Covid-19 et échec de la « machine à soigner »

★ gaucherepublicaine.org/crise-sanitaire/covid-19-et-echec-de-la-machine-a-soigner/7422683

25 avril 2021

Crise sanitaire

dimanche 25 avril 2021 (2021-04-25T22:17:56+0200)
Par Frédéric Pierru
CNRS-CERAPS

D'éminents représentants de la technostructure sanitaire s'interrogent à la lumière de la crise du Covid-19 sur la pertinence, pour ne pas dire la nocivité, de certains instruments qui avaient été leurs fétiches depuis le début des années 1990. Ainsi, s'est engagée une discussion bureaucratico-institutionnelle au sein du Haut conseil de l'assurance maladie (HCAAM) sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce dernier constitue, approximativement, le budget voté par le Parlement chaque automne, dédié aux soins. Certains hauts-fonctionnaires voient dans le vote d'ONDAM trop restrictifs l'une des raisons pour lesquelles le système de soins, en particulier dans sa composante hospitalière, est partie en capilotade depuis le printemps 2020. Peu avant, c'est la Tarification à l'activité (T2A) qui avait été vertement critiquée par le pouvoir en place. S'agit-il d'un début de remise en question de la doxa qui mené à la déliquescence des services publics de santé depuis trente ans ? En tout cas, des fissures apparaissent dans la grande muraille des certitudes technocratiques et politiques… fissures qui devraient donner de la force à ceux qui dénoncent le rationnement budgétaire des soins depuis au moins deux décennies. Nous avions raison !

La notion de « *Deep State* », « d'État profond » est à la mode depuis l'élection de leaders qualifiés de « populistes » (Trump, Johnson, etc.). En réalité, la critique par les acteurs politiques d'une administration, centrale mais pas seulement, arrogante, omniprésente, facteur d'inertie est ancienne, et on peut la dater de la naissance des régimes parlementaires. Des décideurs politiques d'un côté, héroïques et déterminés à remplir le mandat démocratique qui leur a été confié ; de l'autre, des technocrates agissant secrètement dans l'opacité des coulisses des ministères pour saboter cet élan aussi salvateur que réformateur.

Pourtant, récemment un très haut fonctionnaire, formé à HEC et à l'ENA, figure de proue du grand corps qu'est l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), ancien directeur de la direction de la Sécurité sociale (DSS) au ministère de la santé, passé par le cabinet du ministre des Comptes publics, président du Conseil d'orientation des retraites (COR) a fait une révélation fracassante dans une note publiée par le *think tank* Terra Nova d'orientation sociale-libérale : la France n'aurait pas, au sens le plus rigoureux du terme, de politique hospitalière, pire elle n'aurait pas de politique de santé tout court ! Voilà une

révélation ! Plus précisément, la politique hospitalière ne serait que la simple déclinaison des objectifs macroéconomiques et de trajectoires de finances publiques définis par l'Élysée, le ministère des Finances et la Commission européenne. Aucune variable sanitaire n'entrerait dans l'équation. La note souligne la cécité des décideurs à la crise hospitalière en gestation depuis dix ans, leur incurie pour penser ce qui fait le fond d'une politique hospitalière : quels sont les besoins ? Quels effectifs hospitaliers faut-il pour y répondre ? Quel est l'état des conditions de travail ? Quel serait le niveau d'investissement pour remédier à l'obsolescence des hôpitaux français ? Etc., etc. Autant de questions que posaient, depuis la fin de l'année 2019, les nombreux mouvements de personnels qui ont été traités avec mépris par le pouvoir. Il aura fallu la crise de Covid-19 et le soutien de la population française à ses soignants « premiers de corvée » pour que les décideurs politiques retrouvent leurs capacités auditives.

Le choc est rude car les Français ont découvert au printemps 2020 qu'ils n'avaient pas non plus de dispositifs de santé publique. Voir des militaires français se battre sur les tarmacs pour des cartons de masque ne donne pas vraiment l'impression qu'il y ait un pilote dans l'avion. Car, oui, la structure chargée de la gestion du « stock stratégique de masques » avait subi elle aussi les foudres du ministère des Finances. L'ancien directeur général de Santé publique France (Spf), notre « *Center for disease control* » national, nous a confié qu'il avait rendu 20 % d'emplois temps plein dans la fusion qui devait lui donner naissance. Les agences régionales de la santé (ARS), établissements publics administratifs chargés de décliner les politiques nationales de région ne sont guère en meilleur état. Elles aussi, alors qu'elles étaient déjà peu dotées, ont dû rendre des emplois, lesquels ont cruellement fait défaut au moment de la campagne de vaccination.

Sur fond de ce délabrement soudainement visible, un Président de la République, une puis un ministre de la santé, et un Premier Ministre, s'agitaient pour faire croire que la « situation était sous contrôle » et que « tout cela n'était que mauvaises polémiques ». Parfois, une pointe d'autocritique a percé la gangue de la langue de bois : « *cette situation*, a déclaré le Président Macron, *elle n'a pas commencé il y a un mois, six mois ou un an. Soyons lucides et honnêtes avec nous-mêmes : nous en héritons et elle est le résultat d'années et d'années de mise sous tension qui ont fait peser sur l'hôpital l'essentiel de l'effort de la maîtrise des dépenses de santé* » avant de reconnaître que « *personne n'avait vu à ce point l'accélération du malaise et parfois de difficultés de fonctionnement véritables* ». « *Personne n'avait vu* » ? Vraiment ? Sans parler des amples mobilisations hospitalières des dernières années, des sociologues, des économistes, des parlementaires, des « experts » de tout poil l'avaient dit et redit : tous les indicateurs étaient au rouge.

Au contraire de la Belgique, la France est un pays qui s'est construit autour de son État, ou plutôt c'est ce dernier qui a construit la France. L'attachement des Français à l'État est lié à celui à leur Nation. Les Français ont donc été médusés de découvrir qu'un État réputé trop puissant et pesant était, au plan sanitaire du moins, un colosse aux pieds d'argile. Depuis le « scandale du sang contaminé » du début des années 1990, l'État sanitaire était toujours un « État Gulliver » en dépit des « immenses efforts » que chaque ministre claironnait. Avec la crise du Covid-19, le roi était nu.

Un État jacobin et… Gulliver

Comment donc est-il possible que l'État français, cet État Napoléonien, n'ait pas en ce début de XXI siècle de véritable politique hospitalière, mais seulement *une politique budgétaire appliquée de façon aberrante aux hôpitaux* ? Comment se fait-il que des décideurs politiques de premier plan n'aient pas vu venir une catastrophe que tout le monde avait sous les yeux ?

Telles seront les deux énigmes, à vrai dire étroitement liées, que l'on cherchera à résoudre dans la présente contribution. La première réponse vient de l'histoire : l'administration hospitalière française est une administration récente, longtemps sous-dotée en moyens humains, matériels, d'expertise mais aussi en déficit de prestige : au début des années 1980, même le dernier reçu au prestigieux concours de l'École nationale d'administration (ENA) ne voulait pas du poste de chef de bureau en charge de l'allocation des budgets aux établissements hospitaliers ! Lorsqu'elle commence à se construire, au tout début des années 1970, l'heure est déjà à la maîtrise des dépenses publiques. Elle commence à s'affirmer peu avant que le *New Public Management* soit importé puis mis en œuvre dans les administrations publiques. Les instruments de planification qu'elle commence à mettre en place sont contestés par une approche néomanagériale. La seconde réponse, connexe, vient de la fixation du débat public sur l'état, considéré comme délabré, des finances de la Sécurité sociale. Le « débat public » sur la santé est monopolisé par ce que les sociologues de Chicago ont appelé une « communauté d'opérateurs » qui transcendent les différents univers sociaux : acteurs politiques, parlementaires, technocratiques, groupes d'intérêt (et Dieu sait qu'ils sont nombreux dans le secteur !) et, bien sûr journalistes forment une sorte de réseau dont l'obsession est double : le trop fameux « trou de la Sécu » ; le niveau de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Tout sujet qui n'est pas compatible avec cette problématique financière est d'emblée vouée au statut de non-décision, de non-sujet ou, au mieux, de sujet accessoire. Le poids écrasant de la problématique financière est devenu une chape de plomb à partir de 2010, une fois refermée la parenthèse keynésienne post-Krach 2008.

Aussi, la note de Pierre-Louis Bras est cocasse : c'est un représentant du *Deep State* qui rappelle aux acteurs politiques qu'ils devraient commencer à faire de la politique (hospitalière) et s'employer à faire des choix en déshérence depuis vingt ans. Incroyable renversement des rôles, mais qui ne relève pas que de l'anecdote : au fond, ce que cette note souligne c'est que *le politique a été phagocyté par le budgétaire et le financier*. Les acteurs politiques se sont défaussé sur une « machine à gouverner », pour reprendre le mot d'Alain Supiot, censée mettre l'État en pilotage automatique, pour mieux se concentrer sur la « com'» et se consacrer à leurs intérêts de carrière. Autrement dit le problème n'est pas le *Deep State* mais, si on nous permet cette expression, l'*Hollow Politics*.

Une planification contrariée par le managérialisme

L'originalité du système hospitalier public français est qu'il a été réservé jusque 1941 aux indigents (raison pour laquelle la France est l'un des pays de l'OCDE qui dispose d'un des réseaux les plus fournis de cliniques lucratives ou non). C'est la création de la Sécurité sociale en 1945-46 qui, en fait, va ouvrir les hôpitaux à tous les Français, donc à toutes les classes sociales. De plus, l'hôpital public, établissement communal, était l'affaire des notables locaux (les maires géraient les conseils d'administration) et des praticiens. Ces acteurs géraient les hôpitaux en « bons pères de famille ». L'administration sanitaire et sociale était inexistante jusque que… 1964, date de création des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), suivie de celle des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) en 1977. Entre temps, en 1970, a été voté une loi majeure créant le service public hospitaliers. On voit donc que l'administration hospitalière est en France très récente. Elle s'édifie au moment où les dépenses publiques commencent à être construites en problème public.

Le secteur de la santé va profiter à plein, même si c'est avec un léger décalage temporel, de la consécration des idées planificatrices et de sa traduction institutionnelle qu'est la V République. Deux dossiers polémiques, enterrés à plusieurs reprises au Parlement au sein duquel siègent de nombreux parlementaires médecins, sont à nouveau ouverts pour être solutionnés par ce nouvel exécutif renforcé et débarrassé des contingences du jeu parlementaire : l'instauration de tarifs opposables aux praticiens afin d'améliorer le remboursement des assurés sociaux (décrets Bacon puis instauration de la convention médicale nationale en 1971) et, surtout, l'entrée de l'hôpital français dans la modernité biomédicale (réforme Debré, par ordonnances, en 1958).

La planification ne va concerner d'abord que le secteur hospitalier, le second Plan (1953-1957) créant une commission de l'équipement sanitaire et social dont le rôle et les effectifs sont d'abord limités. Afin d'éclairer cette planification hospitalière en gestation, les planificateurs et une poignée de médecins hospitaliers créent la division médicale du Credoc afin d'élaborer les comptes de la santé. L'économie médicale n'est pas encore l'économie de la santé. Tout contre l'État et faite par des médecins, la discipline naissante sert d'abord à légitimer la croissance des dépenses médicales et le projet de modernisation de l'offre de soins, autrement dit l'expansion du système de soins (et non de santé).

Le véritable décollage de la planification hospitalière sera postérieur à la réforme Debré de 1958. La nouvelle élite hospitalo-universitaire et les directeurs d'hôpitaux s'allient aux planificateurs pour traduire dans la réalité le projet de « modernisation de l'hôpital public ». Ainsi, le 4 plan (1962-1965) constitue une rupture : le renforcement de la commission de l'équipement sanitaire et social va de pair avec la volonté de « rattraper le retard français » en matière hospitalière. Le boom de l'hôpital public universitaire commence. La loi Boulin de 1970 est la traduction législative de la démarche planificatrice. Elle crée le service public hospitalier ; elle instaure la carte sanitaire afin de répartir harmonieusement l'équipement hospitalier sur le territoire ; elle crée la direction des hôpitaux, aux pouvoirs élargis, afin de faire vivre au quotidien le projet planificateur ; elle sera, de fait, dans les décennies suivantes, la direction d'administration centrale qui, au ministère de la santé et des affaires sociales, défendra envers et contre tous les

instruments de la planification, quitte à s'attirer les critiques de hauts fonctionnaires au profil plus « gestionnaire » et dubitatifs quant à leur capacité à maîtriser le développement puis la régulation du secteur hospitalier. Au final, même si avec la création de la commission des prestations sociales sous le 5 Plan (1966-1970) la médecine de ville fait son entrée dans la planification, celle-ci restera hospitalo-centrée.

La planification hospitalière mort-née au profit d'une « machine à soigner » ?

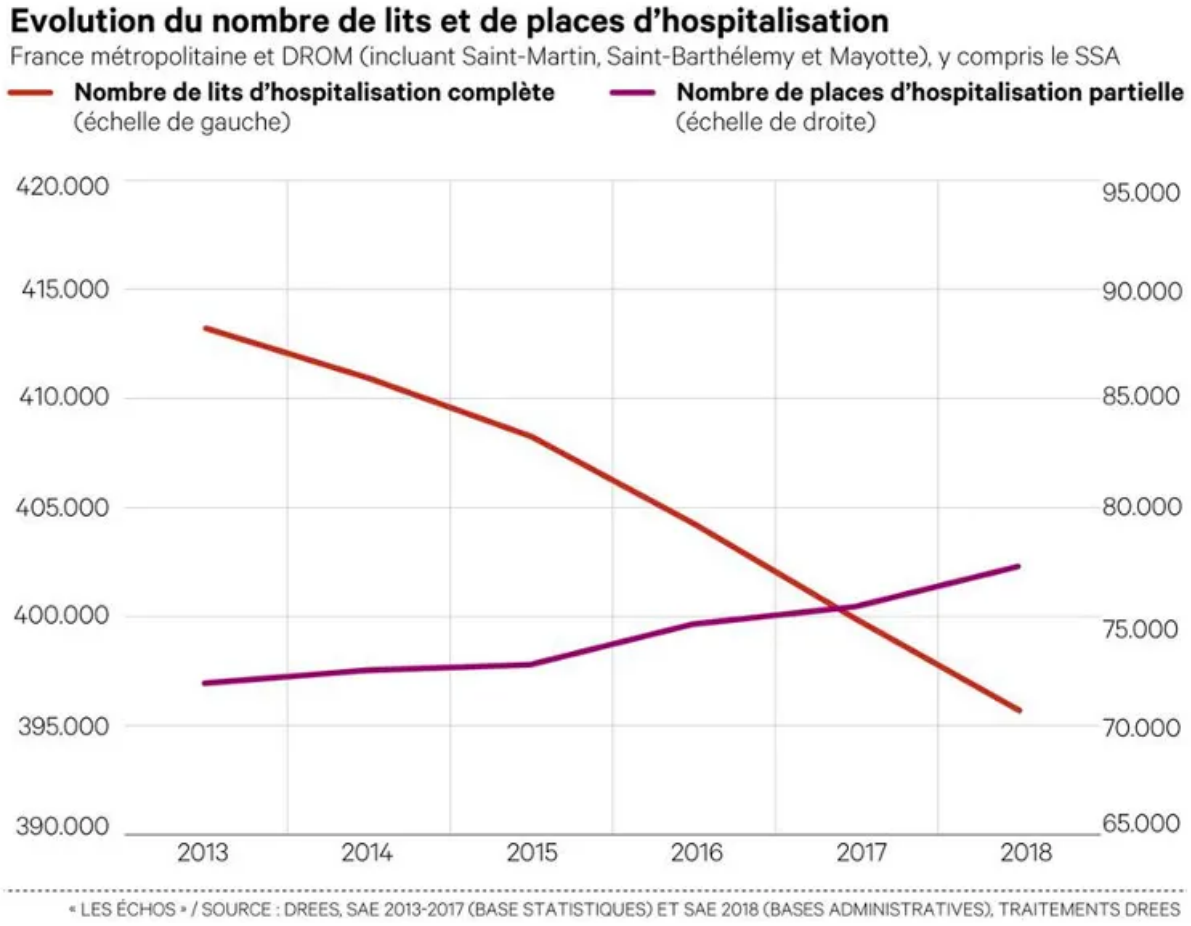
Cet « ADN » planificateur de l'administration hospitalière va subir immédiatement les attaques contre le dispositif de planification français, sous l'effet de la montée en puissance des idées néo-libérales. À peine nés, la loi Boulin et ses instruments (la carte sanitaire) sont déjà critiqués. Plus généralement, la politique hospitalière est présentée comme « inflationniste » alors que l'heure est à la réduction des déficits publics. Il est vrai que les dépenses hospitalières ont des taux de croissance annuels à deux chiffres. Mais c'était justement l'objectif : rattraper le retard tant quantitatif que qualitatif de l'hôpital français ! On ne saurait reprocher à des instruments la réussite de ce pour quoi ils ont été initiés. Au sein d'un plan entrée en crise, une haut fonctionnaire passée par la direction de la prévision initie au début des années 1980, une réflexion administrative qui mérite que l'on s'y arrête :

« *Et donc ce que j'ai proposé à ce moment-là c'était de mettre en place un groupe de travail, un groupe de travail pas une commission, parce que les commissions sont des sortes. de groupes de travail mais qui sont engagées ensuite sur le plan, et j'ai donc proposé de faire un groupe de travail sur la "régulation du système de santé". C'était un thème qui n'existait pas et j'ai passé toute la première séance à expliquer, me justifier et me défendre, etc., sur la terminologie de "régulation". La terminologie de "régulation", je ne l'avais pas sortie de la littérature existante mais plutôt du constat qu'il n'y avait pas vraiment de régulateur, au sens de réglage automatique, de pilotage automatique. […] Dans cette idée de régulation qui était une idée vraiment pas présente sur le marché, on a quand même examiné un certain nombre de choses et, en particulier, tout ce qui était mécanismes régulateurs possibles dont un certain nombre était déjà sur le marché des idées. Notamment le budget global. On était passé de droite à gauche, il y avait donc un certain nombre de revendications contenues dans le programme de la gauche, les 110 propositions de Mitterrand. Il y avait quand même du matériau. Le problème c'était plutôt que ce matériau existant était, comme ça avait été en 1979 à propos de l'enveloppe, du ticket modérateur d'ordre public, tout ce qu'on a vu arriver sur le marché à cette époque-là, présenté en ordre dispersé. On ne raisonnait jamais en termes de système. Donc tout le retournement que je proposais d'opérer c'était d'une part de parler vraiment en termes de système et d'autre part d'examiner la question centrale qu'était la non-régulation du système. J'ai même été jusqu'à écrire ou à dire que ce n'est pas un système mais une juxtaposition de machins.* » [entretien avec l'auteur, 2002]

« Système », « régulation », « rationalisation », autant de termes, certes familiers pour les économistes, mais foncièrement nouveaux pour un monde sanitaire traditionnellement dominé par le langage médical, le langage juridique des « planificateurs » et des

administrateurs hospitaliers ainsi que le langage budgétaire du ministère des finances. Tous les thèmes qui vont alimenter le débat public sur le « système » de santé sont déjà précisément formulés dans le rapport intitulé La Santé choisie, qui sort en 1982. Mais tout l'imaginaire des années 1985-2010 y figure. D'abord l'objectif : contenir les dépenses publiques de santé. Tous les instruments doivent viser cet objectif. Toutefois, on aimerait insister sur le syntagme : « régulation du système de santé », tant il renvoie à la quête de la « machine à gouverner » décrite par Alain Supiot. On a affaire-là à un *imaginaire cybernétique*Roland Gori, *L'individu ingouvernable*, Paris, Les Liens qui Libèrent, 2015. et ce n'est certainement pas un hasard si c'est à cette époque que les cadres du ministère de la santé déplorent le manque de dispositifs d'information. C'est d'ailleurs à cette époque que le nouveau directeur des hôpitaux, Jean de Kervasdoué, importent des États-Unis les *Diagnosis Related Groups* sous le terme de Programme de médicalisation des systèmes d'information. Dans cet imaginaire apolitique, la multitude des décisions individuelles s'autoréguleraient par la mise en place d'incitations informationnelles et financières pour produire au final un « système » dont la « régulation » ou la « gouvernance » seraient déléguées à des quasi-pilotes automatiques. On est en présence ici non pas d'une rationalité politique mais d'un esprit d'ingénieur. D'ailleurs, le directeur des Hôpitaux de l'époque est lui-même ingénieur des eaux et forêts.

Cette nouvelle frontière technocratique est foncièrement anti-politique. En effet, ses promoteurs déplorent sans cesse la démagogie coûteuse des élus, les irrationalités en termes d'allocation de ressources qui en découlent, les dérogations multiples aux indices de la carte sanitaire. Sur ce point, ils n'ont pas totalement tort. La régulation de l'hôpital était bien une régulation *politique* qui voyait se dérouler des jeux compliqués entre élus locaux, préfets et cabinet ministériel. D'où la volonté de cette « élite du Welfare » d'*escamoter le politique* au profit de mécanismes quasi-automatiques dont la finalité est de maîtriser la dépense. L'heure de la « gouvernance par les nombres » a sonné. Et pas n'importe quels nombres : les indicateurs financiers. Dès le milieu des années 1990, les planificateurs cèdent peu à peu la place aux consultants des grands cabinets de conseil, aux ingénieurs, aux inspecteurs des finances, aux conseillers-maîtres à la Cour des comptes. Finis les jeux politiques et les petits arrangements entre amis. On va « rationaliser » et notamment fermer des lits.



La politique hospitalière sous l'étouffoir budgétaire

Le graal technocratique est depuis la fin des années 1970 de mettre le « système de soins » sous « enveloppe globale ». En effet, d'inspiration bismarckienne, ce dernier fonctionne à « guichets ouverts ». Autrement dit, la Sécurité sociale rembourse ex-post les soins dispensés par les médecins aux patients. On ne peut donc constater l'agrégat dépenses de santé qu'à n+2. Et puis, dans « guichets ouverts », il y a « ouverts ». Et cela, les inspecteurs des finances de la direction du Budget ne le goûtent guère. Ouvert veut dire pour eux incontrôlé. Or la machine à soigner doit être contrôlée et si elle pouvait l'être de façon automatique, cela serait encore mieux. Mais comment faire car, du point de vue constitutionnel, c'est impossible, étant donné que la Sécurité sociale est (théoriquement) autonome par rapport à l'État. Qu'à cela ne tienne : il n'y a qu'à changer la constitution pour que l'État s'arroge un droit de regard sur les finances de la Sécu ! Les Français adorent changer leur constitution au gré de leurs lubies. Un plan préparé par le Premier Ministre de l'époque, Alain Juppé, instaure les Projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) : chaque année, le Parlement se prononcera sur un objectif de dépenses en fonction de prévision de recettes. Que le lecteur nous suive sur ce chemin tortueux : au départ, rien n'est contraignant. Dans le PLFSS, est voté l'Objectif national d'assurance maladie (ONDAM). Le mot important est objectif. Il est hors de question de fermer les pharmacies et les hôpitaux lorsque l'objectif est dépassé. En fait, l'ONDAM est un instrument de sémantique politique : il vise à signifier la détermination des pouvoirs publics à « tenir » la dépense, comptant sur un « effet psychologique ». Las, l'effet psychologique est éphémère. L'année suivante, les dépenses repartent à la hausse. Et

l'ONDAM n'est jamais tenu. Et ça énerve profondément et la direction du Budget et la direction de la Sécurité sociale qui ont la haute main sur l'élaboration du PLFSS, les parlementaires regardant passer le train budgétaire.

La chape de plomb budgétaire post-2010

Mais une opportunité se présente dans le sillage du krach de 2008 : les acteurs européens, Commission et BCE en tête, s'accordent sur une « surveillance multilatérale » renforcée des finances publiques et surtout une « règle d'or ». Dès 2010, une commission, présidée par un éminent représentant de la Cour des comptes, rend un rapport pour siffler la fin de la partie. Cette fois, finis les « objectifs », les arrangements avec la présentation chiffrée pour « faire plaisir à Bruxelles », bref, avec la politique, l'ONDAM sera tenu *quoi qu'il en coûte*. La note de Pierre-Louis Bras détaille le mélange de psycho-rigidité budgétaire et de tambouilles chiffrées qui préside à l'élaboration de l'ONDAM. Surtout, il souligne le cadre qui préside à sa « construction » (baroque) : premièrement, il faut réduire le déficit des finances publiques pour se conformer aux engagements européens de la France ; secondairement, il faut limiter, si possible réduire, le taux de prélèvements obligatoires. Conclusion : la variable d'adaptation est la dépense publique et comme les dépenses d'assurance maladie représentent 15 % des dépenses publiques, et l'hôpital 50 % de ces dernières… retraites et santé sont dans le viseur.

Avec quand même une question qui mériterait réflexion : pourquoi les dépenses de santé évolueraient au même rythme que la croissance du PIB ? Quels liens existent entre le progrès technique, la démographie, le vieillissement, les « besoins » d'un côté, et la croissance du PIB de l'autre ? On l'a bien vu au moment de la crise du Covid-19 : dans un élan aussi généreux que keynésien, le Président de la République a déclaré : « on fera ce qu'il faut, quoi qu'il en coûte ». Est-ce à dire que dans les situations ordinaires, on ne veut pas faire ce qu'il faut ? Est-ce là un aveu ? Grégoire Chamayou a récemment bien souligné comment à la fin des années 1970, les élites avaient été prises de panique non seulement par l'indiscipline croissante de jeunes travailleurs à la chaîne – tentés par les chants de l'autogestion – mais aussi et surtout par la panique de la « surcharge démocratique » source d'inflation des dépenses publiques. Le fameux rapport de la Commission trilatérale était clair sur les solutions : une « révolution managériale » (en fait, le chômage comme non salaire de la peur) ; « s*tarve the beast* » en baissant les impôts (sur les plus riches) ; s'assurer que les « managers » soient en ligne avec les objectifs des actionnaires. Le mode de gouvernement qui s'invente à ce moment est explicitement *anti-démocratique*. Il faut installer partout des disciplines, mieux, des autodisciplines, des pilotes automatiques pour que les systèmes dits démocratiques ne succombent pas sous le poids des « demandes sociales ». Ces réflexions du milieu des années 1970 n'ont pas pris une ride. Mieux : elles connaissent une mise en œuvre progressive mais déterminée.

On ne détaillera pas la façon dont un objectif est devenu une contrainte. On signalera que les dépenses publiques de santé, et hospitalières donc, sont prises en tenaille entre, d'un côté, l'impératif de retour à l'équilibre de la Sécurité sociale, de l'autre le respect d'un ONDAM devenu impératif catégorique.

Mais alors : comment répartir le « sous-ONDAM » hospitalier ? C'est ici qu'intervient une innovation introduite en 2004, la « tarification à l'activité », bien connue puisqu'elle a été internationalement exportée. Le principe, thatchérien : l'argent suit le patient. Donc chaque année, via un des pseudopodes du ministère, l'ATIH, sont fixés les tarifs de la prise en charge de telle ou telle pathologie. On atteint ici le graal cybernétique : un ONDAM fermé avec une T2A cela donne : des tarifs flottants. Les établissements sont incités à augmenter leur activité, pour réduire leur déficit – entre temps, ils ont été transformés en objets financiers – mais comme tout le monde fait la même chose… Le ministère décide l'année suivante de baisser les tarifs unitaires pour tenir l'ONDAM sous la férule de Bercy et de la Commission européenne.

D'une façon générale, les agences régionales de santé (ARS), administrations déconcentrées de l'État sanitaire central, n'ont quasiment aucune marge de manœuvre pour mettre en œuvre ce que leur enjoint la loi, c'est-à-dire une « territorialisation des politiques de santé ». Tout est verrouillé. Elles ne décident ni des recrutements, ni des salaires, ni des avancements, ni des tarifs de la T2A, ni des tarifs des médecins de ville, ni bien sûr du budget des hôpitaux… Mais elles sont des agences… « quand ça arrange le ministère » nous a confié une directrice adjointe d'ARS lorsque nous faisions une enquête ethnographique dans trois ARS.

Après 2010, les technocrates ont atteint leur nouvelle frontière : ils définissent l'ONDAM en fonction de la trajectoire des finances publiques, sans absolument aucun lien avec des données s'approchant de près ou de loin aux données de santé ou de travail soignant ; la T2A alloue aux établissements de façon mécanique, automatique, la sous-enveloppe dédiée à l'hospitalisation ; comme les tarifs n'évoluent pas pour couvrir les coûts réels, nombre d'établissements sont en déficit et font de la dette ; dette qui les livre pieds et mains liés aux armées de consultants et ingénieurs chargés, moyennant de substantielles rémunérations, comment faire plus avec moins.

Il leur a fallu faire plus car, au contraire du slogan de com' du « virage ambulatoire », de la ministre Buzyn puis Véran, la démographie des médecins généralistes diminue (et, en plus, ils baissent leur temps de travail), et donc il s'opère un transfert d'activités de la ville vers l'hôpital. Faire plus, avec moins, en perdant du pouvoir d'achat : concédons à M. Macron qu'il n'était pas simple d'anticiper la crise qui allait éclater à l'automne 2019.

Tel est le triste bilan de l'utopie de la « machine à soigner » : sa cybernétique (pas si) sophistiquée a « oublié » quelques paramètres : le transfert de l'amont et de l'aval vers l'hôpital, l'intensification du travail des soignants, leur perte de pouvoir d'achat, la dégradation des conditions de travail, les souhaits de la population en termes de « santé », le défi des maladies chroniques, l'évolution de la démographie médicale… Que de détails que tout cela !

Comment ne pas voir le désastre que l'on a sous les yeux ?

On nous permettra pour finir une analogie avec l'Intelligence artificielle, qui est un peu l'horizon mental des décideurs français (et européens). L'ONDAM c'est un peu la machine de Turing de la technostructure française. D'abord, nulle intelligence dans l'IA du moins

si l'on considère l'intelligence comme la capacité à sortir des routines, à créer, à innover. L'IA et ses algorithmes sont fondamentalement conservateurs : ils ne font qu'avec plus ou moins d'exactitude ce que les humains leur ont appris à faire. Faire la distinction entre un éléphant et une banane requiert des heures d'apprentissage supervisé avec des milliers de *data*. Un gamin de cinq ans le fait au pire en trois expériences.

Freud disait qu'il existe trois métiers impossibles : enseigner, soigner, gouverner. Pourquoi sont-ils impossibles ? Parce qu'il travaille sur de l'humain, d'où ressortit trois propriétés : la singularité, la complexité et l'incertitude. C'est ce qu'Aristote nommait la « sagesse pratique ». Un parent qui essaie d'éduquer son enfant le comprend encore plus vite qu'un expert de l'IA. Ces trois propriétés supposent ce que nos technocrates veulent escamoter : la délibération, parce qu'ils veulent escamoter la politique. Et escamoter la politique sur un autre métier comme celui de soigner, alors ce n'est pas l'échec qui est assuré, mais la catastrophe. (singularité + complexité + incertitude) au carré = délibération au carré.

Cette catastrophe, les Français l'ont eu devant les yeux pendant un an : des « décideurs » constatant que leur « machine à gouverner », en laquelle ils avaient tellement confiance, était en pleine capilotade, tentaient de cacher la malfaçon avec force mensonges, effets d'annonce, promesses d'un « jour d'après » radieux.

La planification, au moins telle qu'elle avait été rénovée à compter de 1988, démocratique mais adossée à des indicateurs multiples et qualitatifs, est certainement un processus long, tortueux, porteur d'irrationalités, lent, parfois exaspérant : mais elle avait le mérite d'intégrer la complexité et l'incertitude d'une organisation aussi labile que la santé. C'est ce que le philosophe Dewey nommait « l'enquête » : le public se co-construit avec les problèmes qu'il investigue. Et dans cette enquête, l'État n'est pas un instrument. Il est un instrument qui aide le public à résoudre le problème (de santé) dont il se préoccupe. C'est le cœur de la philosophie de la planification, sanitaire ou non. Or, avec la constitutionnalisation des règles budgétaires, l'État, d'instrument du public est devenu sont régent. Il s'est autonomisé du « public » pour lui imposer des règles non votées aux dépens des problèmes de santé auxquels il se confrontait. La question n'est pas que philosophique. Car les néolibéraux se sont définis contre les défenseurs de la planification, dont ils ont souligné les apories logiques et logistiques, afin de mieux vanter les vertus de la décentralisation marchande. Sauf que l'un des pionniers consacrés de l'économie de la santé, Kenneth Arrow, avait précocement souligné les apories de la régulation marchande dans le secteur médical (asymétries d'informations, etc.). Donc, logiquement, il reste deux solutions : la (non) régulation professionnelle, dont Eliott Freidson, a fait litière en 1970 ; la planification démocratique, équipée en informations, soutenue par les bassins de population desservis par les professionnels et structures de soins. La réponse n'est pas de nature logique ; elle est politique. Veut-on un système piloté de façon automatique en fonction d'instruments budgétaires quitte à rationner, de façon invisible et hypocrite, certaines catégories de population ? Dans ce cas, c'est le *contribuable* qui impose sa loi. Ou veut-on une procédure planificatrice, certes lente, tortueuse, coûteuse, source de conflits mais qui aura le mérite de partir des problèmes de santé concrets ? Dans ce cas c'est le *citoyen* qui imposera sa loi dans le cadre de la

délibération collective. Au fond, c'est à travers nous que traverse ce débat soi-disant technique, et pourtant intrinsèquement politique : sommes-nous d'abord des contribuables ou des citoyens-usagers ?

Peut-on espérer ne pas voir revenir un mode de gouvernement au moment où réduire les déficits et la dette publics redeviendront l'alpha et l'oméga de l'action publique ? Las, il y a beaucoup à craindre que comme en 2010, les « machines à gouverner » vont revenir en force, « assainissement des finances publiques » oblige. Mais, quand même, on aura eu ce moment aussi unique qu'édifiant où un brillant technocrate supplie le politique de se ressaisir de ses choix démocratiques ! Quand les technocrates sont gênés par la démission des décideurs politiques, c'est que cela ne tourne plus rond dans la démocratie !

Notes de bas de page

↑1	Pierre-Louis Bras, « Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé », *Note de la Fondation Terra Nova,* 25 mars 2021.
↑2	Frédéric Pierru, « Agences régionales de santé : missions impossibles », *Revue française d'administration publique*, n° 174, 2021, p. 385 – 404.
↑3	Aquilino Morelle, *La défaite de la santé publique*, Paris, Flammarion, 1996.
↑4	Sur ce point, voir Frédéric Pierru (dir.), « L'administration hospitalière : réformes permanentes et crises sans fin », *Revue française d'administration publique*, n° 174, 2020.
↑5	Frédéric Pierru, « Le grand chaudron du PLFSS », *Les Tribunes de la santé*, n° 67, 2021, p. 69 -79.
↑6	Alain Supiot, *La gouvernance par les nombres*, Paris, Pluriel, 2020 [2015], chapitre 1.
↑7	Alain Supiot, *La gouvernance par les nombres*, Paris, Fayard, 2015.
↑8	Roland Gori, *L'individu ingouvernable*, Paris, Les Liens qui Libèrent, 2015.
↑9	Frédéric Pierru, « Budgétiser l'assurance maladie. Heurs et malheurs d'un instrument de budgétisation », dans Philippe Bezès, Alexandre Siné (dir), *Gouverner (par) les finances publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2011.
↑10	Grégoire Chamayou, *La société ingouvernable, Paris*, La Fabrique, 2018.
↑11	Brigitte Dormont, « La tarification à l'activité (T2A) à la Française » », *Revue française d'administration publique,* op. cit., p. 487 – 498.
↑12	John Dewey, *Le public et ses problèmes*, Paris, Folio Essais, 2005 [1915].

Par Frédéric Pierru