaluation et de contrôle de la Sécurité sociale au sein des commissions des affaires sociales du Parlement), des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) tentent depuis peu d'acclimater dans les LFSS la démarche de performance de la LOLF<sup>70</sup>, etc. L'invention au coup par coup de ce domaine original des finances publiques a coïncidé avec la spécialisation d'un réseau d'acteurs « sociaux » attachés à sa défense contre les empiètements potentiels des acteurs budgétaires : la Commission des comptes de la Sécurité sociale, la DSS, un petit groupe de députés et de sénateurs spécialisés, les organismes financiers de la sécurité sociale. A la lumière de ces luttes politiques et bureaucratiques, nous pensons que l'hypothèse, défendue par Bruno Palier, selon laquelle l'on assisterait à une restructuration beveridgienne de l'assurance maladie française mérite d'être discutée. On a vu précédemment que l'inspiration des acteurs budgétaires venait d'outre-

<sup>69</sup> Cf. le fascicule du Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, *La Commission des comptes de la Sécurité sociale a 30 ans*, 2009. Sur la portée créatrice de toute démarche comptable, cf. COLASSE (Bernard), *Les fondements de la comptabilité*, Paris, La Découverte, 2007.

<sup>70</sup> CAUSSAT (Laurent), ROUSSEL (Romain), « Les programmes de qualité et d'efficacité et l'évaluation des politiques de Sécurité sociale », *Informations sociales*, 6, 2008.

Rhin et non d'outre-manche. Désormais l'on constate que lire le projet de mise en budget de l'assurance maladie comme l'une des facettes d'une révolution beveridgienne silencieuse, s'accomplissant par sédimentation de mesures incrémentales, revient à ratifier la vision budgétaire et à considérer uniquement sous l'angle de leurs manques (la LF étant élevée au rang de modèle) et de leurs limites, des instruments dont les « sociaux » arguent qu'ils relèvent d'une rationalité originale, *sui generis*, par rapport à celle des finances publiques.

Certes, on pourra juger la force bureaucratique et politique du réseau soutenant l'autonomie des finances sociales relativement faible en comparaison de celle du réseau concurrent des budgétaires. Pourtant, ce rapport de force *a priori* défavorable peut être inversé par deux facteurs au moins : le poids politique du ministre des affaires sociales d'une part, l'état des comptes sociaux d'autre part. Jusqu'à maintenant, force est de constater que les acteurs sociaux sont parvenus à défendre la spécificité et l'autonomie des finances sociales. La forte dégradation des comptes publics en raison de la chute conjoncturelle des recettes provoquée par la crise favorisera certainement, après que le gouvernement ait laissé jouer les stabilisateurs automatiques, les options défendues par le ministère des Finances en faveur d'un rapprochement toujours plus poussé des LFSS et des LF dans le cadre d'une approche globale des finances publiques qui frapperait d'obsolescence le long et houleux débat sur les frontières des finances de l'Etat et de la Sécurité sociale. D'ores et déjà, la budgétisation de la branche famille est envisagée. Celle de la branche maladie semble encore difficile à envisager sur le double plan technique et politique. En tous les cas, le groupe de travail Briet, évoquée en introduction, semble avoir tiré les leçons de l'histoire tumultueuse de la budgétisation : elle a finalement écarté l'hypothèse, défendue par le gouvernement, de la mise en place de mécanismes automatiques de régulation – du type baisse automatique des tarifs de rémunération des médecins libéraux – au motif que ceux-ci seraient « politiquement irréalistes », lui préférant le renforcement de la procédure d'alerte qui se déclencherait dès que la prévision de dépassement de l'ONDAM dépasse le seuil de 0.5% (contre 0.75% actuellement).

### III. Après l'échec (relatif) de l'instrument budgétaire, la désocialisation rampante du risque maladie

Il serait erroné de conclure de la mise en échec partielle de l'instrumentation budgétaire que le *statu quo* prévaut en matière de financement des dépenses de santé<sup>71</sup>. Certes, les continuités l'emportent sur des inflexions bien réelles mais de portée limitée<sup>72</sup>. Néanmoins, une transformation, souterraine celle-là, pourrait à l'avenir fortement impacter la légitimité et la stabilité de l'assurance maladie publique. En effet, réticents à programmer une hausse régulière des ressources publiques pour permettre le maintien du financement socialisé d'une dépense dynamique, dont la croissance, bien qu'en décélération depuis quelques années, est toujours supérieure d'environ deux points à celle du PIB, les gouvernements qui se sont succédé depuis 2002 ont accepté *de facto* le découplage de l'évolution des dépenses de santé et de celle des dépenses d'assurance maladie ; considérée sous un autre angle, cette « politique des caisses vides »<sup>73</sup> ne peut qu'accroître la part du financement privé, qu'il s'agisse de celle des assurances maladie complémentaires (AMC) ou, plus massivement, de celle des paiements directs par les malades. Les échecs de l'instrument budgétaire ont donc, par une sorte de mouvement pendulaire, nourri un regain d'intérêt pour l'autre option formulée au ministère des Finances à la fin des années 1970 : celle défendue par le rapport Nora/Naouri<sup>74</sup>. Dès lors qu'il n'est plus question, pour

<sup>71</sup> TABUTEAU (Didier), « La politique de santé, des lois d'août 2004 à la loi HPST », *Revue de droit sanitaire et social*, 4, 2009, pp. 595 – 609.

<sup>72</sup> ELBAUM (Mireille), « Un nouveau modèle de financement pour la santé ? », *Santé publique*, 22(1), 2010, p. 92.

<sup>73</sup> GUEX (Sébastien), « La politique des caisses vides. Etat, finances publiques et mondialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 146 – 147, 2003, pp. 51 – 61.

<sup>74</sup> De même, les idées anciennes de changement d'assiette des cotisations sociales (la valeur ajoutée en lieu et place des salaires par exemple) ou de basculement de celles-ci sur des points de TVA, devenant ainsi « sociale », sont relancées à la même période, avec la production de nouveaux rapports parvenant peu ou prou aux mêmes

des raisons politiques, de contrarier les intérêts défendus par les principaux syndicats de médecins libéraux, et que, dans le même temps, l'on se refuse à augmenter les « prélèvements obligatoires », la limitation du taux de croissance des dépenses d'assurance maladie passe par le déplacement de la frontière entre l'assurance maladie obligatoire de base, les assurances complémentaires maladie et les individus, bref entre la dépense publique et la dépense privée, en ciblant davantage l'intervention de l'assurance maladie de base. C'est ainsi que Jean-François Chadelat, conseiller technique au cabinet de Raymond Barre, IGAS, a donné, dans le cadre d'un rapport préparatoire à la réforme de 2004, un nouveau lustre aux idées défendues en 1979 par les deux inspecteurs des finances.

#### *La privatisation rampante du financement des soins courants*

L'architecture de l'assurance maladie qu'il appelle de ses vœux comporte trois piliers, à l'instar de la réforme des retraites promue par les organisations internationales : un pilier de base, obligatoire et totalement public, dédié aux « risques catastrophiques » (soins hospitaliers, affections de longue durée) ; un pilier complémentaire, rendu obligatoire, encadré par les pouvoirs publics et partiellement solvabilisé sur fonds publics, dans lequel des organismes privés en concurrence prennent en charge les soins courants jugés utiles et intégrés dans le « panier de soins » de base ; un pilier supplémentaire, enfin, totalement volontaire et privé. Une fois encore, l'inspiration n'est pas beveridgienne mais batave et allemande, ces deux pays ayant mis en œuvre des réformes allant dans ce sens au cours des années 1990 et 2000. La « nouvelle gouvernance » de l'assurance maladie peut être lue comme un dispositif visant à faire advenir graduellement cette tripartition en s'efforçant d'en éviter les coûts politiques par le recours à une « gâchette de politique publique », la procédure l'alerte<sup>75</sup>. Lorsque celle-ci est activée, un comité composé de trois personnalités qualifiées exige du directeur de l'UNCAM qu'il prenne des mesures propres à corriger la tendance observée. D'évidence, ces décisions ont vocation à produire des effets comptables immédiats. Il ne peut donc s'agir que de mesures pesant pour l'essentiel sur les assurés sociaux au nom de leur « responsabilisation ». Pour l'instant, ce comité ne s'est déclenché qu'une seule fois, en 2007. Mais avec l'abaissement du seuil d'alerte et un taux programmé d'évolution de l'ONDAM inférieur à son *trend* historique<sup>76</sup>, il y a de fortes chances pour qu'elle joue à plein dans les prochaines années. Quoi qu'il en soit, la réforme de 2004 a été suivie d'une série de mesures qui ont clairement fait peser le fardeau du redressement des comptes de l'assurance maladie sur les assurés sociaux<sup>77</sup> : introduction des franchises médicales, déremboursement de médicaments, hausse du forfait hospitalier, laxisme des pouvoirs publics à l'égard de la banalisation des dépassements d'honoraires de façon à éviter d'avoir à revaloriser les tarifs des consultations : 3.2 milliards d'euros ont ainsi été transférés, entre 2004 et 2008, de la Sécurité sociale vers des sources de financement privées (231 millions d'euros vers les AMC et plus de 3.1 milliards d'euros vers les malades)<sup>78</sup>.

---

conclusions que ceux de la fin des années 1970 : il n'existe pas d'assiette miracle. L'évolution des idées de politiques publiques semblent ici bien obéir à un schéma cyclique. On ne peut évidemment développer dans cet article. Cf. REY (Jean-Louis), « Le financement », dans LAROQUE (Michel) (dir.), *La sécurité sociale. Son histoire à travers les textes. Tome IV*, Paris, Association pour l'histoire de la Sécurité sociale, 2005, pp. 287 - 355.

<sup>75</sup> BRAS (Pierre-Louis), « Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné ? », *Droit Social*, 11, 2004.

<sup>76</sup> Le gouvernement s'est fixé l'objectif - que l'on dira ambitieux si l'on est indulgent ou « irréaliste » si l'on est sceptique - d'une progression de l'ONDAM limitée à 2.9% en 2011 et à 2.8% en 2010, c'est-à-dire des taux bien en deçà de ce qui a pu être observé au cours des dernières années, pourtant marquées par un ralentissement de la croissance des dépenses d'assurance maladie : celle-ci a toujours été supérieure à 3% depuis 1998 ; elle a été de 3.5% en 2008 et de 3.4% en 2009.

<sup>77</sup> Rappelons que la période est marquée par une double mise en problème public : celle du thème des déficits et de la dette publics d'un côté, celle du supposé « déclin du modèle social français » de l'autre. Ces deux problèmes publics ont contribué à la rhétorique de légitimation de ces mesures forcément impopulaires. Cf. LEMOINE (Benjamin), « Entre fatalisme et héroïsme. La décision politique face au « problème » de la dette publique (2003 - 2007), *Politix*, 21(82), 2008, pp. 119 - 145 et LEBARON (Frédéric) et al., « Le « modèle social français » (est à bout de souffle) : genèse d'une doxa - 2005 - 2007 », *La Revue de l'IREs*, 61, 2009, pp. 129 - 164.

<sup>78</sup> GEOFFARD (Pierre-Yves), *La lancinante réforme de l'assurance maladie*, Editions Rue d'Ulm, Collection du CEPREMAP, 2006.

Un argument souvent avancé par les responsables politiques pour disqualifier les accusations de privatisation partielle du financement de l'assurance maladie est celui de la stabilité relative du taux de couverture de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM) par la Sécurité sociale, autour de 76%<sup>79</sup>. Mentionnons d'abord que le taux de couverture publique des dépenses de santé a connu une érosion certaine avec l'introduction, dans le sillage de la réforme de 2004, de mesures destinées à « responsabiliser » les assurés (franchises sur les visites médicales et sur les boîtes de médicament en particulier) : la part de la Sécurité sociale a ainsi diminué de 1.6 point entre 2004 et 2008. Surtout, derrière cette très relative stabilité, se cache une évolution décisive : l'admission d'un nombre toujours plus grand d'assurés sociaux au régime des Affections de longue durée (ALD), qui bénéficient à ce titre de l'exonération de tickets modérateurs (prise en charge à 100%), ainsi qu'à celui de l'assurance maladie complémentaire gratuite dans le cadre de la loi CMU, compense le désengagement de la Sécurité sociale du financement des soins courants (hors ALD et hospitalisation)<sup>80</sup>. Il a été calculé récemment que ceux-ci n'étaient plus pris en charge qu'à hauteur de 55% en raison de l'adoption d'un certain nombre de mesures dont les plus emblématiques sont les franchises médicales ou encore la banalisation des dépassements d'honoraires médicaux<sup>81</sup>. Autrement dit, l'assurance maladie obligatoire (AMO) tend silencieusement à se recentrer sur le financement des soins dispensés aux plus malades et aux plus démunis. Nous sommes en présence d'un cas exemplaire de « dérive » telle que l'a définie le politiste américain Jacob Hacker pour qui l'inaction ou la non-décision – dans ce cas, le refus *délibéré* d'augmenter les ressources dans les proportions nécessaires pour garantir le maintien du taux de couverture des dépenses par la sécurité sociale – peut être analysée comme une stratégie politique cherchant à mettre un dispositif public dans l'incapacité à faire face au changement de nature ou d'intensité du risque social qu'il est censé couvrir<sup>82</sup>. Il en résulte des changements souterrains, souvent masqués par la stabilité apparente de la politique publique, qui vont dans le sens de la privatisation de risques jusqu'alors socialisés<sup>83</sup>. Ici le désengagement progressif mais bien réel de la Sécurité sociale dans le financement des soins courants se traduit par l'extension du périmètre d'intervention des assurances maladie complémentaires et l'alourdissement des dépenses individuelles.

Ce transfert progressif de dépenses de l'AMO vers les AMC et les malades est parfois assumé politiquement, mais dans des termes souvent généraux et abstraits : le niveau « trop élevé » des prélèvements obligatoires en France, l'ampleur des déficits et de la dette publics, la « performance » et le haut niveau de « solidarité » du système de santé français sont ainsi convoqués pour justifier et dédramatiser la portée de cette évolution. C'est ainsi que le Président de la République en a appelé, lors du Congrès de la Mutualité en 2009, à un « partenariat nouveau » entre l'AMO et les AMC, estimant que « la Sécurité sociale ne peut pas tout faire ». Plus récemment, après avoir mené à terme une réforme contestée du système de retraites dans un cadre budgétaire très tendu, le Premier ministre François Fillon, dans son discours de politique générale<sup>84</sup>, a évoqué la mise en place d'une concertation autour d'un nouveau partage des rôles entre l'AMO et les AMC. Néanmoins, eu égard au soutien massif de la population à l'égard de l'assurance maladie publique, ce type d'arguments est loin d'être suffisant pour légitimer son recul. Aussi, plus pragmatiquement, l'extension du champ des AMC doit s'accompagner de garde-fou « sociaux » mais dont l'inspiration néolibérale, celle des *vouchers* anglo-saxons, est manifeste : la mise en place de la CMU-C en 1999, puis, en 2004, de l'aide à l'achat d'une complémentaire santé (ACS) - soit deux programmes visant à ce que les plus démunis puissent accéder à

---

<sup>79</sup> Toutefois, un recul s'opère depuis 2008 du fait de la montée en puissance des franchises médicales et de la multiplication des déremboursements de médicaments.

<sup>80</sup> DORMONT (Brigitte), « Un système si parfait... », *Regard sur l'économie*, 5, 2009, pp. 12 – 26.

<sup>81</sup> TABUTEAU (Didier), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 1, janvier 2010, pp. 85 – 92.

<sup>82</sup> HACKER (Jacob S.), « Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State : The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States », art. cit.

<sup>83</sup> HACKER (Jacob S.), *The Great Risk Shift*, Oxford University Press (N. Y.), 2006.

<sup>84</sup> 24 novembre 2010.

une assurance maladie complémentaire - ainsi que les (timides) mesures de régulation de ce marché à la fois opaque et (car) peu concurrentiel, sont présentés comme des contreparties à la menace de l'aggravation des inégalités d'accès que fait planer cette dynamique de privatisation rampante du financement des soins courants<sup>85</sup>. La dérive qui aboutit à recentrer progressivement l'AMO sur les plus malades et les plus démunis s'accompagne donc d'une autre stratégie, dite « d'empilement », consistant à favoriser l'essor, à côté du système public, d'un système privé - ici, les AMC - partiellement solvabilisé sur fonds publics - directement (CMU-C, ACS) ou indirectement (dépenses fiscales visant à inciter les employeurs à fournir à leurs salariés une complémentaire d'entreprise) - et davantage « régulé » par les pouvoirs publics.

La privatisation du financement de l'assurance maladie ne peut être que progressive, ne serait-ce qu'en raison du soutien massif que recueille le principe de prise en charge solidaire des dépenses médicales. La sensibilité politique de l'enjeu nécessite le recours à une certaine opacité<sup>86</sup> : soit en faisant jouer un mécanisme quasi-automatique du type procédure d'alerte ; soit, de manière encore plus invisible, en déléguant les décisions d'autorisation de mise sur le marché et d'admission au remboursement des biens et services à des agences « techniques » et chargées de distinguer entre l'« essentiel », l'« utile » et l'« accessoire » : dans ce cas, au lieu d'agir en retirant du périmètre de la Sécurité sociale - manœuvre toujours politiquement risquée - un certain nombre de soins et biens médicaux, il s'agit plutôt de *ne pas* admettre au remboursement un certain nombre d'innovations médicales ou pharmaceutiques. Cette stratégie est conforme à l'hypothèse psychologique selon laquelle les électeurs seraient plus sensibles aux pertes qu'aux gains. Dans tous les cas, des décisions politiquement sensibles concernant la répartition du financement des dépenses entre l'assurance maladie, les assurances complémentaires et les individus sont cantonnées dans des débats techniques, peu accessibles aux profanes<sup>87</sup>.

La privatisation rencontre surtout des limites liées aux spécificités du « bien santé » qui contrarient, selon les économistes de la santé, y compris orthodoxes, le fonctionnement des « mécanismes de marché » : la mutualisation la plus large possible du risque maladie est en effet la solution la plus efficiente du point de vue des critères économiques standards comme de la comparaison des systèmes de santé. La concurrence du côté du financement creuse en effet les inégalités d'accès aux soins, quels que soient les outils de « régulation » dont on se dote, tout en ne permettant pas une plus grande maîtrise des dépenses<sup>88</sup> ; elle est même souvent inflationniste, comme le démontre *a contrario* la socialisation croissante des dépenses médicales aux Etats-Unis. La rhétorique invoquant les contraintes supposées « objectives » de la « soutenabilité financière » de l'assurance maladie publique et célébrant les vertus rationalisatrices du « marché » de l'assurance vise donc surtout à faire légitimer par la « science » économique un agenda politique anti-redistributif privilégiant les intérêts des assureurs et des ménages les plus aisés. Le célèbre économiste de la santé canadien Robert Evans identifie, avec humour, l'option de la rétrocession d'une partie du financement des soins au « marché » de l'assurance au nom de son efficacité supposée supérieure au monopole public à un « zombie », i.e., une « *idée intellectuellement morte depuis bien longtemps mais qui refuse de rester enterrée* »<sup>89</sup>. L'étonnement (feint) de Robert Evans est l'envers

---

<sup>85</sup> Cependant, ces contreparties supposées « sociales », ciblées sur les plus démunis, donc politiquement vulnérables, sont chichement dispensées. Cf. MATH (Antoine), « Les évolutions de la protection sociale » dans IRES, *La France du travail*, Paris, Les éditions de l'Atelier, 2009, p. 117.

<sup>86</sup> WEAVER (Kent), « The Politics of Blame Avoidance », *Journal of Public Policy*, 6(4), 1986.

<sup>87</sup> BENAMOZIG (Daniel), « Dessine-moi un périmètre de soins », *Savoir/Agir*, 5, 2008, pp. 33 - 40.

<sup>88</sup> Pour contrecarrer ses effets économiques et sociaux pernicieux (notamment l'anti-sélection), il faudrait encadrer le fonctionnement de la concurrence sur le « marché » de l'assurance maladie par des règles et des contrôles si nombreux et sophistiqués que celui-ci n'en serait *in fine* plus un. THOMSON (Sarah), MOSSIALOS (Elias), « Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands », *Journal of European Social Policy*, 16(4), 2006, pp. 315 - 327.

<sup>89</sup> EVANS (Robert G.), « Political Wolves and Economic Sheep: The Sustainability of Public Health Insurance in Canada », Vancouver (BC), Centre for Health Services and Policy Research, December 2003, p. 20. Working Paper téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.chspr.ubc.ca/node/169>.

de son idéalisme ; le destin des idées de politique publique est, on le sait, tributaire des rapports de force qui structurent les relations des agents efficients dans une politique publique donnée.

### *Enterrement ou enfouissement de l'intervention publique ?*

Une interprétation, complémentaire, moins cynique, peut être avancée pour expliquer la réanimation du « zombie ». Dès lors que le taux de « prélèvement obligatoire » ou de « pression socio-fiscale », le niveau des dépenses publiques et l'ampleur des déficits publics – en un mot, le « trop d'Etat » – deviennent des critères d'évaluation de la performance de la politique économique et sociale d'un pays dans un contexte d'intensification de la concurrence interétatique pour attirer les entreprises et les investisseurs<sup>90</sup>, les gouvernements dont les systèmes de santé sont les plus généreux – *i.e.*, les plus socialisés – sont tentés de rendre moins visible une partie de leur politique sociale en solvabilisant par des dépenses fiscales (exonérations fiscales ou sociales des contrats individuels ou collectifs en sus des prestations d'assistance type CMU-C et des *vouchers* comme les « chèques santé ») l'accès au marché de l'assurance d'une partie des ménages et des entreprises<sup>91</sup>. Quelques économies sur les deniers publics seront peut-être au rendez-vous, mais cela n'a rien de certain<sup>92</sup>. Le profit est surtout politique car cette « invisibilisation » (partielle) permet aux acteurs budgétaires, et, à leur suite, aux acteurs politiques de retrouver des marges de manœuvre que ne donne pas un système universel et public, lequel ferme tous les verrous de la *path dependence*. Comme l'a montré Jacob Hacker<sup>93</sup>, une approche privative de la politique sociale présente au moins cinq avantages sur sa concurrente publique : elle est moins visible (par construction), plus complexe (elle fait intervenir une multiplicité d'opérateurs : entreprises, organismes d'assurance, etc.), donc moins « traçable » (les effets de décisions publiques restrictives sont moins identifiables par les électeurs), plus ambiguë (les échecs ou les succès – en terme d'accès aux soins par exemple – peuvent donner lieu à des stratégies politiques d'imputation) et réversible (elle segmente, donc affaiblit, les publics bénéficiaires). L'Etat social n'intervient alors pas moins : il tente de se rendre partiellement invisible<sup>94</sup>. Autrement dit, nous assistons peut-être moins à l'enterrement de l'intervention publique dans le domaine de l'assurance maladie qu'à son enfouissement.

Souvent vilipendés dans le débat public, les acteurs et les instruments budgétaires prennent, dans cette histoire, une tonalité plus positive. En effet, fondé sur l'hypothèse que les médecins et les établissements de santé sont les véritables ordonnateurs des dépenses publiques d'assurance maladie, l'instrument « enveloppe globale » avait pour objectif de faire peser sur les revenus et profits des « offreurs » de soins l'effort de maîtrise des dépenses de façon à préserver le niveau de solidarité face aux coûts de la maladie. L'échec de son application aux compartiments les plus privés du système de santé français marque, à compter des années 2000, un changement progressif de trajectoire du système de protection maladie vers un financement de plus en plus privé et inégalitaire au nom de la « responsabilisation financière » des assurés sociaux.

---

<sup>90</sup> ELBAUM (Mireille), *Economie politique de la protection sociale*, Paris, PUF, 2008, pp. 376 – 397.

<sup>91</sup> Pour un bilan des travaux historiques américains récents sur la production de l'invisibilité de l'intervention publique, lire GENSBURGER (Sarah), « Les historiens américains et la main invisible de l'Etat », communication au colloque « Sciences Sociales : sortir du paradigme de l'action ? », Sciences Po Paris, 10-12 mai 2010.

<sup>92</sup> Les Etats-Unis sont emblématiques de la domination de l'approche privative de la politique sociale. Le système de santé y est, on le sait, le plus « privé », le plus coûteux (les dépenses de santé y représentent plus de 16% du PIB) et le plus inégalitaire des pays développés ; ce que l'on sait moins, c'est que les dépenses publiques y sont, en proportion, quasiment équivalentes à ce que l'on observe dans les pays européens car il faut ajouter au coût des trois programmes publics que sont *Medicare*, *Medicaid* et la *Veteran Health Administration* celui des exonérations fiscales dont profitent les ménages et les entreprises, soit 246 milliards de dollars en 2007. SAUVIAT (Catherine) et LIZE (Laurence), *La crise du modèle social américain*, Rennes, PUR, 2010 (chapitre IX).

<sup>93</sup> HACKER (Jacob S.), *The Divided Welfare State*, *op. cit.*

<sup>94</sup> Toutefois, comme le souligne avec force Hacker, le choix en faveur d'une approche privée ou publique de la politique sociale n'est pas neutre du point de vue de la redistribution sociale : l'approche privée est clairement plus inégalitaire que sa rivale publique. L'invisibilisation de l'intervention publique a un coût social évident.