



HAL
open science

**Recension de Bernard Marrot, Politique d'organisation
du système de santé en France, Paris, L'Harmattan,
2022, 599 pages.**

Jean-Charles Basson

► **To cite this version:**

Jean-Charles Basson. Recension de Bernard Marrot, Politique d'organisation du système de santé en France, Paris, L'Harmattan, 2022, 599 pages.. Revue française d'administration publique, 2023, N° 183 (3), pp.936-944. 10.3917/rfap.183.0295 . hal-04947419

HAL Id: hal-04947419

<https://ut3-toulouseinp.hal.science/hal-04947419v1>

Submitted on 21 Feb 2025

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

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

Bernard Marrot, *Politique d'organisation du système de santé en France*, Paris, L'Harmattan, 2022, 599 pages.

Le volume et, de fait, l'épaisseur de l'ouvrage – près de 4,5 centimètres, tout de même ! – ne doivent pas rebuter le lecteur invité à bousculer l'ordonnancement de sa bibliothèque pour lui ménager une place. S'il en fut d'un rien que l'auteur atteigne les 600 pages, il vaut la peine, assurément, d'accueillir une telle somme sur les rayons, déjà bien fournis, de qui se soucie de saisir la complexité de la *politique d'organisation du système de santé en France* et envisage de s'atteler résolument à la lecture de l'ouvrage de Bernard Marrot. Le plus simple étant de l'attaquer de front, sans refuser l'obstacle, fut-il de belle taille. Exercice dont nous rendons compte ici.

Avant même d'ouvrir ce gros livre, notons que son titre lui conserve une part de mystère. Sa généralité, d'une part, et le peu d'emprise de l'auteur sur le thème ainsi neutralisé, d'autre part, y contribuent grandement. Car qu'entend-il faire de cette « *politique d'organisation du système de santé en France* ? » La présenter, à coup sûr, et dans les moindres détails et replis que permet le format retenu ; l'analyser, sans doute également, comme on l'attend d'un livre universitaire ; mais encore, entreprendre de la déconstruire, s'appliquer à en relever les travers et – pourquoi pas ? – proposer de la réformer. Le lecteur averti des choses de la recherche (appliquée à rien d'autre, dans le cas présent, que la vie et la mort qui bornent les questions de santé) peut l'espérer. Le tout « *en conformité avec la déontologie et les bonnes pratiques médicales* », comme l'intime la collection « *Éthique et pratique médicale* » à ses auteurs, « *acteurs du monde de la santé* ». Comptant parmi ceux-ci, Bernard Marrot précise, en quatrième de couverture de son livre, qu'il est, tout à la fois, docteur en droit, inspecteur général honoraire des affaires sociales et membre du conseil de surveillance du centre hospitalier universitaire de Nantes. Autant de qualités qui mêlent les genres et annoncent un manuscrit nourri de perspectives diverses et complémentaires, incluant la confrontation au terrain de la part d'un auteur qui, consacrant, dès 1993, sa thèse de droit public à l'*Administration territoriale de l'État dans le domaine sanitaire et social*, témoigne d'une louable constance sur le sujet et dispose d'une connaissance, à propension rétrospective et longitudinale, accumulée pendant près de trente ans pour en rendre compte.

D'autant que les états de service affichés par l'auteur ne semblent pas le porter à endosser une posture par trop légitimiste envers un système de santé au sein duquel il assure des responsabilités notoires et auquel il consacre une grande partie de sa vie. Ne revendique-t-il pas, en quatrième de couverture toujours, que, face au « *niveau élevé d'inégalités en matière de santé et [au] taux de décès prématurés évitables les plus élevés d'Europe, [...] une refonte de notre système de santé* » s'impose ? Plus, il pose les fondements des nécessaires changements à entreprendre sans tarder : condamnation du privilège accordé à la « *logique curative au détriment des stratégies de promotion de la santé* » ; appel à la création d'un « *service public de santé* » ; plaidoyer pour accorder « *à la démocratie sanitaire une vraie place* » ! Et de confirmer, du même coup, notre intérêt pour l'ouvrage, nous qui entendons porter au jour la « *fabrique des inégalités sociale de santé* »¹, contribuons à la très récente structuration internationale du champ de la recherche en promotion de la santé² et voyons dans la santé communautaire telle qu'elle se développe aujourd'hui en France, et singulièrement à Toulouse³

1. Basson J.-C., Haschar-Noé N., Honta M., 2021, « La Fabrique des inégalités sociales de santé. Avant-propos », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 9-33.

2. Basson J.-C., Haschar-Noé N., Lang T., Boulaghaf L., Maguin F., 2022, « Studying the Case de Santé de Toulouse (France) as a propaedeutic step », in Potvin L., Jourdan D. (dir.), *Global Handbook of Health Promotion*, vol. 1, *Mapping Health Promotion Research*. Cham, Suisse, Springer, p. 705-716

3. Basson J.-C., 2022, « Quand la santé sociale devient politique. La raison communautaire de la Case de Santé de Toulouse », in Duvoux N., Vezinat N. (dir.), *La Santé sociale*, Paris, PUF, p. 87- 99.

(Basson, 2022), le plus sûr moyen de conférer du sens et du pouvoir à une démocratie en santé qui reste, en effet, à construire. Vifs et polémiques, ces différents points qui aspirent à gagner le débat public sont ainsi annoncés dans le livre. Ouvrons-le.

Nous sommes alors immédiatement frappés par la rigueur implacable du long exposé dont témoigne le sommaire – qui mérite d'accéder au rang de table des matières tant il est développé, s'il n'est absolument exhaustif (quelques sous-sections subalternes lui échappant) : trois parties (comme il se doit), consacrées respectivement à « *la politique nationale de santé et ses éléments constitutifs* », à « *l'État-stratège à l'épreuve des réalités* » et à « *l'administration du système de santé* » ; servies par sept « titres » (comme sont qualifiées les subdivisions dans les recueils de lois et les ouvrages juridiques) ; lesquels sont alimentés par pas moins de 22 chapitres. La matière est là, considérable et recensée sur le mode de l'évidence par le recours quasi systématique à un article défini qui ouvre chacun des titres et des sous-titres de l'ensemble de l'édifice éditorial (dont, par ailleurs, chaque élément est de taille extrêmement variable) : « La politique nationale de santé et ses éléments constitutifs » ; « La part du droit international et européen dans la politique nationale de santé » ; « Le rôle des institutions internationales »... pour ne reprendre que les premiers titres du « sommaire », sachant qu'il en va ainsi tout au long du livre qui, du même coup, présente les choses telles qu'elles sont, indubitablement, ne semblant souffrir aucune réserve, nuance, alternative et, encore moins, dénéigation et contestation.

Le procédé énonciatif rythmant la titraille surprend car il s'apparente à un principe général tendant à essentialiser les modalités, règles et pratiques de l'organisation qui régit le système de santé français que l'auteur se propose, pourtant, d'interroger, voire de soumettre à la critique dans le dessein de le transformer. Le lecteur sent alors poindre une contradiction qui éveille sa vigilance quant à la capacité à associer présentation à plat et entreprise d'objectivation. Constitutive d'une approche juridique, si la convention retenue semble, à nos yeux, peu appropriée pour entreprendre la déconstruction du monde social de l'organisation de la santé poursuivie par l'auteur, reconnaissons qu'elle est particulièrement pertinente pour en livrer un large tableau. Sans doute est-ce d'ailleurs là que réside réellement l'ambitieux travail réalisé par Bernard Marrot et sa réussite indéniable : donner à voir, par le détail, le vaste panorama d'un territoire complexe, méconnu et, pour autant, élémentaire quant au gouvernement de nos vies. Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'organisation du système de santé français, l'auteur ose nous le livrer sans que nous ayons à le lui demander ! À cette aune, le livre doit donc s'entendre comme une somme fondamentale et essentielle, un ouvrage complet et didactique, un manuel précis et pratique : indispensable ! Auquel cas, ce n'est pas d'une éventuelle contradiction dont il est question, mais bien d'un contresens, d'une équivoque opérée par un lecteur politiste porté résolument vers la sociologie politique au détriment du droit public.

C'est également qu'à l'issue de l'investissement du « sommaire », l'objet du livre reste fuyant. Flou que *l'introduction générale* ne vient pas dissiper – et avec elle l'ensemble des introductions secondaires des parties, « titres » et chapitres qui consistent, le plus souvent, en une simple annonce de plan, quand elles ne sont pas oubliées. Particulièrement significative de ces limites, l'introduction de la première partie se résume ainsi à une annonce de plan d'une grande sécheresse, d'autant plus difficile à saisir qu'elle ne respecte pas la chronologie des différentes sections de la partie en question et que, plus curieux encore, elle emprunte aux deuxième et troisième parties qui disposent pourtant d'introductions propres. Pour sa part, insuffisamment précis et développé pour prétendre borner, justifier et donner à comprendre la somme qui nous est proposée à la lecture, le propos introductif général peine à remplir son office. Si on mesure l'ampleur des préalables à poser susceptibles d'encadrer le si vaste tableau que nous sommes invités à embrasser, nous regrettons de ne pas trouver clairement explicités, en ouverture d'un livre de recherche, les attendus classiques qui permettent d'en construire

les bases : son objet (nous l'avons dit) et la question générale qui structure son argumentaire ; l'état de l'art qui le fonde ; les hypothèses qui en sous-tendent la démonstration ; la méthode de récolte des données et de leur traitement qui le cautionne⁴ ; le ou les terrains empiriques qui assoient l'ensemble de l'édifice et viennent lui donner du corps.

De tous ces points qui président à la logique de la découverte scientifique et autorisent à poser un regard évaluatif sur les productions inspirées de cette dernière, le lecteur sait bien peu de choses. Au mieux, relève-t-il, pêle-mêle : 1. une définition du système de santé largement inspirée de la traditionnelle école française de sociologie des organisations (pourtant fort peu sollicitée dans la suite de l'ouvrage) – « *par système de santé, on entendra un vaste ensemble de professions, d'institutions, d'établissements, de services engagés dans une dynamique d'interactions multiples due à la complexité des fonctions sanitaires, sociales et médicosociales. Ces interactions s'inscrivent dans un jeu des acteurs alternant ou associant coopération et conflit. Cette définition est classique* » (p. 22). En effet ! Quand bien même, dans le livre, les acteurs individuels n'apparaissent jamais derrière les professions, institutions, établissements et services auxquels ils appartiennent et contribuent grandement à donner vie ; 2. quelques considérations générales relatives à la crise dudit système, celle-ci tenant essentiellement au fait que « *la perception commune tend à le réduire à un système bipolaire constitué de la médecine de ville, d'une part, de l'hôpital, d'autre part* » (p. 23) ; 3. un appel à raisonner selon les « *déterminants* [que nous qualifierions volontiers de "sociaux"] *de la santé* », à développer la promotion de la santé et la prévention et à créer un « *service public de santé* » englobant toutes les questions se rattachant à ce vaste domaine (p. 23-24) ; 4. quelques emprunts à quelques auteurs majeurs, dont Michel Foucault et Didier Fassin (p. 25) (qui nous inspirent également quant au gouvernement des conduites de santé à l'échelle urbaine⁵) ; 5. des références bibliographiques incomplètes en bas de page (27, comme dans l'ensemble du livre) et, enfin, 6. l'absence d'annonce de plan général.

Le lecteur entre donc sans guide dans la vaste entreprise de Bernard Marrot. Reste que tout est là, rendu disponible à qui veut bien se donner la peine de s'y enfoncer, au double risque de s'y perdre et d'en sortir infiniment plus averti qu'avant d'y entrer. Un indice toutefois le met sur la voie de la démonstration à suivre. Il réside dans l'interrogation qui ferme l'introduction générale : « *Est-il possible d'amender indéfiniment un système devenu difficilement lisible, dont l'efficacité est en cause ou faut-il envisager une profonde réforme structurelle ?* » (p. 30). Poser la question, c'est y répondre. Le fil de la lecture le confirme, par touches successives, dont il est illusoire de prétendre livrer ici l'exhaustivité et le détail.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à un panorama de la politique nationale de santé appréhendée selon trois perspectives : ses implications internationales et européennes, d'une part ; son histoire et ses déterminants épidémiologiques, d'autre part ; le droit des usagers, enfin. Si, au premier titre, le rôle de l'Organisation mondiale de la santé est souligné, l'auteur relève que son « *action est cependant limitée par le jeu des intérêts nationaux et la puissance des entreprises internationales, notamment dans le secteur de la pharmacie* » (p. 35). Par contre, le rôle du Conseil de l'Europe, de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) et, plus largement, de l'Union européenne est valorisé. Le premier est présenté comme « *prescripteur du droit des personnes en matière de biomédecine* » ; la CEDH assurant, pour sa part, des fonctions croissantes en matière d'encadrement du début et de la fin de vie, de suicide assisté et d'euthanasie, de techniques de reproduction (telle la gestation pour autrui) et de protection sanitaire liée à l'environnement ; l'Union européenne

4. Faya-Robles A., Soulier A., Beltran G., Basson J.-C. *et al.*, 2022, « Quotidiens confinés. Réflexions méthodologiques et éthiques sur une expérience de recherche à distance », *Socio-Anthropologie*, n° 45, p. 231-248.

5. Basson J.-C., Honta M., 2018, « Se bien conduire dans une ville saine. La fabrication politique du gouvernement urbain de la santé de Toulouse », *Terrains et Travaux*, n° 32, p. 129-153.

œuvrant, de son côté, principalement en matière de droit des usagers des services de santé, de libre circulation et d'installation des professionnels de santé, de définition et de mise sur le marché des médicaments, de veille sanitaire et d'aide à la recherche, de protection de la santé, de sécurité des consommateurs, de protection de l'environnement et de régulation des substances chimiques. Le tout recensé sur le mode de la présentation à plat regrettée plus haut pour son incapacité à dégager une ligne interprétative générale de l'action publique de santé française prise dans les tensions institutionnelles et politiques des différentes échelles supranationales.

Une histoire de la politique nationale de santé appréhendée *via* le prisme de la santé publique est dressée dans la foulée et débouche sur la présentation des « *données paradoxales de l'état sanitaire [selon lesquelles] [...] si l'espérance de vie à la naissance est parmi les meilleures au monde, l'espérance de vie en bonne santé – indicateur significatif de la qualité de vie – situe la France sous la moyenne européenne. [Qui plus est], le taux de mortalité et de morbidité prématurée “évitable” est un des plus élevés d'Europe* » (p. 94). Si le constat antinomique (qui fait de la France le mauvais élève de l'Europe en matière de santé) peut surprendre, il est, d'une part, bien connu et, d'autre part, de mieux en mieux documenté. L'auteur nous livre, d'ailleurs, quelques pages plus loin, la clef de ce qui n'est un mystère pour personne, l'explication résidant dans la prégnance des inégalités sociales de santé qui caractérise notre pays : « *Il y a un cumul des facteurs défavorables dans les catégories sociales à faible niveau de revenu et de formation : conditions de travail exposant davantage à des risques d'accidents ou de maladies professionnelles, conditions de logement souvent défavorables, sociabilité restreinte, reconnaissance sociale moindre, pratiques d'alimentation et conduites à risque peu sensibles aux messages de prévention, consommation conséquente de substances psychoactives, recours aux soins plus faible et plus tardif* » (p. 99-100). Soit l'implacable agrégation des déterminants sociaux de santé qui vont se renforçant les uns les autres et se font particulièrement délétères quand survient une pandémie⁶.

« *Les priorités assignées par la loi à la politique de santé sont [pourtant] d'assurer la promotion des conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes, de garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* » (p. 107). À croire, en effet, que « *les conflits d'intérêts économiques, les comportements de type corporatiste [...], les antagonismes puissants autour des valeurs éthiques* » (p. 110) viennent ruiner le bel édifice législatif de telle façon que « *les pouvoirs publics sont de plus en plus sommés de décider, mais voient tout autant leur légitimité à décider contestée* » (p. 110). C'est alors la faculté de l'État à se prévaloir de la qualité de « *garant des droits des usagers du système de santé* » qui est interrogée et, plus particulièrement, le « *sens* » et la « *portée* » réels du « *concept* » de démocratie sanitaire (p. 123) dont on connaît les limites fondamentales, que l'auteur relève avec à-propos : « *L'histoire de l'État et de son administration en France et l'histoire de la médecine éclairent cette situation incertaine du projet de démocratie sanitaire. La culture profonde de l'administration fait partager à tous ses membres la conviction qu'elle est gardienne de l'intérêt général. [...] Il n'est pas naturel pour l'administration de partager un pouvoir qui n'a de compte à rendre qu'à la représentation nationale. L'histoire de la médecine, en tant que corps social, ne l'incline pas davantage à partager un pouvoir fondé sur des valeurs éthiques et scientifiques rigoureuses* [et sur un certain nombre de prébendes, sommes-nous

6. Nicaise S., Cavé A., Faya-Robles A., Beltran G., Coeurdevey E., Basson J.-C. *et al.*, 2022, « Confinement et déstabilisation migratoire. Le cas d'une famille marocaine », in Endelstein L., Favre G., Roux S. (dir.), *Effets secondaires. Vivre au temps du Covid-19*, Lormont, Le Bord de l'Eau, p. 55-71.

tentés d'ajouter]. *La culture médicale ne se confond pas pleinement avec la culture de santé publique et sa coopération avec la démocratie sanitaire n'en est que plus malaisée* » (p. 134).

Et si tout était dit là, à moins du quart du livre ? Et jette, de fait, un trouble quant à l'effectivité de la « *concrétisation des droits des malades* » (p. 136) ; à commencer par « *la création en 1980 du secteur à honoraires libres [qui constitue] [...] une limite sérieuse au principe d'égalité dans l'accès au soins* » (p. 140) ; à suivre, notamment, par « *l'interdiction du refus de soin [qui] doit être conciliée avec le droit reconnu au praticien d'accepter ou non une demande de consultation* » (p. 142) ou, encore, par « *le droit au consentement aux soins [...] tempéré par l'obligation déontologique et légale de sauver la vie de la personne* » (p. 149). De même ne fait-il aucun doute que le « *droit issu de la bioéthique* » soit une « *fragile vigie* », une sentinelle maintenue en alerte permanente devant le nécessaire et impossible arbitrage entre « *les interdits qui tracent une frontière entre ce qui préserve l'humanité en l'homme et ce qui ouvre la voie à des changements profonds dans notre définition de l'être humain* » (p. 173-174). À l'issue de cette première partie, il apparaît alors clairement que, au-delà du droit et des principes déontologiques et éthiques, la politique nationale de santé est bien le produit d'un rapport de force, socialement situé, entre des intérêts diversement poursuivis et des visions du monde fondamentalement opposés qui s'affrontent pour en arrêter, toujours temporairement, les modalités, normes, règles et axiomes.

Ce que confirme la deuxième partie du livre consacrée à « *l'épreuve des réalités* » (p. 199) auxquelles l'État doit faire face et qui suppose que le pouvoir régalien, d'une part, développe des « *stratégies de santé* » – dont il s'agit de mesurer l'écart qui sépare « *les intentions et les faits* » (p. 201) – et, d'autre part, construise des « *compromis permanents avec les acteurs du système* » de santé (p. 287) dont il entend conserver le contrôle. L'écart le plus significatif, et préjudiciable, tient sans doute aux « *enjeux majeurs* » que constituent la promotion de la santé et la prévention des risques au regard des « *moyens mineurs* » (p. 203) qui leur sont dévolus. « *Restée un élément marginal [...], représentatif des aspirations de courants associatifs minoritaires associés à la nouvelle génération de médecins et d'ingénieurs de santé publique* » (p. 205), la première est directement tributaire du fait que « *les causes socio-économiques et culturelles des pathologies et des handicaps ne sont pas traitées avec l'attention qu'elles requièrent puisque la primauté accordée au traitement curatif conduit à traiter les effets plutôt que les causes, dans un grand nombre de cas* » (p. 206). Pour sa part, outre que sa dimension fortement normative et contraignante l'apparente à un mode de « *gouvernements du corps* »⁷ – d'autant plus sensible qu'elle intervient en période de pandémie et recouvre la qualité de « *règle d'ordre public sanitaire* » (p. 211), la prévention est incompatible avec le paiement à l'acte qui « *n'est pas adapté aux exigences d'un temps de travail consacré à la coordination interprofessionnelle et à la réalisation d'actes d'éducation à la santé ou d'écoute de patients exprimant une souffrance psychique* » (p. 214).

Par ailleurs, « *un schéma [d'observation], de veille et d'alerte sanitaires formellement établi étant impuissant sans la conviction que la catastrophe est possible à tout moment* » (p. 225), regrettons que les crises sanitaires à répétition, auxquelles il convient d'ajouter les canicules et autres catastrophes naturelles, tardent à générer la prise de conscience indispensable. Le seul salut semble alors résider dans « *un service public de santé* ». Cette « *structure pérenne capable d'appliquer les principaux buts de la promotion de la santé et de la prévention, en particulier l'éducation sanitaire* », demeure toutefois « *à construire* » (p. 231). La petite enfance (p. 236), la santé scolaire (p. 239) et la « *santé au travail* » (p. 258) sont les premiers secteurs à pâtir de cette absence. Reste alors à souscrire aux vertus des « *stratégies de prévention*

7. Honta M., Basson J.-C., Jaksic M., Le Noé O., 2018, « Les gouvernements du corps. Administration différenciée des conduites corporelles et territorialisation de l'action publique de santé. Introduction », *Terrains et Travaux*, n° 32, p. 5-29.

ciblées » (p. 246) visant, notamment, les populations des « *quartiers prioritaires* » via les ateliers santé-ville⁸, la lutte contre la sédentarité⁹, « *la surconsommation d'alcool dans un pays grand producteur* » (p. 269) ou autres addictions et divers « *comportements à risques* » (p. 264), dont ceux induits par « *la précarité sociale* » (p. 283) ne sont pas les moindres.

Autre « *épreuve des réalités* », si l'organisation des soins de santé est soumise à un « *compromis permanent avec les acteurs du système* », c'est qu'en la matière l'État est contraint de composer avec « *les acteurs puissants et autonomes que sont le corps médical, le secteur de l'hospitalisation et l'industrie pharmaceutique* » (p. 287). À ce titre, « *l'épreuve du pouvoir médical* » est sans doute la plus périlleuse tant « *la lutte constante du corps médical pour préserver son autonomie jusqu'à constituer une société spécifique au sein de la société ne peut se résumer à la préservation de ses valeurs éthiques, si fondamentales soient-elles : comme tout corps social, il entend préserver ses intérêts économiques* » (p. 288). Selon l'auteur, l'entretien de cette collusion structure l'histoire des relations tendues entre le champ de la médecine (celui-ci étant toutefois socialement composite) et les pouvoirs publics et fonde, ainsi, les origines de l'ensemble des difficultés qui en découlent : les « *ambiguïtés du libéralisme médical* » (p. 289) marquées par son « *expression corporatiste* » (p. 301) et sa perception de la santé publique « *comme une menace* » (p. 302), la création du « *secteur à honoraires libres (échec majeur pour le principe de l'égalité d'accès aux soins)* » (p. 309), son « *conservatisme* » garanti par son ordre professionnel (p. 316), le paiement à l'acte préféré à la capitation (une rémunération au forfait) et au salariat (p. 322), le défaut de maîtrise des prescriptions médicamenteuses et des divers examens (p. 327), la liberté d'installation génératrice des déserts médicaux (p. 331) et la formation médicale (p. 338) qui, malgré les réformes, semble bien peu évoluer. Soit la somme impressionnante des principales pierres d'achoppement du système de santé français !

Les mondes sociaux respectifs de l'hôpital et de la pharmacie incarnent les deux autres pouvoirs obligeant l'État à recourir au compromis. Si le système français d'hospitalisation fait coexister des établissements publics et des établissements privés à but lucratif ou non, Bernard Marrot note, en effet, fort justement que « *l'hôpital public n'est pas seulement une pièce centrale du système de soins, il est un enjeu politique majeur en raison de la place qu'il occupe dans l'économie nationale et locale, d'une part, de la force du principe égalitaire en matière d'accès aux soins hospitaliers qu'il garantit, d'autre part* » (p. 346). L'auteur dresse l'histoire sensible de cette institution qui permet de saisir les raisons pour lesquelles elle est si difficile à gouverner. Par ailleurs, il voit dans « *la politique du médicament* » une autre des « *limites de la souveraineté nationale* ». Grosse consommatrice, la France est confrontée « *à des difficultés d'approvisionnement, notamment parce que le secteur de l'industrie pharmaceutique, multinational et très concentré, a largement délocalisé ses fabrications en Asie* » (p. 418). Établissement des règles de sécurité, évaluation des produits, autorisation de mise sur le marché (p. 422), admission au remboursement (p. 426), fixation des prix (p. 428), encadrement du système de distribution (p. 436), éducation du consommateur et pertinence de la prescription (p. 439), les dossiers sont nombreux qui rendent extrêmement délicate, et impérative, la régulation du milieu par la puissance publique.

8. Basson J.-C., Génolini J.-P., 2021, « Ethnographie classificatoire de la participation citoyenne en santé. Une innovation sociale majeure ? Le programme *Ciné ma santé* des quartiers nord de Toulouse (France) », *Innovations. Revue d'économie et de management de l'innovation*, n° 65, p. 163-187

9. Basson J.-C., Haschar-Noé N., Honta M., 2022, « Alimentation + Activité Physique = Nutrition. L'équation à une inconnue du Programme national nutrition santé, 2001-2015 », in Perrin C., Perrier C., Issanchou D. (dir.), *Bouger pour la santé ! Analyses sociologiques d'une injonction contemporaine*, Grenoble, PUG, p. 95-103.

C'est encore très largement de l'État – et de ses nouvelles formes de gouvernement, *via* les agences et la territorialisation de l'action publique en santé¹⁰, notamment – dont il est question dans la troisième partie du livre de Bernard Marrot. Convaincante aux deux « titres » qu'elle consacre, respectivement, à « *l'organisation politique et administrative centrale* » et à « *l'organisation territoriale de la santé* ». La première étant située « *au cœur de la complexité* » (p. 449) et la seconde « *sous des vents contraires* » (p. 523), le lecteur conçoit immédiatement que ce dernier développement ne lui garantit pas l'accès à la sérénité. La « *complexité* » relevée initialement réside, d'une part, dans l'organisation du ministère de la Santé lui-même qui doit composer avec une « *organisation politique et administrative centrale [...] passée, en un quart de siècle, d'une structure administrative classique aux moyens dérisoires à une structure de pilotage d'un système de santé complexe* » (p. 450). Aux risques de la confusion et des tensions nées de la multiplication des différents organes et de leurs potentiels enchevêtrements vient s'ajouter un changement de nature dans la légitimité et les fondements du pouvoir régalien que l'auteur regrette manifestement, soit le passage « *d'une forme d'administration par la loi à une forme d'administration par l'expertise* » (p. 453). Et Bernard Marrot de s'attarder sur sept « *agences sanitaires nationales* » (p. 462) et quatre « *autorités administratives indépendantes* » (p. 476). La complexité de l'organisation politique et administrative centrale tient, d'autre part, à l'interrogation quant à « *l'avenir* » (p. 484) des relations entre l'État et l'assurance maladie. Si ces dernières sont situées « *au fondement de notre système de santé depuis la Libération* » (p. 484), elles n'en reposent pas moins, historiquement, sur l'ambiguïté selon laquelle « *l'intégration de l'assurance maladie dans une logique de santé publique remet en cause son caractère assurantiel* » (p. 503), soit son essence même.

Dans le même temps, des « *vents contraires* » balayent l'actuelle (ré)organisation territoriale de la santé qui est, il est vrai, « *étrangère à la tradition française héritée de la Révolution et traduit un pilotage sectoriel [...] par une institution – l'agence régionale de santé (ARS) – qui n'entre pas, a priori, dans le système institutionnel classique, historique, fortement implanté, de gestion des "territoires" : celui des collectivités territoriales et du rapport qu'elles entretiennent avec le représentant de l'État, le préfet* » (p. 523). Si l'auteur reconnaît que « *beaucoup doutent de l'autonomie que lui confère, en principe, son statut d'établissement public* » (p. 526) et que ses « *pouvoirs comportent des limites sérieuses dans sa mission de régulation de l'offre de soins* » (p. 532), au moins l'ARS peut-elle élaborer des projet et schéma régionaux de santé (p. 551), sachant que « *le projet d'une gestion démocratique de la santé ne peut produire une rationalité sanitaire que si la décision est éclairée par l'analyse des réalités épidémiologiques et sociales* » (p. 528). Directeur (et directrice, en compagnie de Michelle Kelly-Irving, épidémiologiste sociale) de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS) de Toulouse dont c'est précisément la mission, nous en sommes également convaincus.

Enfin, livrée en quatre petites pages, la conclusion générale de l'ouvrage – étant entendu qu'il n'en est pas d'intermédiaire – revient sur une question centrale qui traverse l'ensemble du livre, sans y répondre véritablement, d'autant qu'elle est formulée au futur : « *La gestion actuelle de l'offre de soins suffira-t-elle à effacer les nombreux effets pervers du système liés à la dualité médecine de ville-hôpital et au compartimentage entre le sanitaire, le médico-social*

10. Honta M., Basson J.-C., 2015, « Healthy cities : A new political territory. An analysis of local health care governance in the city of Bordeaux », *French Politics*, vol. 13, n° 2, p. 157-174. Honta M., Basson J.-C., 2017, « Entreprise métropolitaine en santé et ordre public local. Les limites socio-politiques à l'innovation institutionnelle. Le cas de l'agglomération bordelaise », *Politiques et Management public*, vol. 34, n° 3-4, p. 287-300. Honta M., Basson J.-C., 2017, « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé. L'épreuve de la légitimation politique », *Gouvernement et Action publique*, vol. 6, n° 2, p. 63-82.

et le social ? » (p. 581-582). Si le lecteur pressent bien que ce ne sera pas le cas et que c'est, notamment, en ces tensions que réside une partie des difficultés, il lui faut solliciter d'autres productions de l'auteur, mieux appropriées dans leur forme (plus directe) et format (plus succinct), pour y trouver des éléments de réponse et, au bout du compte, la thèse fondamentale et clairement circonscrite défendue par Bernard Marrot. C'est précisément l'objet de son « témoignage » publié dans cette même revue qui nous sollicite pour assurer la recension de son imposant ouvrage et y trouver l'opportunité de le rapprocher de nos propres travaux. L'argument consiste à soutenir qu'entre « administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé »¹¹, il convient de choisir. Comment ne pas souscrire à cette synthèse historique très convaincante des rapports de force organisant la régulation des deux systèmes en question ?

En effet, le constat est sans appel et d'une grande clarté. « On ne peut parler de crise de l'hôpital, sans parler de crise du système de santé », annonce l'auteur qui énonce immédiatement « les raisons bien identifiées de cette crise : notre système de santé investit peu en prévention, d'une part, et, d'autre part, il n'a jamais mis sur pied une organisation de santé primaire – le niveau de premier recours, enfin, l'hôpital est victime lui-même de son évolution vers une médecine hyper-technique qui a rejeté vers les marges les soins de médecine polyvalente, de médecine générale, les soins de suite et de réadaptation et les soins médico-sociaux »¹². Aiguisant son investigation, il en vient à établir le diagnostic de la faillite publique en ce domaine sensible : « Le système des soins de santé [...] est dominé par deux catégories d'acteurs : le secteur de l'hospitalisation, longtemps autonome, et celui de la médecine de ville, auquel le statut libéral garantit une plus large autonomie encore. [...] Cette bipolarisation [...] s'est cristallisée au cours d'une longue histoire pour finir par s'imposer à l'État au point de le rendre impuissant¹³ ».

Si, en la matière, le maître-mot est « innovation », l'auteur, doté d'une belle capacité réflexive, reconnaît volontiers que son « expérience [lui] a appris comment il était possible de laisser s'étioler des expérimentations volontaires consommatrices d'énergie jusqu'à l'épuisement quand il apparaît qu'il n'y aura pas de relais »¹⁴. Nous pouvons, en effet, témoigner comment une « initiative [en santé communautaire, dans notre cas], locale, ascendante, non gouvernementale, inclusive et participative [...] induit des changements dans les routines administratives et des arrangements institutionnels inédits, dont certains peuvent générer des dissonances majeures, des différends fondamentaux, voire des antagonismes irréductibles »¹⁵. Quant à « préparer les esprits à l'idée qu'une structure aussi repérable que le centre de santé communautaire québécois ou scandinave »¹⁶ (Marrot, 2020, 453), il convient de ne pas fantasmer au sujet du premier. Notre tout récent séjour de recherche, effectué en compagnie de Fabien Maguin – coordonnateur de la Case de santé de Toulouse, le plus important centre de santé communautaire de France –, à la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles de Montréal, haut lieu emblématique s'il en reste un, atteste combien le modèle est évanescant et particulièrement menacé en son propre territoire.

11. Marrot B., 2020, « Témoignage. Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ? », *Revue française d'administration publique*, n° 174, p. 443-458.

12. *Ibid.*, p. 443.

13. *Ibid.*, p. 444.

14. *Ibid.*, 453.

15. Basson J.-C., Haschar-Noé N., Lang T., Maguin F., Boulaghaf L., 2021, Recherche interventionnelle en santé des populations et lutte contre les inégalités sociales de santé : les partenariats « en train de se faire » de la Case de Santé de Toulouse, France, *Global Health Promotion*, vol.28, Supp.1, 24-30.

16. Marrot B., 2020, précit., 453.

L'auteur conclut son témoignage en ces termes : « *Les institutions sont ce que les hommes en font, faut-il rappeler ce truisme*¹⁷ ? » Nous sommes tentés de répondre, haut et fort, par l'affirmative tant la meilleure façon de saisir le jeu des acteurs en question et les effets de domination qui y président (du sanitaire sur le social, de la médecine libérale sur la médecine communautaire, par exemple...) suppose qu'une sociologie politique de l'organisation du système de santé en France (nous pensons, en premier lieu, à Bergeron et Castel¹⁸, qui n'est pas cité par Bernard Marrot) vienne utilement compléter la large analyse juridique proposée dans son livre afin d'en rendre compte complètement.

Jean-Charles BASSON

Politiste, université de Toulouse, France (CERPOP, UMR INSERM 1295)
Directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société
(IFERISS, FED 4142)
Expert auprès du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)
Membre de l'Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation (IUHPE)

17. Marrot B., 2020, précit., 458.

18. Bergeron H., Castel P., 2015, *Sociologie politique de la santé*, Paris, PUF