

REFGOV

Reflexive Governance in the Public Interest

Services of General Interest

Étude de cas

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie

By Paul-Anthelme Adele and Jérôme Porta

Working paper series : REFGOV-SGI-23

Étude de cas

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie

Paul-Anthelme Adele, Jérôme Porta

Septembre 2010

I. INTRODUCTION

La création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est une mesure importante pour la rénovation de l'ONDAM. Cette nouvelle institution a pour objet d'imposer un cadre procédural à la mise en œuvre de l'objectif national de dépense. Elle répond aux critiques émises à l'encontre de l'efficacité de la politique de maîtrise des dépenses notamment par l'instance d'évaluation des politiques publiques que constitue la Cour de compte. Il s'agissait ainsi de répondre à l'insuffisante préoccupation de l'implémentation de l'objectif national de dépenses. En effet, l'une des singularités de la politique de maîtrise des dépenses et en particulier de l'ONDAM est de poser un objectif à atteindre aux acteurs du système de santé sans véritable pouvoir de l'imposer et de fixer les voies de sa concrétisation. En réalité, la poursuite et l'atteinte de l'objectif de restriction de la dépense passe moins par la fixation d'une enveloppe impérative que par l'amélioration de la coordination des acteurs du système de santé. Autrement dit, la politique de maîtrise des dépenses a fait de la question de la gouvernance le vecteur de son action.

Dans cette quête d'efficience, l'absence d'opposabilité de l'ONDAM, en même temps que le caractère peu fiable de la construction de cet objectif financier semblaient et semblent encore constituer les défaillances cruciales de la gouvernance du système de santé. En imposant une sanction originale en cas de risque de dépassement de l'ONDAM – le déclenchement d'une procédure d'alerte – le comité d'alerte a imposé la prise en considération de la mise en œuvre de l'ONDAM par les acteurs du système de santé. Par exemple, le rapport de la Cour des compte de 2007 pointe cette évolution: « sous la menace de l'intervention du Comité d'alerte, le suivi des dépenses devient ainsi une préoccupation plus présente qu'elle ne l'était dans les travaux du conseil d'administration de la Cnamts avant 2004 » (Cour des comptes, La sécurité sociale, sept 2007, p. 180).

Quel est ce cadre procédural pour la mise en œuvre de l'ONDAM? En cas de non respect de l'ONDAM ou de risque sérieux de dépassement de l'objectif pour l'année en cours le comité d'alerte doit en alerter le Parlement, le Gouvernement et les Caisses nationales d'assurance maladie. Toutefois, le critère d'appréciation de ce risque de dépassement est quantitatif: la procédure d'alerte est déclenchée lorsque l'écart entre l'objectif et l'exécution des dépenses est égal ou supérieur à 0,75% du montant de l'ONDAM.

Qui sont les destinataires de cette procédure d'alerte?

De manière remarquable, elle engage tout à la fois l'amont et l'aval de la politique de maîtrise des dépenses de santé. En amont, elle s'adresse au Parlement. Au terme de l'alerte, celui-ci est invité à prendre en considération la procédure d'alerte pour intervenir dans la (re)définition du cadre de la maîtrise des dépenses de santé, notamment en imposant de nouvelles mesures de restriction des dépenses. En aval, l'alerte engage dans une procédure d'évaluation du système de santé à l'aune de l'exigence de maîtrise des dépenses. En premier lieu, le déclenchement de la procédure d'alerte impose une obligation aux Caisses nationales d'assurance maladie: elle doit proposer des mesures de redressement des comptes. Cette responsabilisation de certains acteurs du système de santé dans la concrétisation de l'ONDAM a été récemment étendue. La procédure d'alerte financière a été améliorée par une loi du 19 décembre 2007. L'article L. 162-14-1-1 du CSS dispose que « lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires est suspendue ». La logique de responsabilisation semble ici partagée avec une logique plus traditionnelle de sanction.

C'est ce dispositif institutionnel de l'alerte que nous avons voulu soumettre aux théories de la gouvernance réflexive telles que décrites par J. Lenoble et M. Maesschalck ("Au-delà des approches néo-institutionnalistes et pragmatistes de la gouvernance", *synthesis report for the REFGOV research project*, REFGOV Working papers series, REFGOV- SGI/TNU-1, 2006 et Gouvernance réflexive : quelques clarifications et approfondissement de la quatrième approche (approche génétique) Working paper series : REFGOV- SGI/TNU - 2). Quels les enseignements tirer d'un tel cadre d'analyse pour une meilleure compréhension de l'alerte financière mise en place dans le cadre

de la politique de maîtrise des dépenses de santé?

D'un point de vue heuristique, les théories de la gouvernance réflexive offrent en premier lieu de s'affranchir d'une lecture réductrice de l'alerte comme mécanisme de sanction. Pareille conception, qui prévaut dans les discours de facture juridique, manque les enjeux de cette procédure d'alerte, celui de la responsabilisation par l'engagement de processus décision visant à l'adoption de mesures correctrices. En second lieu, les théories de la gouvernance réflexive peut faire écho aux propositions d'analyse des pratiques sociales d'alerte posées par certains travaux sociologiques (notamment, F. Chateauraynaud et D. Torny, *Les sombres précurseurs. Une sociologie pragmatique de l'alerte et du risque*, Paris, Editions de l'EHESS, 1999). Les théories de la gouvernance réflexive invitent à souligner la pluralité des formes de réflexivité auxquelles peuvent engager des dispositifs institutionnalisant la pratique sociale de l'alerte. Ainsi, la logique de responsabilisation à l'œuvre dans le dispositif d'alerte financière n'exige en effet pas seulement un engagement dans la procédure, mais plus fondamentalement de participer à la (re)définition de l'état du système de santé, de s'accorder sur une nouvelle représentation du contexte de la politique de maîtrise des dépenses.

Cette étude se propose dans un premier temps de présenter le contexte dans lequel cette procédure d'alerte financière a été instituée (II). Il s'agira ensuite, à partir d'une brève proposition de typologie des formes d'alerte en fonction des formes de réflexivité qu'elles appellent (III), de proposer une analyse de la procédure d'alerte financière (IV).

II. L'ONDAM, une référence pour la gouvernance du système de santé?

L'alerte financière est une réponse aux défaillances de l'ONDAM. Conçu pour être une référence sinon impérative, du moins opposable aux acteurs du système de santé, l'ONDAM n'est en définitive qu'une référence indicative offerte à la coordination des acteurs. Ainsi, sa mise en œuvre repose sur des mesures d'économie et d'amélioration de la gouvernance dont l'impact est généralement incertain. Imposant une prise en compte des conditions de mise en œuvre de l'ONDAM en cours d'exercice, la procédure d'alerte répond à une exigence de réflexivité inhérente au design même de la politique de maîtrise des dépenses de santé.

A) La maîtrise des dépenses comme politique de la gouvernance

La politique de maîtrise des dépenses de santé repose sur une conception singulière de l'action publique qui a pris forme avec la réforme Juppé de 1996. Les réformes ultérieures n'ont que corrigé

le dessin alors tracé d'une politique de la gouvernance, c'est-à-dire qui fait de l'amélioration de la coordination des acteurs du système de santé le vecteur essentiel de son action. Cette réforme a profondément transformé la gestion des dépenses de l'assurance maladie et plus largement du système de santé. Elle fait de la préoccupation de la dépense la clé de voute des transformations du système de santé.

Il y a là une triple transformation dont il faut rendre compte.

La préoccupation de la dépense est antérieure à la mise en place d'une politique de maîtrise des dépenses de santé. A partir des années 70, la crise n'ayant pas été sans incidence sur les comptes de la protection sociale, une série de plans de redressement avait été successivement mis en place pour tenter d'endiguer l'accroissement du déficit de l'assurance maladie. : « plan Veil » en 1978, « plan Barrot » en 1978, ... Pas moins d'une quinzaine de plans de redressement se sont succédés jusqu'au début des années 90. Cependant, il ne s'agissait là que de mesures circonstanciées. Annoncé par le « Livre blanc sur l'assurance maladie » de 1994 qui dresse un réquisitoire sévère à l'encontre de la politique française menée jusqu'alors, la réforme Juppé marque un changement profond de l'objet même de l'action publique en matière de protection sociale. C'est ce changement de l'ambition publique qui en premier lieu caractérise l'édification d'une politique de maîtrise des dépenses de santé. Longtemps, l'essentiel de l'intervention publique en matière de protection sociale avait tendu à la réalisation du programme politique de l'après deuxième guerre mondiale par les ordonnances de 1945, la généralisation de la couverture sociale à l'ensemble de la population française. Adoptant les objectifs d'universalisation du modèle beveridgien, la construction du système de protection sociale français avait emprunté ses moyens au modèle bismarkien. Aussi, l'histoire du système de protection sociale français s'est-elle longtemps écrite au fur et à mesure de l'extension des bénéficiaires du système d'assurance sociale au-delà des premiers bénéficiaires, les salariés. Par l'extension de la qualité de salarié et d'ayant droit d'une part et d'autre part par la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU), ce programme originel a finalement trouvé un point d'aboutissement. La réforme « Juppé » devait profondément modifier ce dessein social du politique en imposant le souci de la dépense comme fin politique. Ce déplacement s'est concrétisé sous deux aspects complémentaires.

En premier lieu, la réforme « Juppé » va imposer un contrôle parlementaire des comptes de la sécurité sociale. Historiquement, l'assise essentiellement salariale des bénéficiaires et du financement par les cotisations sociales de la protection sociale avait justifié la gestion par les partenaires sociaux de la sécurité sociale. La légitimité de cette forme de démocratie sociale était

en butte à la critique. L'extension des bénéficiaires de la protection sociale pouvait rendre moins légitime une gestion de la protection sociale par les seuls partenaires sociaux. De plus, la part grandissante de l'impôt dans le financement de la protection sociale rendait plus sensible le rôle de la garantie étatique dans le système français. Surtout, l'effectivité de la gestion par les partenaires sociaux paraissait sujette à caution. En effet, si les partenaires sociaux avaient la charge de gérer les caisses de sécurité sociale, les conditions du maintien de l'équilibre financier des régimes étaient entre les mains du pouvoir exécutif. Les conseils d'administration des caisses de sécurité sociale avaient seulement la responsabilité de déterminer le budget de la gestion administrative des caisses. Pour des motifs constitutionnels, la responsabilité de déterminer l'équilibre financier du régime demeurait aux mains de l'État et plus précisément du pouvoir exécutif. Dans le partage complexe entre pouvoir exécutif et pouvoir législatif, il appartenait au Parlement de créer les cotisations, non d'en définir le montant, cette dernière compétence incombant au pouvoir exécutif.

En second lieu, la mise en place d'une politique de maîtrise des dépenses de santé s'impose par un diagnostic renouvelé des causes de l'accroissement de la dette sociale. Les causes de cette augmentation ne sont pas seulement à rechercher dans des causes exogènes au système français de santé et d'assurance maladie: il comporte également « des facteurs « inflationnistes », qui favorisent l'augmentation du volume des soins – par exemple, le mode de rémunération de professionnels, la faiblesse des systèmes d'information et d'évaluation, l'inadaptation de l'appareil hospitalier aux besoins de la population et le cloisonnement entre les différents compartiments de soins » (R. Soubie, J.-L. Portos, C. Prieur, Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie : rapport au Premier ministre, La documentation française, 1994). A cet égard, la réforme de 1996 constitue un tournant dans les politiques de dépenses de santé. Elle impose une compréhension renouvelée des causes du déficit des comptes sociaux. Celles-ci seraient à rechercher d'abord dans le caractère structurellement inflationniste du système français.

A partir de ce double diagnostic, tout à la fois d'insuffisance de légitimité du gouvernement de l'assurance maladie et de défaut d'efficacité du système de santé, a été bâtie la politique de maîtrise des dépenses de santé. L'amélioration de l'efficacité de la fourniture des soins doit donner les moyens de conjurer les déficits. La réforme de 1996 fait de la prestation de soins l'objet même de la maîtrise des dépenses de santé. Ce faisant, elle redessine les voies de l'intervention publique. Jusqu'au début de la décennie 1990, mis à part quelques éléments d'une maîtrise médicalisée, tel l'introduction de « références médicales opposables » en 1993, les leviers sollicités par l'action publique afin de répondre au déficit des comptes de l'assurance maladie portaient sur la définition

du prix des soins et sur le niveau de cotisation. Désormais, la politique de maîtrise des dépenses de santé doit prendre appui sur l'amélioration de la coordination au sein du système de santé. Les réformes successives de la politique de maîtrise des dépenses ne modifieront pas ce dessein spécifique de l'action publique. Ce dessein repose sur un instrument normatif clé: l'ONDAM. Arrêtant une représentation de l'état souhaitable de la dépense pour l'exercice annuel, il doit constituer une référence pour la coordination des acteurs du système de santé.

B) L'ONDAM, une référence pour la coordination des acteurs du système de santé

La réforme de la gouvernance du système de santé s'est appuyée sur la création d'un instrument emblématique tout à fois de l'ambition et des limites de l'intervention étatique: l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet instrument de régulation des dépenses de l'assurance maladie est le pivot de la politique de maîtrise des dépenses de santé. Inséré au sein d'un instrument normatif plus étendu, les lois de financement de la sécurité sociale, l'ONDAM ouvre à un contrôle parlementaire des dépenses de l'assurance maladie. Ainsi, le Parlement se prononce annuellement sur le budget social et en particulier sur le niveau de dépenses devant être supporté par l'assurance maladie. Toutefois, le contrôle parlementaire s'exerce ici sur un objet bien singulier. L'objectif national de dépense se décline en effet moins à l'impératif qu'au conditionnel... En effet, le parlement n'a en matière de protection sociale que vocation à approuver des prévisions, des estimations. Les dépenses de santé ne sont pas soumises à autorisation préalable du Parlement. La loi de financement de la sécurité sociale se distingue ici clairement des lois de finances. La raison en est constitutionnelle. En vertu d'un principe constitutionnel, les « cotisations sociales versées aux régimes obligatoires [ouvrent] vocation à des droits à des prestations sociales au profit de celui qui s'acquitte du paiement des charges » (Décision n°93-325, DC du 13 août 1993, Rec., p. 224). Le recours au soin ne saurait être restreint en amont. Ce principe constitutionnel interdit la définition d'une enveloppe fermée de dépenses par l'ONDAM, dès lors que l'assurance-maladie a l'obligation de prendre en charge les dépenses nées de la réalisation du risque maladie subi par les assurés sociaux, quel que soit le niveau de la dépense finalement engagée et à supporter. Aussi, l'ONDAM ne limite pas impérativement le niveau de dépenses devant être couvertes par les caisses d'assurance maladie.

Quelle est dès lors la fonction de la fixation d'un tel objectif annuel de dépenses? L'ONDAM ne détermine pas un niveau maximum de dépenses. Sa conception indique une idée différente du

système de santé: elle repose « sur l'idée qu'il serait aujourd'hui possible de déterminer, voire de « probabiliser » le coût à venir des dépenses de soins » (A.-S. Ginon et M. Trépeau, L'ONDAM peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie?, RDSS 2008, p. 1096-1109, spéc. p. 1097). L'ONDAM n'en a pas moins une vocation performative. Le soin apporté à sa fixation en témoigne. La précision de cette prévision renforcée par la réforme de 2005, qui exige désormais que cet objectif national de dépenses soit désormais décliné en sous-objectifs de dépenses. C'est là renforcer encore la prétention normative à la guidance des dépenses d'assurance maladie et du système de santé. Toutefois, cette forme hiérarchique est trompeuse. L'ONDAM est dénué de force contraignante et n'empêche pas les dépassements. Sans valeur prescriptive, cet objectif n'en a pas moins une vocation normative: il constitue une référence à l'adresse des acteurs du système de santé. Ceux-ci doivent prendre en considération cet objectif et sa déclinaison en sous-objectifs. Tel était du moins le dessein initialement attaché à l'ONDAM lors de sa création en 1996. La mise en œuvre de l'ONDAM devait prendre appui sur des mécanismes ajustements imposant une mise en conformité à l'objectif national de dépenses. Cet encadrement des dépenses fondé sur une régulation de chaque secteur du système de soin n'a pas survécu à la suppression des mécanismes de dépassement de l'objectif initialement prévu par la réforme de 1996. La mise en œuvre de la politique de maîtrise des dépenses dans le secteur des soins de ville est emblématique de ces errements. L'ambition initiale de la réforme de 1996 était d'imposer aux acteurs du système de santé de respecter le montant des sous-objectifs déterminés par secteur. L'ONDAM devait donc leur être « opposables », interdisant dès lors les dépassements en bornant leur rémunération. Or, cette « opposabilité » de l'ONDAM n'a pas pu trouver appui sur des mécanismes d'encadrement suffisant. La réforme de 1996 avait pourtant entendu imposer un lien fort entre la définition de l'ONDAM et les conventions médicales, négociées entre les Caisses d'assurance maladie et les syndicats des professions de santé qui fixent les tarifs des prestations de soin. Dans l'esprit de la réforme, ces conventions établies collectivement par profession devaient mettre en œuvre les objectifs nationaux en imposant leur prise en considération. Cette tentative de responsabilisation collective est restée lettre morte. De ce point de vue, la mise en œuvre de la réforme de 1996 a été un échec. Plusieurs facteurs sont généralement invoqués concurremment pour expliquer l'échec de la convention médicale à devenir un instrument de régulation effectif au service de la politique de maîtrise des dépenses de santé. Certaines tiennent aux acteurs eux-mêmes. Les syndicats des professionnels de santé devaient s'entendre avec les caisses non seulement sur les objectifs de dépenses et les sanctions d'éventuels dépassements. L'assignation de ce rôle gestionnaire aux syndicats va profondément déstabiliser le système de relations conventionnelles, les syndicats les plus

représentatifs se refusant souvent à s'engager dans des conventions collectives prévoyant des mécanismes contraignant de limitation des dépenses (A.S. Ginon et M. Trépeau, préc.). Surtout, l'édification de sanctions des professionnels en cas de dépassement s'est heurtée à des obstacles juridiques difficilement surmontables. Engagée sur le terrain judiciaire, la contestation des mécanismes de sanction établis par les conventions médicales a abouti à leur invalidation. La réforme de la loi de financement de la sécurité sociale en 2000 a pris acte de cette impossibilité d'imposer une régulation quantitative pour la mise en œuvre de l'ONDAM. L'objectif national en principe opposable doit être respecté par le réajustement du tarif ou de la cotation des actes dans le cadre d'un agenda contraignant imposé aux partenaires conventionnels. La Caisse se voit alors reconnaître la possibilité de prendre des mesures unilatérales, en cas de mésentente des partenaires conventionnels. Cette réforme ne devait toutefois pas rencontrer le succès escompté, marquant la limite du recours à des dispositifs simplement quantitatifs dans le cadre de mécanismes collectifs de maîtrise des dépenses de santé. Dès lors, la « mise en œuvre » de l'ONDAM prend une autre voie, celle de l'amélioration de la coordination. Par ces dispositifs, la politique de maîtrise des dépenses entend faire prendre en charge dans le cadre des opérations de soin le souci de la dépense. Cette responsabilisation des acteurs du système de soin implique des formes de réflexivité des acteurs dans le cadre de leurs activités.

C) La quête de réflexivité

1. A défaut de pouvoir imposer l'opposabilité de l'ONDAM, les adaptations successives du design institutionnel du système de santé vont essentiellement tenter d'édifier des dispositifs permettant une prise en compte par les acteurs des objectifs généraux définis au niveau national. Il s'agit ainsi d'engager ces acteurs dans la mise en œuvre de l'ONDAM, dans un contexte assez singulier, puisque ce respect ne peut leur être imposé. Ces dispositifs se déploient sous deux formes: d'une part des incitations à l'intention des acteurs du système de soin, d'autre part, à un niveau macro, la mise en place d'un mécanisme d'alerte au niveau national. Seul sera étudié le mécanisme de l'alerte, les incitations à la réflexivité des acteurs du système de santé ayant été abordées dans une précédente étude (P.-A. Adele, A.-S. Ginon, J. Porta, Healthcare expenditure control, WP, 2008)

La mise en place d'un mécanisme d'alerte au niveau national fait pendant à une évolution de la conception même de l'ONDAM. En effet, face aux critiques des résultats de la politique de maîtrise des dépenses, l'ONDAM voit son intelligibilité et sa sincérité mises en cause. C'est donc en premier

lieu les modalités de construction de l'objectif national qui sont modifiées par la réforme de 2004. Comment s'assurer de la pertinence de cette référence financière donnée à la coordination des acteurs du système de santé. En amont, le législateur a profondément remanié la méthode d'élaboration et l'architecture de l'ONDAM. En aval, le dispositif d'alerte introduit une prise en considération de la mise en œuvre de l'ONDAM dans la définition de cette référence.

Il vise ainsi tant à suppléer à l'absence d'opposabilité qu'aux incertitudes qui s'attachent à la détermination de l'état des dépenses au sein du système de santé.

En dépit de résultats plus que mitigés, l'ONDAM est demeuré au cœur de la politique de maîtrise des dépenses de santé. La fixation d'un objectif prévisionnel de dépenses semblait présenter une double insuffisance.

En premier lieu, sa fiabilité paraissait sujet à caution. Le législateur s'était paradoxalement peu soucié des conditions d'édification de cet objectif prévisionnel. La définition de l'ONDAM demeurait peu précise. La loi indiquait seulement que les lois de financement de la sécurité sociale fixaient « l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs » (article LO 11-3, 3^o du Code de sécurité sociale). Mais de l'extension de cet objectif, nulle indication précise dans la loi. Le périmètre de référence de l'ONDAM a été fixé par la première LFSS de 1997, plus exactement par les motifs de l'article 4 de la loi.

Surtout, le législateur ne s'était pas préoccupé de la procédure d'élaboration de l'ONDAM, dont les origines pouvaient dès lors sembler quelque peu mystérieuses. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie impose en la matière sinon une innovation, du moins une clarification. Désormais, les caisses d'assurance maladie participent à l'élaboration de l'ONDAM, par l'entremise à un rapport remis annuellement au Parlement et au gouvernement. Par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Il s'agit par là d'associer plus étroitement et visiblement les différentes caisses à la construction de l'ONDAM. Jusqu'à présent, les caisses demeuraient extérieures au processus d'élaboration de l'ONDAM dont la fixation incombait aux services des ministères chargés de la santé et de la protection sociale (A.S. Ginon et M. Trépeau, préc.). Cette évolution permet d'intégrer une partie des acteurs en charge de la mise en œuvre de l'ONDAM à son élaboration.

A ces évolutions utiles dans la procédure d'élaboration de l'ONDAM s'ajoute une autre modification imposée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La réforme de 2004 instaure un

« cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie » (article L. 111-11 du Code de la sécurité sociale). Repris par la loi du 2 août 2005, relative aux lois de financement de la sécurité sociale (la loi de 2004 ayant fait sur ce point l'objet d'une réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel – Cons. Const. Déc. N° 2004-504 DC, 12 août 2004, Loi relative à l'assurance maladie). La loi de financement de sécurité sociale doit ainsi être accompagnée « d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie pour les quatre années à venir » (article LO 114-4 CSS). Derrière ces différentes adaptations de l'ONDAM se fait jour une des principales difficultés de la politiques de maîtrise des dépenses de santé: celle-ci a fait de la définition d'un objectif annuel de dépenses la référence central pour le déploiement des différentes mesures d'amélioration ou de correction. Or, la faisabilité même de cet objectif est souvent mise en doute ab initio. Un doute existe fréquemment dès son adoption sur la pertinence des hypothèses de dépenses retenues, quand son dépassement n'est pas purement et simplement décrié comme d'ores et déjà avéré au moment de son adoption. Les raisons de ce défaut de fiabilité ne sont pas seulement à rechercher dans d'évidentes stratégies gouvernementales. Elles sont également d'autres structurelles. Au moment de la construction de l'ONDAM, l'état des dépenses de l'année passée est incertain (R. Briet, Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie, éd. La documentation française, avril 2010). Autrement dit, la LFSS stabilise une certaine représentation de l'état financier du système de santé dans un contexte de forte incertitude, voire d'indécidabilité...

L'introduction de l'alerte financière peut être comprise comme une tentative de réponses à ces critiques. Aussi, la loi du 13 août 2004 ne s'est pas limitée à modifier les modalités d'élaboration de l'ONDAM. Elle a également introduit un acteur nouveau dans la gouvernance du système de santé, le comité d'alerte. Le comité d'alerte est composé d'experts (le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, le directeur général de l'Insee et un personnalité qualifiée nommée par le Président du Conseil économique et social. Il a pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre de l'ONDAM. Sa mission est à ce titre double. Chaque année, le comité remet un avis dans lequel il analysera « l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurances maladie. De plus, il est « chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement » (article L 114-4-1

du code de la sécurité sociale). La mise en œuvre de cette procédure d'alerte est encadrée par le législateur. D'une part, elle est inscrite dans un calendrier préétabli. Chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'ONDAM (article L. 114-4-1 du code de sécurité sociale). D'autre part, le déclenchement de l'alerte est également encadré. Le comité doit déclencher la procédure d'alerte lorsqu'il considère qu'existe « un risque sérieux » de dépassement de l'ONDAM. Toutefois, le législateur ne s'est pas limité à ce seul standard assez indéterminé de la gravité du dépassement à venir. La fixation d'un seuil ne pouvant excéder 1% de l'ONDAM doit être fixé par décret. Ce seuil prévu a été fixé à 0,75 % (Décret n° 2004-1077 du 12 octobre 2004). Les modalités d'intervention du comité sont donc limitées.

Quelle interprétation retenir d'un tel dispositif d'alerte? Deux lectures sont susceptibles d'être proposées, chacune donnant un éclairage différent de l'ONDAM et de la nature de ce programme normatif.

Dans une première lecture, l'alerte peut être comprise comme un mécanisme de sanction de l'objectif fixé annuellement. L'introduction d'un tel mécanisme répondrait ainsi aux critiques mettant en exergue l'absence d'opposabilité de l'ONDAM pour expliquer les insuffisances de la maîtrise des dépenses de santé. Les évolutions récentes des effets de l'alerte va dans le sens d'une telle analyse. Afin d'améliorer le fonctionnement de la procédure d'alerte confère une forme de pouvoir de sanction au Comité d'alerte. En cas de déclenchement de la procédure d'alerte, les mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs dans le secteur des soins de ville pourront être suspendues (article L. 162-14-1-1 CSS). Cette suspension doit avoir lieu dès lors que le dépassement de l'ONDAM est en tout ou partie imputable à l'évolution des dépenses de soins de ville. Ce renforcement des effets du déclenchement de la procédure d'alerte par la loi du 19 décembre 2007 apporterait ainsi une réponse au défaut d'opposabilité de l'ONDAM. En effet, pareil effet de l'alerte impose une nouvelle articulation entre les négociations tarifaires d'une part et l'ONDAM (En ce sens, A.-S. Ginon et M. Trépeau, L'ONDAM peut-il s'imposer comme outil de régulation des dépenses d'assurance maladie?, préc., spéc. p. 1098).

Toutefois, une seconde lecture de l'alerte à tout le moins complémentaire peut être suggérée. L'alerte n'est pas tant ou pas seulement un mécanisme de sanction du respect de la norme posée par l'ONDAM. Elle participe également de la (re)-définition de cet objectif. Présenter la procédure d'alerte comme ayant pour seul objet de garantir une certaine opposabilité de l'ONDAM sous-estime la dimension proprement cognitive en jeu dans cette procédure. En effet, elle permet d'actualiser

lors de la mise en œuvre de l'ONDAM l'accord sur l'état de la dépense dans le système de santé et d'adapter les actions entreprises dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé à cette « nouvelle donne ». Autrement dit, rompant avec une conception exclusivement hiérarchique de la politique de maîtrise des dépenses, la procédure d'alerte constitue un mécanisme de réflexivité.

A cet égard, l'analyse de la procédure d'alerte financière requiert une explicitation des formes de réflexivité auxquelles est susceptible d'engager la mise en place d'un dispositif institutionnel d'alerte.

III. Typologie des alertes et formes de réflexivité

Par définition, le mécanisme d'alerte a une dimension cognitive. C'est un signal indiquant la survenue d'un phénomène et appelant à une réaction. En cela, le mécanisme d'alerte a cette fonction assez singulière: le déclenchement de l'alerte vise à modifier la représentation collective d'un contexte d'action et à appeler ainsi à des mesures adaptées à cette modification. En quelque sorte, il s'agit d'une épreuve de réalité pour la représentation collective. Tel est clairement l'enjeu de la procédure d'alerte dans le système de santé. La première mission du comité d'alerte est en effet de rendre un avis sur le respect de l'ONDAM. Il doit procéder à une analyse tant de l'impact des actions entreprises dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé que des « déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie ». Ainsi, la procédure d'alerte vise à s'assurer de la fiabilité des prévisions sur lesquelles l'ONDAM a été fondé. L'exercice au cours de la mise en œuvre apparaît paradoxalement d'autant plus utile que les projections sur lesquelles se fondent l'ONDAM sont assez fréquemment sous-estimées. Selon Pierre-Louis Bras, « pour presque chaque année depuis 1997, il aurait été possible de prévoir, dès le débat parlementaire, que l'objectif allait être dépassé tant les votes du Parlement exigeaient des inflexions fortes de l'évolution tendancielle des dépenses » (P.-L. Bras, *Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné?* », Dr. Soc. 2004, p. 967, spéc. p. 971). Le dispositif d'alerte peut ici inciter le travail parlementaire à veiller à la plus grande sincérité des prévisions. La perspective proche d'une alarme dramatisant le dépassement de l'objectif de dépenses peut évidemment avoir un tel effet.

Toutefois, là n'est probablement pas le seul enjeu de la mise en place d'un tel dispositif d'alerte. Les prévisions de dépenses sont en effet fixées dans un contexte marqué par une réelle incertitude. Au delà des stratégies et enjeux politiques dans la fixation de l'ONDAM, une des limites de l'exercice tient évidemment à la déterminabilité a priori de l'état des dépenses dans l'année à venir. L'avis émis par le comité d'alerte n'échappe d'ailleurs pas lui-même à ces incertitudes. Ainsi dans son avis n°1

du 31 mai 2005, le comité devait souligner « la fragilité des données disponibles à cette date et la grande incertitude qui entoure la prévision des dépenses, incertitude aggravée cette année par la difficulté d'évaluer tous les effets de la réforme de 2004 et par les perturbations résultant de l'instauration de la tarification à l'activité dans les établissements de santé ». Cette incertitude ne devait d'ailleurs pas s'effacer à l'expérience. Ainsi dans l'avis n° 6 du 30 mai 2008, le comité d'alerte notait que « comme il est habituel au mois de mai, où les informations disponibles en cours sont très peu nombreuses, la prévision des dépenses pour 2008 comporte de nombreuses incertitudes portant sur la tendance de fond des dépenses, le montant des économies retenues pour le calcul de l'ONDAM qui seront effectivement réalisées et même sur le constat des dépenses de l'année 2007 qui n'est pas encore définitif ».

Autrement dit, la définition et la mise en œuvre de la politique de maîtrise des dépenses interviennent dans un contexte indéterminé et fortement incertain. La mise en place d'un mécanisme d'alerte vise alors à prendre en charge cette indétermination. Elle en modifie la teneur: l'incertitude y est en effet réinscrite dans la rhétorique du risque. Toutefois, cette inscription n'est pas univoque et sa capacité à supporter l'indétermination dépend des exigences de réflexivité engagées par le dispositif d'alerte. En quelle mesure l'alerte financière prend-elle en charge ces exigences de réflexivité? Un détour est ici utile. La diversité des dispositifs d'alerte dans le système de santé invite à une succincte typologie. Cette brève entreprise taxinomique doit permettre de mieux caractériser, par contraste, la nature de l'alerte financière.

Grossièrement, on peut distinguer deux types d'alerte: l'alarme et la vigilance.

1. L'alarme

L'alerte peut n'être qu'une simple alarme. Le dispositif est alors prédéterminé. Le déclenchement de l'alerte se limite à exiger une réaction en réponse à un événement et/ou phénomène préétabli. Une procédure donnée est prévue pour être déclenchée dès lors qu'un événement préalablement défini survient. C'est l'exemple en France de "l'alerte grand froid" ou encore le « plan national canicule » qui prévoit une série de réactions institutionnelles d'ampleur nationale ou locale à l'attention de certains publics fragilisés dès lors qu'une certaine température nocturne est atteinte. Ces dispositifs administratifs sont déterminés de façon très hiérarchique et centralisée bien que l'essentiel de décisions soient prises par les autorités administratives locales.

Par exemple, dans le département des Hauts-de-Seine le « plan urgence hivernale 2009-2010 » prévoyait trois niveaux de réactions institutionnelles (Circulaire DGAS/LCE1A/2006/448 du 10

octobre 2006 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion –Période hivernale 2006 - 2007). Le niveau 1, déclenché automatiquement du 1er novembre au 31 mars, prévoyait notamment 98 places d'hébergement d'urgence supplémentaires. Le niveau 2, en cas de températures négatives le jour et inférieures à - 5° C (23 °F) la nuit, prévoyait notamment 46 places d'hébergement d'urgence supplémentaires par rapport au niveau 1. Enfin, le niveau 3, déclenché en cas de températures négatives le jour et inférieures à - 10° C (15° F) la nuit, prévoyait en particulier 42 places d'hébergement supplémentaires ajoutées à celles des niveaux 1 et 2.

Certes, l'alarme impose bien aux acteurs la prise en compte d'une épreuve de réalité. Elle peut être qualifiée de ce fait d'un incitant réflexif: à l'évidence le déclenchement de l'alarme engage à une modification de la représentation sociale du contexte de l'action publique, dans l'exemple précité, la prise en considération d'une situation météorologique. Toutefois, l'alarme n'invite qu'à une réflexivité limitée. Elle se limite à substituer une représentation du monde une autre représentation déterminée a priori. Elle ne vise pas à renouveler la représentation conventionnelle du monde, mais plutôt à opter entre différents contextes d'action pré-construits. Elle se déclenche lors de la réalisation d'un état du monde, invitant les pouvoirs à changer de registre, ou plus exactement à passer d'un registre d'action à un autre.

2. La vigilance

Le dispositif institutionnel marque ici une étape supplémentaire dans la prise en considération du processus de réflexivité exigée par l'alerte. Elle instaure une procédure ayant pour objet la formulation d'un nouveau contexte d'action.

On peut prendre en France l'exemple du dispositif de pharmacovigilance concernant la consommation de substances médicamenteuses. Comme tout dispositif de vigilance, il s'agit d'une série de procédures visant à détecter tout incident relatif à l'utilisation d'un produit de santé en vue d'une réaction institutionnalisée. Le système national de pharmacovigilance repose en premier lieu sur l'obligation faite à tout praticien de signaler au centre régional de pharmacovigilance tout incident consistant en « un effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament » (R5121-170 du Code de la santé publique). Le centre régional de pharmacovigilance aura alors pour charge de réaliser un filtre de l'ensemble des informations reçues pour ne transmettre au directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) les seules informations concernant les « effets indésirables graves » (R5121-167 du

Code de la santé publique) pertinents. Après de cette même Agence a été constituée une commission spécifique (R5121-160 du Code de la santé publique) composée de six membres de droit issus de l'administration gouvernementale et de trente-trois membres nommés par le ministre de la santé pour une durée de trois ans en fonction essentiellement de leur qualité d'expert des matières médicales (Selon l'article R.5121-160 du Code de la santé publique: « Onze cliniciens dont au moins trois médecins généralistes, Dix pharmacologues ou toxicologues, Trois pharmaciens hospitaliers, Un pharmacien d'officine ») mais également de leur fonction de représentation d'un acteur de ce domaine. On notera à ce titre la présence d' « Une personne représentant les associations de personnes malades et d'usagers du système de santé et une personne représentant les associations de consommateurs proposée par le ministre chargé de la consommation ». Cette commission a pour objet de produire des évaluations des situations d'incidents signalés et d'en déduire certaines propositions d'action à l'attention du directeur de l'AFSAPSS (R5121-159 du Code de santé publique). Ce dernier détient alors la possibilité de prendre « les mesures appropriées » pour faire cesser les incidents ou accidents rapportés, ces mesures pouvant aller jusqu'à une suspension de l'autorisation de mise sur le marché du produit mis en cause.

Dans ce type d'alerte on remarquera que l'événement déclencheur, l'incident relatif à l'utilisation d'un médicament, ne repose ni sur une définition préalable des types d'évènements, d'incidents pertinents, ni n'entraîne de mesures prédéterminées. Au contraire, la vigilance est une procédure de mise en discussion institutionnelle propice à la contextualisation par l'acteur gouvernemental de la défaillance constatée du dispositif de prévention des risques sanitaires. Cette mise en contexte, opérée à travers une commission composée de divers acteurs « de terrain » a pour objet d'éclairer la décision finale de l'autorité habilitée du directeur de l'AFSAPSS. On relève ainsi que par rapport à un mécanisme de simple alarme, un double approfondissement des conditions de réflexivité est réalisé. En premier lieu, l'événement déclencheur n'est plus défini par un élément matériel extérieur à l'acte d'interprétation des faits par le donneur d'alerte. Ainsi l'expression « effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament » est-elle plus propice à une détection d'un événement qui par hypothèse est imprévisible. En second lieu, la réaction institutionnelle évoquée par le dispositif juridique apparaît également moins déterminée du fait de la mise en discussion prévue devant la commission de pharmacovigilance.

IV. On peut cependant évoquer certaines limites relatives à un tel processus en amont comme en aval de la réaction institutionnelle cristallisée par l'éventuelle décision du directeur de l'AFSAPSS. En amont, le domaine d'observation et

d'action institutionnelle apparaît limité d'une façon subjective à une catégorie de produits de santé. Certes, le système de santé français connaît trois types de mécanismes de vigilance portant chacun sur une catégorie spécifique de produits de santé. Ainsi la pharmacovigilance, l'hémovigilance et la matériovigilance visent-elle respectivement à veiller sur la consommation des médicaments, des produits sanguins et des dispositifs médicaux. Mais on peut s'interroger sur ce sectionnement de dispositifs visant tous à la vigilance au regard des risques sanitaires encourus par les patients. Enfin, en aval de la décision visant à résoudre l'incident ou l'accident signalé, aucun dispositif particulier de contrôle de l'efficacité du processus de décision ne semble être juridiquement prévu. De ces examens, il est possible de tirer quelques lignes directrices pour mieux concevoir l'alerte financière. Elle semble constituer un dispositif intermédiaire, l'alerte procédurale. Entre alarme et vigilance, l'alerte procédurale

A priori, la mission du comité d'alerte paraît davantage lancer l'alarme que d'inviter véritablement à une réflexivité en termes de vigilance, telle que précédemment définie. En témoignerait le déclenchement de l'alerte selon un critère prédéterminé, le risque sérieux de dépassement de l'ONDAM au delà de 0,75%. Ainsi formulée, le comité d'alerte paraît n'avoir d'autres fonctions que de prévenir la survenue d'un risque dont les éléments seraient prédéterminés.

Cette première idée du fonctionnement et des enjeux de l'alerte financière est pour partie erronée. D'une part, la procédure d'alerte invite à une évaluation plus complexe de l'état de la dépense dans le système de santé. D'autre part, le comité d'alerte a su progressivement enrichir la procédure d'alerte, afin d'engager à une procédure décisionnelle.

A) Une évaluation de l'état de la dépense

Le comité d'alerte n'est pas une simple institution de sanction des dépassements de l'ONDAM. Sa mission est plus large puisqu'il s'agit, à mi-parcours de la mise en œuvre de l'ONDAM, de poser une évaluation de l'état de la dépense au sein du système de santé. Le déclenchement de l'alerte, qui jusqu'à présent n'est intervenu qu'une fois seulement en 2007, n'est qu'un des aspects de cette mission. En premier lieu, le comité doit procéder à un contrôle ex ante des instruments de régulation des dépenses (A.-S. Ginon et M. Trépeau, préc., spéc. p. 1107). Chaque année, au plus tard le 1er juin, le comité « rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance

maladie pour l'exercice en cours ». Pour cela, il est amené non seulement à établir un suivi des dépenses d'ores et déjà engagées, la prise en compte de facteurs exogènes, mais surtout, il doit évaluer l'impact des mesures adoptées dans le cadre de la LFSS.

L'Avis n° 7 du comité d'alerte, en date du 29 mai 2009, illustre l'étendue de cette évaluation. En premier lieu, l'avis permet de jauger la fiabilité de l'objectif annuel de dépenses arrêté quelques mois auparavant pour l'année à venir. En effet, le montant de l'ONDAM est généralement adopté en fonction des dépenses de l'année passée, prenant en compte un pourcentage d'augmentation (3,3% d'augmentation pour 2009 par rapport aux dépenses de l'année 2008). Toutefois, au moment de la fixation de l'objectif annuel en septembre, les résultats définitifs de l'année passée ne sont pas entièrement arrêtés. Aussi une marge d'erreur demeure possible. Dans son Avis n° 7, le comité d'alerte estimait ainsi que « le dépassement (pour 2008) se révèle un peu supérieur à l'estimation qui en était faite en septembre dernier et avait servi de base à la construction de l'ONDAM pour 2009 ». Aussi considérait-il que « la prise en compte de ces écarts sur l'année 2008 par rapport aux estimations de septembre est importante pour la prévision de 2009: le constat a posteriori d'un « surdépassement » sur l'année précédente rend plus difficile le respect du montant (de l') objectif de dépense fixé pour l'année en cours ». L'avis permet ainsi de confronter la pertinence de l'hypothèse financière à partir de laquelle a été construit l'ONDAM.

En deuxième lieu, l'avis établit un suivi des remboursements pour les quatre premiers mois de l'année. Il peut ainsi rendre compte des tendances de l'année en comparaison aux dépenses engagées pour l'année passée.

En troisième lieu, l'avis fait un « point sur la réalisation des économies et des nouvelles dépenses prévues » dans la construction de l'ONDAM. Il s'agit là d'un suivi de la mise en œuvre des mesures d'économies prises en compte dans la construction de l'ONDAM. Le comité souligne fréquemment les retards pris dans leur mise en œuvre ou tente d'établir une mesure du rendement de ces mesures d'économie.

Enfin, l'avis explicite systématiquement les incertitudes quant à l'évolution des dépenses pour les soins de santé et pour les établissements de santé. Ces incertitudes, structurelles à la gouvernance du système de santé français, sont très explicitement traduites dans une formule, proche d'une véritable clause de style, qui accompagne systématiquement les prévisions pour l'ensemble des dépenses rendues par le comité. Ce dernier rappelle chaque année que « ces prévisions (sont) à ce stade entachées de fortes incertitudes ». Ces incertitudes sont importantes. Lorsqu'il se prononce fin mai sur le risque sérieux de dépassement, le comité d'alerte ne dispose que d'informations partielles sur

l'exécution des dépenses. Selon le Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie (R. Briet, éd. La documentation française, avril 2010), « s'agissant des soins de ville et des cliniques privées, il dispose de la prévision de réalisation de l'année (n-1) et de janvier de l'année (n) et de données en date de remboursement à fin avril. S'il dispose de données en date de remboursement à fin avril pour le secteur médico-social, il n'a aucune information sur les dépenses du secteur hospitalier. » (spéc. p. 34).

La vocation du comité d'alerte à estimer l'impact de mesures d'économie n'est pas cantonné à l'émission d'un avis. Cette évaluation prospective est susceptible d'intervenir dans une autre phase de l'alerte. En effet, lorsque le comité d'alerte ne se limite pas à formuler un avis, mais engage également la procédure d'alerte, les caisses nationales d'assurance maladie doivent proposer des mesures de redressement (article L. 114-1-1 du code de la sécurité sociale). Le comité d'alerte émet alors un avis « sur l'impact financier de ces mesures » (ibid.). Dans son Avis n° 5 du 29 mai 2007, faisant suite au déclenchement de l'alerte en raison de risques sérieux de dépassement de l'ONDAM, le comité avait eu à se prononcer sur les propositions des mesures de redressement adoptées.

Pour utile qu'il puisse être, cet exercice d'évaluation prospective demeure limité. En l'espèce, le comité n'a en effet été consulté que sur un nombre limité d'options. Celles-ci ne concernaient qu'une partie seulement du système de santé. Seules les caisses d'assurance maladie ayant été appelées à faire de telles propositions, ces dernières ne concernent que le seul secteur des soins de ville à l'exclusion notamment du secteur hospitalier. De son côté, le gouvernement n'avait pas fait connaître les mesures qu'il entendait pour sa part mettre en œuvre. Aussi, l'avis donné par le comité est d'une portée singulièrement restreinte.

Surtout la méthode d'évaluation mise en œuvre demeure probablement insuffisante à garantir une véritable mesure de l'impact. Le comité se limite à prendre en considération le chiffrage suggéré par les caisses. Il ne procède pas à une contre-expertise des mesures proposées. Tout au plus, le comité se montre-t-il vigilant quant aux calendriers de ces mesures et aux conditions de mises en œuvre de ces mesures.

En réalité, ce contrôle s'apparente à celui d'un contrôle restreint exercé par le juge administratif lorsqu'il doit se prononcer sur l'exercice d'un pouvoir discrétionnaire. L'Avis n° 5 témoigne de ce souci du comité de brider son appréciation afin de ne pas empiéter sur la compétence gouvernementale. D'une part, l'avis ainsi rendu ne concerne que « l'impact financier de ces mesures » à l'exclusion de toutes autres considérations, notamment sur leurs effets possibles (probables) sur l'accès ou la qualité des soins. Là se marque clairement la limite de l'exercice,

puisque selon le comité « il ne lui appartient pas, en revanche, de se prononcer sur leur opportunité ».

Cette même difficulté du comité d'alerte à sortir d'une logique purement comptable s'exprime également dans la procédure d'alerte.

B) La procédure décisionnelle

Loin de se limiter au seul prononcé de la sanction d'un dépassement, l'alerte vise à ouvrir à une véritable procédure décisionnelle. Le comité d'alerte organise alors une sorte de dramatisation des risques de non-respect de l'ONDAM autour d'une véritable rhétorique du risque et de l'urgence. Il y a là un incitant fort à la prise de décision dans un contexte d'incertitude. Toutefois, les participants engagés dans cette procédure témoignent du caractère exclusivement comptable de la logique à l'œuvre devant le comité d'alerte, signe d'un défaut plus global de réflexivité de la politique de maîtrise des dépenses.

Le législateur n'a pas conçu l'alerte financière comme une simple sanction. L'enclenchement de l'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75%, engage un processus préparant l'adoption de mesures supplémentaires de redressement dans un contexte institutionnel d'urgence organisée. Chacune des étapes de cette procédure est enserrée dans des délais brefs. Après le déclenchement de la procédure d'alerte, « les caisses nationales d'assurance maladie ne disposent que d'un délai d'un mois à compter de la notification par le comité d'alerte d'un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour proposer des mesures de redressement » (Décret n° 2004-1077 du 12 octobre 2004). A ce délai relativement bref répond l'urgence dans laquelle est attendue l'évaluation d'impact de ces mesures. Au comité d'alerte n'a été consenti qu'un délai de quinze jours à compter de la transmission de des mesures (ibid.).

La procédure décisionnelle est ainsi clairement inscrite dans une logique d'urgence dès lors que l'alerte est déclenchée. La pratique du comité d'alerte a su accentuer la dramatisation de ces dépassements de l'ONDAM. En effet, le comité a imposé un raffinement du scénario initial. En amont du déclenchement de l'alerte proprement dite, les avis du comité recèlent une graduation du risque. Entre l'alerte et l'absence de risque de dépassement sérieux - dont le comité rappelle systématiquement l'incertitude -, l'avis du comité pourra prendre la forme intermédiaire d'un avertissement. Tel fut le cas une première fois à l'occasion de l'Avis n° 2 du 31 mars 2006: le comité indiquait avoir « décidé de ne pas mettre en œuvre cette procédure (d'alerte) à ce stade ». Il estimait

toutefois que « la réalisation de l'objectif nécessitait une inflexion supplémentaire de l'évolution des soins de ville et une grande vigilance dans le suivi des établissements de santé », pour se réserver « de rendre un nouvel avis au cours des prochains mois si le risque de dépasser le seuil d'alerte devait se renforcer ». Autrement dit, l'avertissement constitue une invitation explicite à adopter, dès avant le déclenchement de l'alerte, des mesures correctrices.

Cette même figure de l'avertissement devait être sollicitée dans l'Avis n° 3 du 6 avril 2007. Le comité estimait alors que « les dépenses ne pourront être contenues en deçà du seuil fixé (...) que si les économies prévues lors de la construction de l'ONDAM 2007 sont intégralement réalisées ». Aussi, l'avis constituait un avertissement: « le comité sera attentif aux informations nouvelles qui lui permettront d'affiner son diagnostic dans les prochaines semaines et décidera, en tant que de besoin, s'il y a lieu de mettre en œuvre la procédure de notification ». Pareil procédé participait à l'évidence d'une stratégie de dramatisation de l'alerte qui devait finalement être enclenché par l'avis n° 4 du 29 mai 2007. Cette dramatisation du dépassement ouvre et prépare alors l'adoption de mesures correctrices. Parallèlement, elle implique néanmoins le resserrement du contexte d'action sur une dimension essentiellement comptable, à l'exclusion d'autres dimensions, notamment qualitative, absence des avis du comité d'alerte.

L'alerte est donc d'abord un mécanisme procédural. Sa fonction est essentiellement d'inciter à l'engagement d'un processus décisionnel visant à l'adoption par le gouvernement de mesures idoines pour combattre les risques de dépassement. Cette procédure décisionnelle prend alors les traits caractéristiques d'une réponse à l'alerte.

- la temporalité de cette procédure est celle de l'urgence.
- A l'urgence s'adjoint un incitant spécifique, celui de la dramatisation du dépassement. Les sémantiques de la « vigilance », de l' « avertissement », récurrentes dans les avis, évoquent le « risque » de maux spécifiques qu'il s'agirait de combattre.

A ces incitations à la décision fait pendant une actualisation de la représentation convenue de l'état du système de santé. Telle est la mission première du comité d'alerte: maintenir et actualiser l'accord sur un certain niveau des dépenses de santé. Cette évaluation prospective au cours de la mise en œuvre de l'ONDAM présente la singularité de proposer une nouvelle représentation dans un contexte marqué par une forte incertitude comptable.

Indéniablement, l'alerte financière s'apparente à un incitant réflexif. Toutefois, les formes de cette incitation trace les limites de la réflexivité auxquelles ouvre pareille mécanisme. A la vérité, si ce mécanisme impose une (re)-formulation du contexte d'action et éventuellement incite à l'adoption de mesures correctrices, la procédure décisionnelle demeure enclose dans une rationalité marquée par la rhétorique du risque et la temporalité de l'urgence. Là se trouve probablement les limites de l'exercice: la (re)-formulation du contexte d'action demeure nécessairement encadrée dans une rationalité hiérarchique, celle de la poursuite de l'Objectif national. Les modalités de cette construction d'une évaluation ne permettent pas véritablement une réinterrogation critique des attentes propres à la politique de maîtrise des dépenses. Au-delà du respect de l'Ondam, la mesure de son impact sur le système de santé lui-même, non plus dans une perspective seulement comptable, mais également qualitative est le parent pauvre de cette procédure d'alerte. Il y a là un risque de clôture de la vigilance sur les seules attentes financières dans le cadre de la politique de maîtrise des dépenses de santé. Autrement dit, il y a là une sorte de paradoxe: le phénomène de l'alerte qui a priori devrait ouvrir à davantage de réflexivité risque, du fait de son institutionnalisation, de devenir une cause de clôture. Faut-il ouvrir cette procédure à la prise en considération d'autres attentes au prix possible de son efficacité? Le choix est évidemment cornélien pris entre le caractère insatiable des attentes de légitimation démocratique qu'emporte la réflexivité et les promesses d'efficacité de l'action. C'est là peut-être, sinon une aporie, du moins une frontière commune à toute stratégie institutionnelle dans le cadre de la gouvernance...