

INTRO

Main basse sur l'assurance-maladie

Face au projet de démantèlement du système de santé organisé par le Medef et les forces libérales au pouvoir, quelles pistes alternatives proposer pour reconstruire un système de santé efficace et solidaire ?

Introduction

Depuis plus de vingt ans, les tentatives de contenir la dépense de santé par la maîtrise comptable ont échoué, tandis que le chômage et la déflation salariale contribuaient à creuser le déficit de l'assurance-maladie. Ces politiques n'ont freiné que la seule dépense remboursable et rationné de fait que les plus pauvres, en tendant à remettre en cause l'égalité devant l'accès aux soins. Que notre système de santé soit « à plusieurs vitesses » constitue déjà une réalité, malgré la mise en place de la couverture maladie universelle en 2000. Il apparaît donc urgent de renforcer la solidarité et l'efficacité du système de santé, mais cet objectif est étranger à la logique néo-libérale.

C'est ainsi que le Medef a entamé, fin 2001, son offensive contre le système de santé solidaire. Le retour au pouvoir de la droite libérale en juin 2002 risque alors de favoriser diverses formes de privatisation, même si le contraire continue d'être affirmé. L'instrument essentiel de la « réforme » libérale résiderait dans l'institution d'un « panier de soins », définition restrictive des soins pris en charge par une nouvelle forme de couverture de base, ceci afin de limiter les dépenses de santé socialisées. Du même coup, on verrait monter fortement les dépenses couvertes par les complémentaires santé mutualistes ou d'assurances privées. La segmentation des assurés, conséquence alors inévitable, encouragerait le développement de mécanismes de marché : la concurrence entre assureurs entraînerait celle entre offreurs de soins, y compris entre structures hospitalières publiques et privées. L'aboutissement logique de cette stratégie serait la constitution de filières de soins où les patients perdraient définitivement la liberté de choix des praticiens comme des établissements.

Les arguments pour justifier un recours accru aux assurances complémentaires reposent notamment sur le déficit de l'assurance-maladie. Celui-ci a dépassé 6 milliards d'euros en 2002, après avoir été contenu de 1998 à 2001, en raison d'une conjoncture économique passagèrement et légèrement plus favorable. Le Medef, la Fédération française des sociétés d'assurances et la droite libérale se sont engouffrées dans cette voie ouverte pour en appeler à la privatisation. Pourtant, le déficit chronique de l'assurance-maladie résulte-t-il d'une augmentation trop forte des dépenses et d'éventuels gaspillages ou révèle-t-il que les ressources sont insuffisantes pour financer un système de santé efficace et solidaire ? Sans se soucier de la question, le Medef et la droite libérale utilisent le déficit pour suivre leur réquisitoire sur nos dépenses de santé. Celles-ci seraient « incontrôlables » et en « dérive permanente ». En conséquence, le système de santé français serait « inefficace » en comparaison d'un coût prétendument excessif et impossible à supporter collectivement.

Depuis 1999, le Medef déclame son ambition de jeter les bases de sa « refondation sociale », censée répondre aux « nouveaux risques » qu'imposerait le contexte de mondialisation économique. Dans son document diffusé en novembre 2001, *Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale*, l'organisation patronale programme un démantèlement systématique de la protection sociale. Le *leitmotiv*, on le sait, revient à condamner un haut niveau de protection sociale parce qu'il constituerait, à travers son

financement, un handicap pour la compétitivité des entreprises. Il s'agirait donc de poursuivre leur désengagement du financement de la protection sociale. Concernant la politique familiale, ce désengagement est déjà largement entamé ; concernant les retraites, le débat en cours postule que le financement actuel de la répartition ne saurait être maintenu, qu'il sera donc inévitable de réduire les pensions publiques de retraite et de pousser l'introduction «d'une dose de capitalisation ». Le front désormais ouvert sur le risque santé présente de larges similitudes avec celui des retraites, car les forces libérales comptent bien nous faire admettre qu'il faudrait contraindre encore plus sévèrement les dépenses de santé socialisées. C'est ainsi que l'on définirait une nouvelle couverture de base sur une règle minimaliste et que l'on ferait monter l'assurance privée comme les capitaux privés venant s'investir dans l'offre de soins.

Face à ce projet d'éclatement de notre système de santé, il est urgent d'alerter l'opinion publique afin d'organiser les résistances et de faire monter les alternatives. Cette note débute par un état des lieux de notre système de santé. Son déficit et ses dysfonctionnements sont imputables en premier lieu aux effets catastrophiques de la maîtrise comptable des dépenses.. Si certains de nos indicateurs de santé sont satisfaisants, d'autres confirment la persistance des inégalités sociales, en révélant des disparités entre populations inacceptables et de profondes carences en termes de prévention et de santé au travail.

La seconde partie analyse la stratégie libérale et les intérêts qu'escompteraient les assureurs dans un large développement des assurances complémentaires, comme dans la gestion du risque accidents du travail-maladies professionnelles, qui constituerait en réalité un angle d'attaque privilégié pour la privatisation. Nous montrons ensuite, à travers l'analyse de systèmes de santé étrangers et leurs réformes récentes, qu'accepter l'introduction de mécanismes de marché dans notre système de santé s'accompagnerait inévitablement de l'exacerbation des phénomènes d'exclusion dans l'accès aux soins.

Nous en appelons à la vigilance des professionnels de santé, des forces politiques progressistes, des acteurs sociaux et des usagers du système de soins. Ce que nous propose la « nouvelle architecture de la sécurité sociale », à l'œuvre dans les plans du gouvernement de droite aujourd'hui, serait le pire remède que l'on puisse administrer à notre système de santé, puisqu'il en organiserait sciemment la régression.

Après avoir exposé et critiqué les orientations de réforme du système de santé que dévoile peu à peu le ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, nous osons émettre des pistes alternatives de réforme du système de soins, ce qui fait l'objet de la dernière partie de cette note. Si des réformes sont en effet incontournables pour préserver et renforcer le système de santé socialisé, celles-ci doivent clairement contrecarrer les propositions libérales afin de viser l'efficacité et le progrès social. Il est urgent de partir des nouveaux besoins de santé au plus près des populations pour un développement du service public hospitalier et des soins articulés avec une médecine de ville plus concertée, plus efficace et solidaire.

Tournant le dos à l'insuffisance des ressources et à l'exigence d'une réforme de progrès du système de santé, le gouvernement actuel a choisi, dès sa nomination, une nouvelle accélération de la politique de déflation salariale et la fuite en avant dans les exonérations de charges patronales. Ce désengagement des entreprises du financement de la protection sociale tend alors à convaincre que la privatisation serait devenue incontournable, faute de moyens suffisants pour un financement socialisé. Pour inverser cette logique infernale, il s'agirait d'urgence de relancer la réflexion sur une refonte alternative du financement du système de santé. Cette note s'achève donc sur la proposition d'un financement plus équitable et efficace branché sur la croissance réelle, l'emploi et le développement des ressources humaines, et répondant à une réforme de progrès d'un système de santé fondé sur la solidarité.

Les auteurs de cet ouvrage collectif ont été réunis par

Catherine Mills, maître de conférences en Économie à l'Université Paris 1, auteur de nombreux ouvrages sur la protection sociale ;

et **Véronique Parel**, maître de conférences en Économie à l'Université Paris 1 où elle dirige le DESS Économie de la santé ;

Ont ainsi apporté également leur contribution :

José Caudron, chargé d'enseignement en économie à l'Université Paris 1 et à l'Université de Reims Champagne–Ardenne, formateur pour divers organismes mutualistes ;

Jean-Paul Domin, maître de conférences en Sciences économiques à l'Université de Reims Champagne –Ardenne, auteur de nombreux articles en économie de la santé ;

Nathalie Hiraux, qui prépare, sous la direction de Catherine Mills, une thèse sur les réformes de la prise en charge des accidents de travail et des maladies professionnelles ;

Michel Maric, docteur ès Sciences économiques, chargé d'enseignement en économie à l'Université Paris 1.

1. Un état des lieux du système de santé en France

1) La structure et l'évolution récente des dépenses de santé

La Dépense courante de santé mesure l'effort regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé : elle couvre un champ large puisque, outre les dépenses réglées au titre des soins, des biens médicaux et des services de médecine préventive, elle intègre également les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire. La dépense courante de santé comprend 4 sous-ensembles : la dépense pour les malades, la dépense en faveur du système de soins, la dépense de prévention, la dépense de gestion générale de la santé, mais ne sont pas incluses toutefois dans cet agrégat les dépenses correspondant à la construction des hôpitaux. Les dépenses pour les malades en soins et biens médicaux représentent 83,6% du total, les aides aux malades (indemnités journalières de maladie et de maternité), 5,9%.

La dépense courante de santé en 2001

Montant (en millions d'euros)	Structure en %	valeur par personne en euros	
Dépense pour les malades	138 970	93,6%	2 281
Soins et biens médicaux	128 533	86,6%	2 110
Aide aux malades	8 727	5,9%	143
Subventions aux systèmes de soins	1 710	1,2%	28
Prévention	3 497	2,4%	57
Dépenses en faveurs des systèmes de soins	6 321	4,3%	104
Recherche pharmaceutique	5 586	3,8%	92
Formation	734	0,5%	12
Dépenses de gestion générale	2 589	1,7%	42
Double compte	-2 897	-2,0%	-
Dépense courante de santé	148 480	100,0%	2 437

Source : Comptes nationaux de la santé, DREES (données disponibles dans [Eco-Santé France 2002](#), CREDES-DREES)

Mais c'est la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qui constitue l'agrégat le plus couramment utilisé pour examiner la structure des dépenses de santé. La CSBM recense, d'une part, les soins hospitaliers et, d'autre part, les soins ambulatoires dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux, les examens des laboratoires d'analyse et les soins en établissements de cures thermales. La CSBM inclut, aussi les biens médicaux, en particulier les dépenses de produits pharmaceutiques, remboursés ou non, les prothèses...

La CSBM a atteint, en 2001, 127,8 milliards d'euros (838,3) milliards de francs), en augmentation de 5,8% par rapport à 2000 (francs courants). L'ensemble des dépenses d'hospitalisation, publique et privée, représentait, en 2001, 44,9% de la CSBM. La diminution

de la part relative de l'hospitalisation dans la CSBM constitue un mouvement de structure de long terme (cette part était de 53,2% en 1980).

La part relative des soins ambulatoires a en réalité diminué depuis 1990 (29,4% en 2001), avec une forte décélération en 1998 et 1999. Mais la part relative des médicaments continue de croître et atteint maintenant plus de 21%. Le taux de croissance des dépenses de médicaments reste très élevé, 9,5% en 2000, 8,3% en 2001 comme celui des autres biens médicaux, 13,7%.en 2000, 11,8% en 2001. Ces deux postes, médicaments et biens médicaux, sont ceux qui contribuent le plus à la croissance de la CSBM, ce qui met d'emblée l'accent sur la question de la politique, ou de l'absence de politique du médicament.

Répartition de la CSBM par grands postes en 2001 (en milliards d'euros)
% de la CSBM

Soins hospitaliers et en sections médicalisées	57,3	44,83%
<i>dont hospitaliers</i>	55,4	
- publics	44,6	
- privés	10,8	
<i>Soins en sections médicalisées</i>	2,0	
<hr/>		
Soins ambulatoires	37,7	29,51%
<i>dont médecins</i>	15,8	
<i>dentistes</i>	7,1	
<i>auxiliaires médicaux</i>	6,9	
<i>analyses</i>	3,0	
<hr/>		
Transports de malades	2,0	
Médicaments	27,3	21,36%
Autres biens médicaux	7,4	
Total CSBM	127,8	

Source : Comptes de la santé, DREES

2) Des réussites incontestables, mais des insuffisances notoires

Quels indicateurs retenir pour juger des « performances » du système de santé en France ? Nous sommes bien placés pour l'espérance de vie des femmes à la naissance, pratiquement 83 ans (pratiquement à égalité avec le Japon avec qui nous partageons le premier rang mondial). L'espérance de vie à 65 ans est de 16 années pour les hommes, et de 20 années pour les femmes, ce qui nous situe en tête de l'Union européenne. Le taux de mortalité infantile, tombé à 5 pour mille, place également la France aux premiers rangs (pratiquement à égalité avec les pays scandinaves et le Japon), tout comme le taux de mortalité pour causes cardio-vasculaires qui est de loin le plus bas dans l'Union européenne.

Toutefois, les résultats du système de santé en France peuvent apparaître comme moyens en regard des fonds consacrés à la santé. La progression des résultats sur la période récente confirme une crise d'efficacité du système de soins, malgré les conclusions du rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), *La Santé dans le monde 2000*, qui considérait notre système de santé comme le meilleur au monde.

En réalité, la persistance des inégalités de en France reste inacceptable. Ainsi, même si l'écart entre sexes de l'espérance de vie tend à se réduire, il se situe à 7,5 années, bien plus que dans d'autres pays de l'OCDE. De même, nous ne sommes qu'au 9^e rang pour l'espérance de vie des hommes à la naissance et parmi les pays de l'Union européenne, c'est en France et au Portugal que la mortalité prématurée des hommes avant 65 ans réduit le plus

l'espérance de vie, du fait des accidents de la circulation, des suicides, des accidents du travail et des maladies professionnelles et des comportements à risques (tabac, alcool, toxicomanie). En outre, les disparités sociales s'aggravent, la plus criante étant que la mortalité prématurée des hommes adultes en France se maintient à un niveau beaucoup plus élevé dans les milieux ouvriers. En 2000, l'INSERM dans *Les inégalités sociales de santé*¹ donnait des données précises sur l'importance des différences sociales de mortalité. En France, l'espérance de vie des ouvriers à 35 ans est inférieure de 6,5 ans à celle des cadres et professions libérales. La surmortalité des hommes exerçant une profession manuelle est supérieure, en France, de 71 % à celle des hommes exerçant une profession non manuelle, alors que cette différence se situe entre 33 et 53 % dans les autres pays européens. Il en va de même si l'on prend en compte le niveau d'études et non plus la profession.

Pour obtenir ces résultats, les études réalisées s'appuient le plus souvent sur la profession. Les classifications employées excluent les inactifs et ne peuvent pas prendre en compte les situations les plus précaires sur le plan social. Cela conduit, selon l'INSERM lui-même, à sous-estimer l'ampleur des différences sociales de santé. De plus, les constats réalisés soulèvent de nombreuses questions (santé périnatale, santé au travail, etc.) qui ne font pas encore l'objet de travaux de recherche suffisants. Les équipes de recherche françaises ont été peu mobilisées relativement à la Grande-Bretagne, par exemple, où le rapport Black a déclenché, au début des années 1980, une forte implication tant des chercheurs que des acteurs du monde socio-politique.

Les différences de situations entre régions sont importantes. Concernant le nombre d'actes consommés, comme pour l'espérance de vie elle-même, les indicateurs varient de 20% entre la région PACA et le Nord-Pas-de-Calais. Cette région est celle où il y a le moins de médecins (1 médecin pour plus de 460 habitants), alors que la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, connaît la plus forte densité médicale pour les généralistes (1 pour 60 habitants) comme pour les spécialistes. Ces disparités se confirment concernant le nombre de lits hospitaliers.

Le rétrécissement de la couverture de base a développé le renoncement aux soins

Les augmentations successives du ticket modérateur dans le cadre des plans de rationnement de la dépense remboursable depuis plus de vingt ans ont fait monter les inégalités dans l'accès aux soins. Le taux de remboursement par le régime général est l'un des plus bas des pays de l'OCDE. Il s'est élevé jusqu'à 1983 pour diminuer ensuite, en raison des politiques de rationnement de la dépense remboursable par le régime de base. Alors qu'au début des années quatre-vingt nous étions encore à plus de 80%, le taux moyen de la couverture de base n'est plus que de 72%, ce qui place la France au 17^e rang des pays de l'OCDE et au dernier rang de l'Union européenne. Si la prise en charge à l'hôpital public reste élevée, puisque seul est acquitté le forfait hospitalier, la couverture de base pour les dépenses de ville se situe désormais nettement en dessous de 60%. En conséquence, la part du financement par les complémentaires santé continue d'augmenter de manière significative, 6,1% en 1990, 7,5% en 2000. La part des dépenses entièrement à la charge des ménages tend certes à diminuer légèrement (11,1% en 2000 contre 12,0 en 1995), mais ceci est avant tout la conséquence d'un phénomène de renoncement aux soins.

En effet, le développement de la précarité et de l'exclusion a entraîné l'absence croissante de couvertures complémentaires. En réalité, la baisse du taux de remboursement du régime général, censée provoquer la décélération de la hausse des dépenses de santé, a bien encouragé provoqué un renoncement aux soins chez les populations qui ont subi à plein effet les politiques de maîtrise comptable des dépenses. En revanche, les personnes qui

¹ A. Leclerc, D. Fassin, H. Grandjean et alii, *Les inégalités sociales de santé*, Inserm, Paris, La Découverte, 2000, 448 p.

bénéficiaient d'une couverture complémentaire échappaient de manière quasi systématique aux conséquences de la baisse du taux de remboursement du régime de base. Comme le soulignait le rapport de Jean de Kervasdoué dès le X^e Plan², on ne rationne en réalité que les plus pauvres, ce qu'a confirmé en 1998 le rapport Boulard préalable au projet de loi sur la couverture maladie universelle, qui dénombrait 6 millions de personnes dépourvues de couverture complémentaire.

En 1997, un rapport du CREDES soulignait ainsi qu'un cinquième de la population renonçait à des soins pour raisons financières. Les rapports du même organisme en 1998 et 1999, ^{estim} aient même que ce renoncement touchait un Français sur quatre.

Corrélativement, les carences sont réelles en matière de prévention, notre système de santé restant beaucoup trop centré sur le curatif ; en 1999 les dépenses consacrées à la prévention ne représentaient que 2,4% du total des dépenses de santé. Si la prévention est efficace dans les premières années de la vie, avant tout grâce à la protection maternelle et infantile (PMI), l'accent mis sur le curatif dans le système de santé français fait que le recours à la prévention selon l'âge diminue très rapidement comparativement à d'autres pays, notamment les pays scandinaves. Ainsi, certains indicateurs concernant les jeunes se révèlent-ils particulièrement préoccupants, y compris parmi les étudiants, pour lesquels on relève une consommation de soins et de biens médicaux inférieure à la moyenne et de graves carences dans les comportements préventifs.

La mixité entre public et privé rend complexe la régulation du système de santé

L'originalité du système de santé français provient de la mixité entre mécanismes publics et privés. Le recours à la médecine privée remboursé par la Sécurité sociale a garanti la liberté de choix du médecin pour le patient mais a constitué également un facteur de forte augmentation des dépenses. En outre, la gestion du système de santé en est plus complexe : si le secteur public est *a priori* directement contrôlable, le privé ne peut l'être qu'à travers des conventions négociées entre les caisses et les praticiens, puis soumises à l'agrément de l'État.

La France compte maintenant plus de spécialistes (52% des médecins) que de généralistes, ce qui a entraîné la dépréciation relative de la médecine générale et l'émiettement des soins. La distension du rapport entre patient et médecin généraliste défavorise l'accès précoce aux soins et le suivi du malade et ceci exigerait une revalorisation de la médecine générale, comme une meilleure coordination entre médecins de ville libéraux et médecins hospitaliers.

Les conventions médicales entre syndicats de médecins et Caisse nationale d'assurance-maladie concernent la quasi-totalité des médecins libéraux. Mais l'existence du secteur 2, à honoraires libres, a largement contribué à l'expansion des dépenses, les dépassements d'honoraires étant, systématiquement ou presque, remboursés par les assurances complémentaires. Dans le même temps, la difficulté de trouver, dans certains secteurs géographiques, des médecins en secteur 1 complique l'accès aux soins pour ceux qui ne bénéficient pas d'assurance-maladie complémentaire. Le développement d'une médecine à « plusieurs vitesses » s'est ainsi accéléré.

² Rapport du groupe « Régulation du système de santé » dirigé par Jean de Kervasdoué, Commission Protection sociale, X^e Plan de développement économique et social, CGP, La Documentation française, 1988.

En définitive, les particularités du système de santé français ont certes contribué à sa vitalité, mais il reste insuffisamment centré sur le malade. Émietté, relativement mal coordonné, peu orienté vers la prévention, il coûte alors relativement cher. Ces défauts conjugués ont abouti à l'absence de régulation efficace et à des carences dans l'évaluation, celle-ci étant restée quasiment inexistante jusqu'à la fin des années quatre-vingt.

L'absence de stratégie réelle sur la question des dépenses de médicaments

En ce qui concerne les médicaments, la période récente a été marquée par la création, en juillet 1998, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Celle-ci a publié dès 1999 une liste assez considérable de médicaments jugés inopérants, liste largement controversée, car elle faisait craindre une nouvelle vague de remboursements dont l'objectif aurait été uniquement comptable. Dès octobre 2002, le nouveau ministre Jean-François Mattéi a fait procéder à nombre de remboursements de médicaments ainsi pointés par l'AFSSAPS.

L'effort s'est porté, dès le ministère de Martine Aubry, sur les médicaments génériques. Il s'agit des molécules tombées dans le domaine public, selon les règles de protection de la propriété industrielle. Le droit exclusif est d'une durée maximale de 20 ans, mais en pratique, cette durée d'exclusivité était réduite à 10 ans, en raison du temps nécessaire au développement de la molécule et à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Mais les pressions de l'industrie pharmaceutique sont fortes et efficaces puisqu'elle bénéficie aujourd'hui d'une réelle exclusivité de 17 ans depuis 1991, à travers la création certificat complémentaire de protection (CCP) adopté par l'Union européenne. Ce certificat complémentaire prend effet à échéance du brevet initial et prolonge ses effets d'une durée maximale de 7 ans, si bien que l'exclusivité peut atteindre 17 ans entre l'obtention de l'AMM et l'échéance du certificat. Ainsi la conduite de la politique de développement des génériques se retrouve-t-elle de toute manière entravée.

Au-delà du délai de protection, la Caisse nationale d'assurance-maladie peut passer contrat avec des laboratoires pharmaceutiques afin que des médicaments génériques soient offerts à moindre prix que leurs équivalents. Mais, malgré d'importantes campagnes d'information auprès du public, pour l'instant l'utilisation des médicaments génériques ne dépasse pas 2% du marché. On sait que sur ce point également, le ministère actuel a voulu porter son effort, en imposant le remboursement forfaitaire sur la base du médicament générique s'il existe. C'est dans ce cadre qu'un « contrat de confiance » a été proposé aux médecins pour légitimer la revalorisation de leurs honoraires en juin 2002, afin de les encourager à prescrire davantage de génériques. Mais les économies réalisables grâce aux génériques resteront sans aucun doute très limitées, puisque qu'elles ne représenteraient en 2003 qu'environ 300 millions d'euros dans l'hypothèse la plus favorable.

3) Nos dépenses de santé sont-elles trop élevées ?

La croissance des dépenses de santé et le creusement des déficits ont entretenu l'idée que nos dépenses de santé étaient trop élevées. Il convient, en premier lieu, de se poser cette question à l'aide de comparaisons internationales. Le rapport au PIB de la dépense totale de santé en France est stable depuis 1993, entre 9,5% et 10%, mais on nous dit qu'il est élevé puisqu'il classerait la France au 4^e ou 5^e rang des pays de l'OCDE. En outre, ce rapport évolue en fonction de la conjoncture et il est ainsi remonté en 2001 et en 2002 en raison d'une croissance moindre de la production. Mais l'objectif (en lui-même bien discutable) de maintenir le taux de croissance des dépenses de santé à un rythme qui ne dépasse pas celui du PIB semble avoir été atteint au prix d'une maîtrise comptable drastique des dépenses.

Pourtant, au-delà de cette barre « fatidique » des 10% du PIB abondamment médiatisée, si l'on considère la dépense de santé par habitant, nous ne sommes actuellement

que le 9^e pays d'Europe avec devant nous la Suisse, l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas notamment. Nous ne sommes que le 11^e pays de l'OCDE, ce qui relativise sérieusement l'opinion répandue que nos dépenses de santé seraient trop élevées³. La liste des pays où la dépense de santé par habitant est plus basse qu'en France est révélatrice. On y trouve les pays d'Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal, Grèce) en phase de rattrapage économique, mais aussi la Suède, la Finlande, le Danemark ou la Norvège. Dans les pays scandinaves, la dépense de santé par habitant est nettement inférieure à la moyenne européenne, alors que les indicateurs de santé y sont globalement bons en raison des politiques de prévention. Les systèmes de santé des pays scandinaves sont encore, en pratique, totalement gratuits, ce qui contredit l'opinion, aujourd'hui assénée, que la gratuité des soins serait un facteur d'inflation des dépenses.

C'est aux Etats-Unis que le rapport au PIB des dépenses de santé est le plus important au monde (près de 14%) alors que le recours à l'assurance privée est la règle. Les indicateurs de santé y sont médiocres en comparaison des pays de l'OCDE ; ceci tend à prouver que plus un système de soins fonctionne sur un principe d'économie privée, plus il coûte cher et moins il est performant, en raison des importantes inégalités sociales et d'accès aux soins qui se traduisent dans les résultats.

Ces quelques données internationales infirment le jugement lapidaire porté sur nos dépenses de santé « dispendieuses » et « incontrôlables ». On nous dit que notre système de santé serait trop coûteux, notamment en raison de ses dysfonctionnements et des incertitudes sur son pilotage mais, en réalité, il faut plutôt conclure que c'est la maîtrise comptable des dépenses qui est source de dysfonctionnements. Ainsi au Royaume-Uni, où la dépense de santé est nettement en dessous de la moyenne européenne, l'insuffisance en équipements est notoire et intensifie les phénomènes de « file d'attente ».

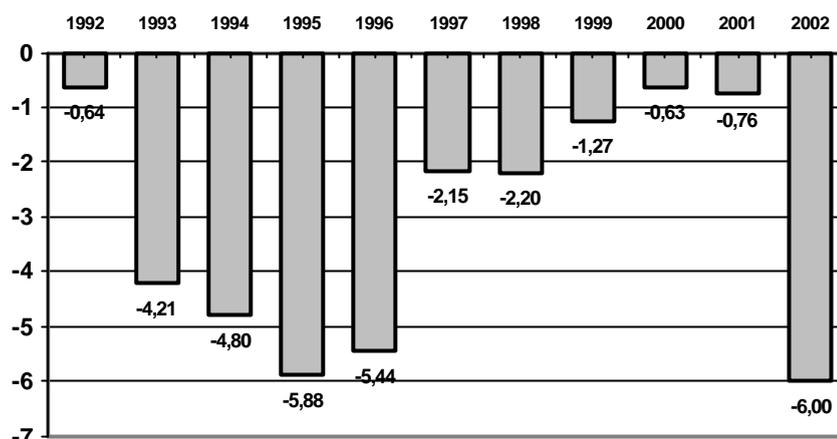
4) La crise du financement du système de santé

La crise économique a entraîné celle du financement de la protection sociale et notamment de la branche maladie. Le financement assis sur les salaires a subi de plein fouet la montée du chômage, puis les exonérations de charges dites sur les « bas salaires » qui étaient censées constituer un remède au chômage. Ceci explique – au moins pour une part - l'évolution du déficit de la Sécurité sociale depuis le début des années 80.

Si le déficit de la branche maladie n'atteint encore que 6,2 milliards de francs en 1992, il explose à partir de 1993 (27,3 milliards) et atteint 31,6 milliards de francs en 1994, 39,7 milliards de francs en 1995, et encore 35,7 milliards en 1996. La situation comptable a ensuite été mieux contenue, les déficits s'élevant à 14,4 milliards de francs en 1997, 15,9 milliards en 1998, puis 8,3 milliards en 1999, en raison de la légère reprise économique et d'une diminution du chômage. L'équilibre des comptes avait même été envisagé pour 2000, mais la branche maladie est restée en définitive déficitaire de 6,1 milliards de francs en 2000 et de 4,4 milliards de francs en 2001 (762 millions d'euros). En 2002, le déficit de l'assurance-maladie aurait avoisiné 6 milliards d'euros (pratiquement 40 milliards de francs), la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM) restant déficitaire de 3,7 milliards d'euros une fois tenu compte de l'excédent dégagé sur le risque accidents du travail et maladies professionnelles.

³ Ces chiffres sont extraits de *La santé en France 2002*, rapport du Haut comité de la santé publique, La Documentation française, février 2002.

Les déficits de l'assurance-maladie depuis 1990



En réalité, plutôt que du seul problème des dépenses, il s'agit bien d'un problème de recettes ; celles-ci se sont ralenties par le poids sur les cotisations d'un chômage massif – celui-ci s'est maintenu au-delà de 11% de 1992 à 1998 – et d'une croissance insuffisantes. Les politiques déflationnistes menées depuis 1983 – la « désinflation compétitive » – ont abouti à limiter la consommation et la croissance réelle et, en définitive, les ressources, si bien que les déficits se sont creusés.

Le taux de croissance des dépenses de santé s'est réduit à la suite des mesures du plan Veil, puis celles du plan Juppé de 1995. Mais il est nettement reparti à la hausse dès 1998 (+3%) et 1999 (+3,2%) pour atteindre 5% en 2001, ce qui prouvait ainsi l'impuissance des seules mesures de maîtrise comptable face aux besoins réels de santé.

Depuis 1996, en application des ordonnances Juppé, un objectif national de dépense d'assurance-maladie (ONDAM) est fixé dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. Cet objectif a été régulièrement dépassé, et en 2002, les dépenses ont été d'assurance-maladie ont crû 7,2% au lieu des 3,5% pris en compte dans l'ONDAM, mais ceci ne fait que démontrer l'impossibilité de « décréter » un taux directeur des dépenses de santé..

L'échec des réformes fondées sur la maîtrise comptable des dépenses

Le Livre blanc sur les systèmes de santé et d'assurance-maladie, présenté en 1994 par Raymond Soubie, Jean-Louis Portos et Christian Prieur, a constitué la trame de tous les plans de réforme des systèmes de santé des années 90. Ses préconisations portaient en premier lieu sur la montée de la fiscalisation, en la présentant comme le moyen de réorienter les dépenses de santé vers des priorités. *Le Livre blanc* stigmatisait la croissance du non-contributif en raison des périodes non cotisées des chômeurs et des retraités, comme de l'élargissement de l'assurance-maladie aux personnes démunies, aux femmes bénéficiaires de l'allocation de parent isolé, etc. Il estimait alors que le développement de la partie assistancielle du système de santé justifiait celui du financement par l'impôt.

Selon ce principe de fiscalisation du financement, le Plan Juppé (1995) prévoyait l'instauration d'une « assurance maladie universelle » (AMU), qui verra en fait le jour en 2000 avec la couverture maladie universelle. C'est ainsi également que le plan Aubry (1997-1998) a organisé un accroissement de la CSG de 4 points et une diminution simultanée des cotisations salariales, en se fondant sur l'argument lequel les cotisations sociales feraient obstacle à l'emploi en augmentant le coût du travail. Fondamentalement, le rapport Soubie a contribué à répandre l'idée que l'assurance-maladie devait être certes maintenue, mais à la

condition d'être réduite dans l'optique d'une réduction des prélèvements obligatoires, en particulier les prélèvements sociaux « pesant » sur les entreprises. Le plan Juppé a repris ce raisonnement en procédant à l'accroissement massif des prélèvements sur les salaires et les revenus de transferts concernant les retraités et les chômeurs.

Le *Livre blanc* a aussi introduit l'idée que l'analyse des systèmes de santé étrangers pouvait inspirer des réformes efficaces, notamment la mise en concurrence des offreurs de soins et la constitution de filières de soins sur le modèle anglo-saxon, ce qui constitue avec le « panier de soins », le cœur des propositions actuelles des forces libérales. Les priorités définies dans le rapport Soubie portaient en germe *le risque d'un éclatement du système de santé en trois étages* : une couverture d'assistance minimale, une couverture de type assurantiel pour ceux qui cotisent, mais elle-même limitée, une montée en puissance de l'assurance privée dans le système de santé, accessible aux seules personnes ayant la possibilité financière d'y souscrire (voir la partie consacrée à la stratégie des forces libérales).

Un autre rapport, celui établi en 1992 par Claude Béraud, médecin-conseil de la CNAM, a également considérablement influencé les décisions politiques. On y évaluait à un chiffre compris entre 60 et 120 milliards de francs les gaspillages dans le système d'assurance-maladie, chiffre énorme puisqu'il représenterait grosso modo entre 8 et 15% des dépenses. Une estimation du même ordre sera reprise en 1998 par Gilles Johanet (directeur de la CNAM de 1997 à 2002), dans *Sécurité sociale. L'échec et le défi*. Mais, les conclusions spectaculaires et amplement médiatisées du rapport Béraud recouvraient des phénomènes de nature diverse et au chiffrage très imprécis, qui concernaient aussi bien des problèmes de structure que d'éventuels abus de la part des professionnels de santé. En définitive, loin de contribuer à s'attaquer aux véritables causes de la crise de régulation du système de santé, ce rapport a surtout contribué à jeter la suspicion sur le corps médical et à justifier la politique de maîtrise comptable des dépenses.

Les mesures des différents plans de réforme dans la période récente ont revêtu deux formes essentielles, des mesures d'économie au sens strict et des réformes structurelles. Ces dernières ont visé de fait principalement la maîtrise comptable des dépenses de santé (tout en affichant un objectif de « maîtrise médicalisée » des dépenses). De manière générale, les mesures d'économies ont tenté de limiter simultanément la demande de soins et l'offre de soins, en sacrifiant à la logique dominante selon laquelle celles-ci seraient trop élevées en raison de la socialisation de la dépense de santé (voir en annexe les plans de réforme depuis 1990).

5) Pauvreté et santé : du plan Juppé à la couverture maladie universelle (CMU)

En 1995, 150 000 personnes environ n'avaient aucune couverture de base, mais c'est 12% de la population, 6 millions de personnes, qui ne bénéficiaient pas de couverture complémentaire. Le système des aides médicales légales, dont la compétence était confiée aux départements, permettait en général à ces personnes un accès aux soins mais dans des conditions très complexes. C'est dans ces conditions que le plan Juppé en 1995 a présenté un projet d'assurance maladie universelle (AMU) en affichant un objectif de justice sociale et de respect de la Constitution, dont effectivement le préambule, depuis 1946, prévoyait l'universalité de l'accès aux soins. Mais le projet d'AMU dans le cadre du plan Juppé a déclenché chez les professionnels de santé la crainte immédiate que l'ensemble du système de soins ne soit tiré vers le bas.

C'est en 2000 que la couverture maladie universelle va concrétiser, dans le cadre du *plan Aubry*, ce que prévoyait le plan Juppé. Avant même d'être instauré par la loi du 27 juillet 1999, le dispositif de la CMU était inscrit dans le programme d'action accompagnant la loi d'orientation de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 qui intégrait ainsi le fait que la

santé est d'emblée touchée par le développement de la pauvreté et de la précarité. La formule retenue a été celle de l'affiliation systématique à l'assurance-maladie (sous conditions de résidence) et de l'obtention d'une couverture complémentaire gratuite en dessous d'un plafond de ressources, actuellement 3 600 francs/mois pour une personne seule, ce seuil tenant compte ensuite de la composition du foyer. Les personnes éligibles à la CMU, notamment l'ensemble des Rmistes, obtiennent ainsi un accès totalement gratuit aux soins sans débours préalable selon le principe du tiers-payant.

Certes, la « couverture maladie universelle » (CMU) constitue, en affirmant le principe du droit aux soins pour tous, une réelle avancée.. Elle comporte deux volets autonomes :

- la CMU de base (affiliation au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence sauf si la personne a des droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie). L'idée d'une cotisation symbolique des bénéficiaires ayant été écartée – « pour des raisons pratiques » selon Martine Aubry –, la CMU de base est gratuite pour les personnes vivant dans un foyer dont le revenu fiscal annuel est inférieur à 6505 euros (42 670 F). Elle implique une cotisation de 8 % sur le montant des revenus supérieur à ce seuil.
- **la CMU complémentaire permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audio-prothèses,...). Cette CMU complémentaire n'est quant à elle accessible que sous condition de ressources : moins de 562 euros mensuels (3686 F) pour une personne seule. Particulièrement injuste, inférieur au seuil de pauvreté, un tel seuil de revenu exclut du dispositif les travailleurs précaires et les titulaires de certains minima sociaux alors que leurs revenus sont à peine supérieurs au plafond : les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) ou ceux du minimum vieillesse, par exemple, se trouvent exclus du dispositif car leur revenus sont supérieurs de 20 euros au seuil de la CMU complémentaire.**

Selon les données du ministère des Affaires sociales, le premier volet de la CMU concernait, au 31 mars 2002, 1,3 million de bénéficiaires, le second en comptant 4,7 millions. Pour l'avenir, certaines évaluations évoquent le chiffre de 6 millions d'individus, le chiffre qu'indiquait le gouvernement lui-même. Le dispositif concerne ainsi, ou est susceptible de concerner à court terme, environ 10 % de la population (mais 40 % dans les DOM, 60% à la Réunion).

La CMU a évincé des populations qui bénéficiaient des aides légales départementales

Plusieurs critiques fortes doivent être formulées sur la CMU. Elles portent pour l'essentiel sur son volet complémentaire. Les bénéficiaires du RMI sont automatiquement couverts par le volet complémentaire. Mais pour l'instant, aucune disposition n'a été prise concernant ceux qui dépassent un plafond somme toute bas, si bien qu'ils se retrouvent exclus de cette couverture complémentaire. Ainsi, la CMU a certes permis de gommer les inégalités existantes entre les régimes d'aide médicale gratuite gérés par les départements mais, dans le même temps, un nombre de personnes non négligeable ont été évincées de la CMU complémentaire alors qu'elles bénéficiaient auparavant du système d'aide légale.

Ainsi, le « Passeport Rhône Soins », par exemple, couvrirait-il bien mieux que la CMU les dépenses en matière de prothèses dentaires ou de lunetterie. Plus encore, dans une dizaine de départements, le système des aides médicales auquel met fin la CMU était accessible pour des revenus mensuels supérieurs au plafond CMU. Alors qu'elles disposaient d'une couverture sociale gratuite dans le cadre de l'aide départementale, les populations concernées doivent à présent cotiser pour couvrir des soins dentaires ou le forfait hospitalier ou renoncer

aux soins avant d'avoir recours aux services d'urgence de l'hôpital ou à médecine caritative. Ces personnes ont ainsi leurs droits antérieurs se transformer en une aide sociale individualisée incertaine⁴.

Au bout du compte, alors que les inégalités en matière de santé restent très importantes, la mise en œuvre de la couverture maladie universelle présente encore trop d'insuffisances pour pouvoir les réduire de manière significative.

L'accès aux prestations est restreint à travers un « panier de soins »

Le véritable contingentement qu'entraîne la définition d'un panier de biens et services associé à la CMU par l'arrêté publié au Journal Officiel du 1^{er} janvier 2002 constitue à lui seul la mise en place d'un accès restreint aux prestations de santé pour les populations pauvres. Ainsi, l'arrêté précise, par exemple, que la prise en charge ne peut excéder un plafond d'environ 400 euros (2600 F) par période de deux ans pour les soins dentaires ou encore de 55 euros (360 F) annuels en frais d'optique pour une monture et des verres simples. Les professionnels de santé – avec lesquels les tarifs ont été négociés –, doivent donc proposer des prestations intégralement prise en charge par la CMU telles qu'elles sont définies dans le panier de biens : pour garantir une prise en charge à 100 %, les bénéficiaires de la CMU ont droit, contrairement aux autres assurés sociaux, à des prix fixes de la part des chirurgiens dentistes ou des opticiens.

Un des participants aux Etats généraux de la santé de mars 1999 soulignait ainsi que « plus on est pauvre, moins on est informé et moins on est exigeant pour sa santé⁵ ». Cela reste vrai pour les bénéficiaires de la CMU. Population jeune (42 % des bénéficiaires de la CMU ont moins de 20 ans), les bénéficiaires de la CMU consultent davantage les médecins généralistes que les autres patients du régime général, ont sensiblement moins recours aux spécialistes et consultent nettement moins les ophtalmologistes et les dentistes.

Un risque de sélection des publics et de stigmatisation

Une crainte importante – notamment formulée par Médecins sans frontières ou Act Up – pose la question de la privatisation du système de santé et de l'abandon de l'accès aux soins à la logique du marché. Dénonçant la concurrence introduite entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les organismes privés, mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises d'assurance – qui siègent d'ailleurs au Conseil de surveillance du fonds de financement de la CMU –, de nombreuses associations avaient soulignées le risque de sélection des publics dès la discussion du projet de loi.

De plus, dénonçant une certaine forme de mépris des bénéficiaires de la CMU, des associations ont signalé des refus de rendez-vous par certains médecins ou de délivrance de médicaments dans certaines officines. Même si ces refus peuvent être expliqués, semble-t-il, par des raisons liées au remboursement par les caisses – cette stigmatisation perçue par les bénéficiaires, ajoutée au nivellement par le bas et aux effets de seuil de revenu, contredit le principe d'un accès égal pour tous aux services de santé. Sans compter que le critère de résidence exclut du dispositif les étrangers en attente de régularisation ou en situation précaire.

. En 1999, le Medef s'était fait le porte-parole des assureurs en dénonçant ce projet parce qu'il autorisait les caisses d'Assurance maladie à gérer l'assurance complémentaire et réclamait en même temps le droit pour les assureurs de gérer la couverture maladie de base. Mais nous sommes loin de cette critique. L'idéologie libérale s'est transformée en chantre de

⁴ La gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'AAH et du minimum vieillesse a été prolongée par décret jusqu'à la fin de l'année 2001.

⁵ Cité par Joël Plantet, *Lien Social*, n° 486-487, 20 mai 1999.

la CMU, car elle permet d'imagier une structure du système de santé où une couverture minimalisée serait accordée à tous alors que sa contrepartie exigerait le développement des complémentaires privées pour ceux qui auraient les moyens financiers d'y souscrire.

2. La stratégie des forces libérales pour permettre la percée de l'assurance privée dans l'assurance maladie

Cette stratégie se fonde essentiellement sur l'argument majeur de la crise de financement du système de santé, et donc du déficit de l'assurance-maladie. Lors de la période 1998-2001, le déficit a été contenu en raison d'une conjoncture économique plus favorable, mais celui-ci est reparti très sensiblement en 2002 pour se situer, en dépassant 6 milliards d'euros, à un montant du même ordre qu'en 1993 et 1994. En corollaire, les dysfonctionnements du système de santé, stigmatisés par le malaise et les revendications des médecins libéraux et des personnel infirmiers alimentent également le réquisitoire libéral : système de santé serait à bout de souffle et les dépenses « *en dérive permanente* », selon les termes du Medef.

Dans ce contexte, les postulats de l'analyse libérale appliqués à l'économie de la santé se sont déployés : notre système de santé fondé sur la solidarité serait inévitablement inflationniste et inefficace, en premier lieu en raison du caractère socialisé de la dépense d'assurance-maladie. Le raisonnement aboutit alors à prétendre que les mécanismes de marché permettraient une réelle maîtrise comptable des dépenses de santé. Il s'agirait donc de limiter la dépense publique d'une part et de favoriser le développement des assurances privées d'autre part, en escomptant que ces « opérateurs de soins » pèsent sur les offreurs pour un meilleur coût-efficacité. La concurrence serait ainsi poussée à deux niveaux conjoints, entre les assureurs eux-mêmes comme entre les offreurs de soins. Afin de déclencher cette réaction en chaîne de la privatisation, l'instrument privilégié par les projets libéraux de réforme consisterait à définir un (ou plusieurs) « paniers(s) de soins ».

1) Le « panier de soins », arme essentielle de la limitation des dépenses publiques de santé et du développement de l'assurance privée

Instituer un « panier de soins » revient à spécifier les soins, jugés « vitaux » qui justifieraient, une prise en charge intégrale par une assurance-maladie de base remodelée, la liste de ces soins, par essence limitative, étant établie et modifiée périodiquement par le Parlement. Quant aux soins « hors panier », ceux-ci nécessiteraient de souscrire, auprès d'une mutuelle ou d'une compagnie d'assurance, une assurance complémentaire santé fondée sur un principe différent de celui des complémentaires actuelles. En effet, ce n'est plus pour la prise en charge d'un « ticket modérateur » qu'il faudrait souscrire, mais bien pour se couvrir dès le premier euro des dépenses correspondant aux soins sortis du « panier » de base.

Ce « panier de soins », identifiable à une « couverture maladie universelle » plus ou moins minimalisée selon son contenu, entraînerait mécaniquement le développement spectaculaire des complémentaires santé, ce qui est d'ailleurs l'un de ses objectifs. Mais comme ce projet ne peut être dévoilé de manière abrupte, les argumentations en faveur du « panier de soins » restent souvent ambiguës. Certaines font appel à la « responsabilisation » de l'usager, au prétexte que la prise en charge par la couverture de base de tous les soins serait devenue impossible ; d'autres déguisent l'objectif de privatisation de l'assurance maladie sous l'habit de l'universalité, mettant en avant le fait que la nouvelle couverture de base prendrait des soins en charge à 100% pour toute la population mais, en réalité, nul ne sait ce que contiendrait le ou les « paniers de soins », ni dans leur première mouture ni dans les futures. Quoi qu'il en soit, le « panier de soins » constitue désormais la piste de réflexion d'une

réforme du système de santé fondée sur la logique d'une maîtrise comptable des dépenses socialisées⁶.

À dire vrai, l'idée du « panier de soins » n'est guère neuve, puisque le système de santé néerlandais, notamment, est fondé sur la dichotomie entre ce qui est considéré comme « risques catastrophiques » couverts par une assurance sociale et les autres soins couverts par le public ou le privé suivant le niveau de revenu des ménages. Dans sa *Nouvelle architecture de la Sécurité sociale* (novembre 2001), le Medef se réfère explicitement aux Pays-Bas comme modèle de maîtrise des dépenses de santé, en prétendant que la sélection des risques y serait évitée malgré la forte implantation des assurances privées, mais nous montrons plus loin combien cette opinion est critiquable.

En France, la réflexion sur le « panier de soins » s'est accélérée en 2001 avec un rapport du Haut comité de la Santé publique à la Conférence nationale de santé intitulé "Le panier de biens et services de santé". À l'époque, l'objectif affiché était de tenter de définir les soins et services médicaux qui devaient impérativement être couverts par la Cmu. Le « panier de soins » est d'ailleurs une réalité pour les Cmusistes concernant notamment les prothèses dentaires et la lunetterie (ainsi la limitation de prise en charge de deux couronnes dentaires par an seulement, pour ne citer que cet exemple). Le Medef a attendu novembre 2001 pour dévoiler ses propositions de réforme de l'assurance-maladie dans *Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale*, alors que ses autres « chantiers » de « refondation sociale » avaient été abordés dès 1999. Il s'agissait clairement pour l'organisme patronal de s'inscrire dans les campagnes électorales de mai et juin 2002, notamment à travers une série de forums organisés dans les plus grandes villes de France. Ce forcing a réussi à la faveur des résultats des élections et le Medef joue désormais de tout son poids. Concernant les politiques de l'emploi, notamment à propos des 35 heures, la politique salariale et de nouvelles exonérations de charges sociales, les décisions du gouvernement Raffarin depuis 2002 ont pu paraître dictées par la rue Pierre I^{er} de Serbie...

Le projet de réforme de l'assurance-maladie proposé dans le cadre de la « nouvelle architecture » a suscité au départ peu de critiques explicites. La stratégie du Medef, suivie par le gouvernement actuel, a consisté à convaincre l'opinion que le système de santé serait à bout de souffle et qu'il conviendrait d'introduire une « dose de privatisation » dans l'assurance-maladie afin d'assurer la maîtrise comptable des dépenses et soi-disant d'améliorer leur efficacité. Mais cet argument, servi par le déficit important de 2002 (probablement 6 milliards d'euros), est en réalité le fer de lance de la percée de l'assurance privée dans l'assurance-maladie, éventuellement dès la couverture de base, ce qui concrétiserait le vieux rêve exprimé dès 1995 par Claude Bébéar, alors président directeur général d'AXA, de « gérer l'assurance-maladie dès le premier franc ».

Ainsi, dans sa partie consacrée au système de santé, *Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale* affirme d'emblée que l'augmentation des dépenses « rend nécessaire une distinction claire entre les charges assumées par la collectivité et celles qui relèvent de la responsabilité individuelle ». Afin de « responsabiliser » les usagers du système de santé, il conviendrait donc d'instituer un « panier de soins » remboursables à 100%, par nature limitatif et défini annuellement par le Parlement. La gestion de cette couverture maladie universelle, dans ce cas généralisée à l'ensemble de la population, reviendrait indifféremment

⁶ Parmi bien d'autres prises de position, celle de, Claude Le Pen, professeur à Paris IX, présente l'avantage d'être sans ambages : « La politique de santé doit affronter certaines réalités, la première étant que la garantie d'accès qu'il convient d'offrir à tous les résidents français ne peut couvrir tous les soins. Il importe de définir avec précision et clarté les contours de la solidarité nationale. C'est la problématique dite du panier de soins qui devra tôt ou tard s'imposer » (« Systèmes de santé : des pistes pour la réforme », *La Revue de la CFDT*, « Le prix de la santé », n° spécial, juin 2002.

aux caisses d'assurance-maladie, aux mutuelles ou aux assurances privées, chacun pouvant s'inscrire auprès de l'organisme de son choix, comme dans le cadre de la CMU. Mais les soins « hors panier » nécessiteraient le recours aux complémentaires santé des mutuelles ou des assurances privées. Ces propositions aboutissent donc, de manière à peine déguisée, à créer les conditions du développement de l'assurance privée dans l'assurance maladie ; ceci explique au passage l'engouement subit du Medef et des assureurs privés pour la CMU (bien qu'ils l'aient stipendiée à sa création), puisque celle-ci leur apparaîtrait désormais comme un ballon d'essai d'une couverture de base minimaliste, qu'il suffirait d'universaliser définitivement après remaniement, en faisant sauter les conditions de ressources et en la circonscrivant au « panier de soins ».

Le nouveau gouvernement à l'unisson

Démocratie libérale et le Parti Républicain, à quelques nuances près, estimaient, dans leurs programmes électoraux des présidentielles, qu'il fallait développer, en raison de la hausse des dépenses, la « responsabilisation » des usagers. En clair, il s'agirait de faire monter la part des dépenses couvertes par les complémentaires santé à travers l'instrument du « panier de soins », même si ce terme n'apparaissait pas explicitement. Jean-François Mattéi, dès son arrivée au ministère de la Santé, a adopté un discours sur le même registre : *« Il faut cesser de dire qu'il faut maîtriser, contenir... La croissance des dépenses de santé dans le budget des ménages est inéluctable... Les ressources publiques ne sont pas infinies. [La] nouvelle politique à définir est celle qui assure que les dépenses couvertes par l'assurance-maladie sont celles qui sont les plus légitimes médicalement...et une politique qui responsabilise toutes les parties prenantes ».*

Ceci annonce sans conteste de nouvelles contraintes budgétaires sur les dépenses publiques de santé, car définir des dépenses « *légitimes médicalement* » revient à instituer inévitablement un « panier de soins », puisque des dépenses de santé seraient de facto considérées comme « non légitimes » et non socialisables. On accepterait ainsi de laisser filer la dépense à la charge des ménages. Ceux-ci resteraient certes susceptibles de se couvrir grâce à des complémentaires santé, mais à condition d'avoir les moyens financiers d'y souscrire. On notera, par parenthèse, la forte contradiction entre la déclaration de Jean-François Mattéi et la concession faite, entre les deux tours des législatives, aux médecins libéraux sur la consultation à 20 euros. Si les demandes de revalorisation d'honoraires des professionnels de santé libéraux paraissent fondées en raison du blocage des tarifs conventionnels depuis 1998, force est de souligner que les mesures prises en juin par le nouveau ministre et non financées, auront représenté un coût supplémentaire pour l'assurance-maladie de près de 800 millions d'euros dès 2002, soit environ 13% du déficit.

Les gouvernements voient d'un œil favorable le « panier de soins » afin de réduire les déficits publics, les assureurs espèrent pour leur part la privatisation d'une partie de la dépense de santé, mais plus surprenante apparaît l'adhésion d'influents praticiens hospitaliers à la thèse des dépenses de santé devenues incontrôlables. Cette contamination quasi irrépressible déclenchée par la vision ultra-libérale de la réforme du système de santé a ainsi touché certains médecins avec une vigueur exceptionnelle. Selon François Dreyfus et Didier Sicard (« Médecine française : la grande illusion », *Le Monde*, 14 sept. 2002), nous serions sur « *une lancée folle de consommation effrénée, irréfléchie, toujours plus chère* », « *aux lendemains... cruels* », si bien qu'il faudrait « *alerter... les citoyens que le recours au système de soins est une chance fragile qui ne peut être longtemps gâchée par un laxisme irresponsable* ». Les auteurs désignent comme premier coupable en cette affaire « *le progrès technique (de la médecine) qui génère une demande croissante* » ; en conséquence, puisque notre système socialisé institue un droit-crédence des personnes sur le système de soins, « *la médecine... a transféré toute plainte (des patients) en une exigence d'expertise technique* ».

Que le progrès médical soit un des facteurs de l'augmentation des dépenses de santé ne fait guère de doute, mais les auteurs cités enchérissent bien au-delà de ce seul constat, car ils aboutissent à fustiger le principe de solidarité du système lui-même. Celui-ci serait déresponsabilisant, et inflationniste parce que déresponsabilisant : « *l'offre est illimitée et... fondée sur un principe de bienfaisance dont la mise en cause est perçue en termes idéologiques* ». Il nous faudrait donc admettre que vouloir maintenir le principe de solidarité et d'accès aux soins (à tous les soins) pour l'ensemble de la population relève de « l'idéologie », alors que se soumettre à de prétendues lois du marché pour « remettre en cause » cette solidarité échapperait par nature à toute considération idéologique, le marché, on le sait, est censé ne pas avoir d'âme...

C'est bien le postulat de l'économie de la santé néo-libérale, que l'on retrouve ainsi, exprimé brutalement (et en définitive sommairement), postulat selon lequel « l'offre induit la demande » et que François Dreyfus et Didier Sicard reprennent à leur compte dans leur article : « *l'offre crée la demande selon une logique économique élémentaire* ». En d'autres termes, nous serions enclins à exiger des soins non véritablement nécessaires, prescrits par des médecins qui capituleraient devant les incitations de leurs patients, cette « déresponsabilisation » partagée étant la conséquence de la garantie de paiement qu'assure une assurance-maladie fonctionnant « à guichet ouvert ». Cette argumentation n'est pas neuve, mais elle peut revêtir désormais des tours particulièrement culpabilisants : « *chacun croit qu'il peut s'exposer sciemment à un risque parce qu'il sera protégé* » (toujours François Dreyfus et Didier Sicard). Les mêmes auteurs n'hésitent pas, en outre, à dresser des catégories de populations les unes contre les autres, en affirmant, par exemple, que la gériatrie reste « *sur le quai* » au profit des « *exigences sécuritaires* » d'usagers plus jeunes demandant indûment des « *expertises techniques* » avancées.

Ce renforcement de la « responsabilisation individuelle » serait donc impératif face aux « nouveaux risques » engendrés par la mondialisation de l'économie et qui fournissent le leitmotiv favori de l'ensemble du projet de « refondation sociale » du Medef, projet pour lequel la Fédération française des sociétés d'assurance constitue, sans surprise, l'alliée la plus sûre. Mais ce raisonnement ne repose au bout du compte que sur l'unique affirmation que les charges sociales en France seraient trop élevées, qu'elles nuiraient à la compétitivité des entreprises françaises et engendreraient le chômage massif qui persiste en France. Or, nombre d'études infirment que le coût du travail soit trop élevé en France alors que la seule prise en compte de l'évolution du partage de la valeur ajoutée depuis vingt ans amène à constater que celle-ci est de plus en plus défavorable au facteur travail dans la production, y compris par rapport aux autres pays de l'Union européenne. Qu'importe à ceux qui continuent à asséner leurs incantations réclamant de nouvelles baisses du coût du travail et de la dépense de santé socialisée, en acceptant implicitement de laisser filer la dépense privée, puisque cette augmentation de la dépense privée de santé n'apparaîtrait pas directement dans le coût du travail ni dans les prélèvements obligatoires, et donc pas dans les dépenses publiques .

Tout converge ainsi vers la proposition du « panier de soins », qui convertirait notre couverture maladie de base en couverture maladie universelle généralisée, en entraînant mécaniquement un développement spectaculaire des compléments santé. Mais comme il serait bien peu habile de dévoiler de projet de manière abrupte, l'ambiguïté du « panier de soins » permet de déguiser avec ingéniosité l'objectif de privatisation de l'assurance maladie sous l'habit de l'universalité. Certes, des soins seraient remboursés à 100% par la couverture de base, mais en réalité, nul ne sait ce que contiendrait ce « panier de soins », ni dans sa première mouture ni dans les futures. Selon le Medef, il reviendrait au Parlement de définir annuellement son contenu.

Ainsi, le Medef tente-t-il de faire accroire, dans son document de novembre 2001, que le « panier de soins » favoriserait l'accès aux soins. Mais on peut imaginer la quadrature du cercle qu'il faudrait résoudre si le « panier de soins » n'était par essence limitatif. En effet, comment prendre en charge la couverture intégrale de soins et faire baisser dans le même temps les dépenses de santé, sans que ce soit la définition même des soins inclus dans le « panier » qui permette les économies escomptées sur les dépenses de santé ?

Le système de santé solidaire est-il réductible à « *un principe de bienfaisance* » comme le disent François Dreyfus et Didier Sicard dans leur article du Monde ? Ceci revient à nier le principe même de l'assurance sociale, au prétexte qu'elle serait dépassée et de toute manière financièrement insoutenable. Est-il besoin de rappeler que le système de santé créé en France à la Libération ne reposait nullement sur un principe d'assistance ? L'objectif était de créer les conditions de l'égalité devant l'accès aux soins à travers des cotisations assises sur le travail. Si la volonté de justice sociale était bien présente, elle était autant conséquence que cause d'un système de régulation économique qui voulait favoriser le développement de la productivité au travail, l'entretien et la reproduction de la force de travail en bonne santé. Ainsi, la réforme souhaiterait-elle achever la fiscalisation du financement à travers la CSG, mais ce type de financement a déjà décentré le système de santé vers le positionnement typiquement beveridgien de l'assistance due au titre de la solidarité nationale, éventuellement (et à terme obligatoirement) minimaliste. Le « panier de soins » constituerait la couverture maladie des bas et moyens revenus, définie « *avec précision et clarté* » par « *les contours de la solidarité nationale* », mais que les couches sociales plus favorisées complèteraient par leurs complémentaires santé.

La bombe lancée par Jacques Barrot

Il a fallu près d'un an depuis la diffusion du projet du Medef pour que le « panier de soins » fasse l'objet d'une déclaration publique explicite. C'est dans le cadre de la discussion de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 que Jacques Barrot, président du groupe UMP à l'Assemblée a clairement exprimé, le 30 octobre 2002, l'intention de limiter les dépenses publiques, « *afin de cesser d'être hypocrite* ». L'ancien ministre des Affaires sociales du gouvernement Balladur en 1994 a en effet invoqué la distinction entre « maladies graves », celles que l'assurance sociale continuerait de prendre en charge, des « petits risques » pour lesquels le recours au privé serait nécessaire. Dans le débat ainsi engagé, la valse-hésitation de Jean-François Mattéi a eu de quoi laisser circonspect. Le ministre de la Santé a d'abord semblé désavouer le Président du groupe UMP de l'Assemblée – « *il n'y a pas de différence entre le gros risque et le petit risque* » (*Les Échos*, 5 novembre 2002). Mais il a aussitôt déclaré: « *il faut sortir du tout gratuit... et proposer des couvertures variables selon la volonté de s'assurer pour tel ou tel risque* » (*Le Journal du Dimanche*, 17 novembre 2002). De son côté, Jean-Marie Spaeth, Président de la Caisse nationale d'assurance-maladie, a proposé une autre variante de « panier de soins », à travers des « *protocoles de soins* » fixés pour certaines pathologies (*Les Échos*, 5 novembre 2002). On s'appuierait dans ce cas sur les références médicales opposables (RMO) censées définir un coût normal de traitement par pathologie, au-delà duquel certains soins ou examens, bien que prescrits, ne seraient plus pris en charge par la couverture de base.

Conscients de la difficulté de continuer à prétendre que la solidarité du système de santé ne serait pas entamée, les partisans du « panier de soins » arguent que l'on prendrait les dispositions adaptées pour que chacun bénéficie d'une complémentaire santé. Il est pourtant difficile de concevoir que des couvertures complémentaires ouvriraient les mêmes droits à tous sans restriction. Pour être plus clair encore, certains obtiendraient-ils, en raison de la faiblesse de leur revenus, une complémentaire santé gratuite identique à celles que d'autres devraient dûment acquitter ? On doit imaginer que les complémentaires santé, y compris

celles proposées par les organismes mutualistes, tendraient à différencier plus encore leurs garanties en fonction des cotisations ou des primes payées. En définitive, en dépit de mesures prises pour les bas revenus, l'instauration d'un « panier des soins » ne peut qu'institutionnaliser un système de santé à plusieurs vitesses.

On ne peut passer sous silence l'enjeu pour les fédérations mutualistes. Celles-ci, désormais régies par le nouveau Code de la Mutualité de 2001 appliquant les directives européennes sur les assurances, attendent du développement des complémentaires santé un rôle accru dans la « *nouvelle gouvernance* » de l'assurance-maladie qu'a évoquée à maintes reprises Jean-François Mattéi. La position des mutuelles consiste à se déclarer prêtes à assumer une réforme qui donnerait plus d'importance aux complémentaires santé, mais ce faisant, elles acquiescent d'emblée la logique libérale qui affirme que le système de santé actuel serait à bout de souffle. En définitive, les réformes fondées sur la mise en place d'un « panier de soins » risquent d'amorcer un dépeçage de l'assurance-maladie, dont les différents « opérateurs de soins » penseraient tirer avantage à des titres divers, mais de toute manière aux détriments de l'usager.

2) Le « panier de soins » favoriserait la percée de l'assurance privée

À dire vrai, l'idée du « panier de soins » en soi n'est guère neuve, puisque le système de santé néerlandais se fonde sur ce principe, le Medef s'y référant explicitement dans sa *Nouvelle architecture de la Sécurité sociale*. Aux Pays-Bas, une couverture de base pour toute la population est gérée de manière tripartite (l'État et les partenaires sociaux), à partir d'un financement par des cotisations et par l'impôt. Pour les soins hors panier, les ménages ne dépassant pas un plafond de revenus de l'ordre de 2 500 euros par mois (60% de la population) ont accès à une assurance sociale gérée par des mutuelles, grâce à des cotisations proportionnelles au revenu. Au-delà de ce plafond, les ménages doivent souscrire une assurance de santé privée. En réalité, ces mécanismes spécifiques au système de soins néerlandais n'ont pas empêché la hausse des dépenses publiques de santé, mais ils ont favorisé une forte percée de l'assurance privée, qui gère actuellement 15% de la dépense totale de santé aux Pays-Bas. Cette segmentation de la patientèle admet d'office un système de soins « multi-vitesses », y compris d'ailleurs au sein des personnes assurées par le privé, car les effets de seuil sont notoires : quoi de commun entre l'assurance de santé d'un ménage au seuil de 2 500 euros et les couches les plus favorisées de la population ? (voir sur ce point la partie consacrée aux systèmes de santé étrangers).

On sait que la morbidité, dans une certaine mesure, diminue quand le revenu augmente, si bien que les assurances privées, rentabilité oblige, adoptent aux Pays-Bas des stratégies commerciales qui leur permettent d'éviter les « mauvais risques », en contournant les seuls critères admis pour majorer ou minorer les primes, le sexe et l'âge, ce qui apparaît d'ailleurs déjà bien discutable. Dans le cas où le cahier de charges imposées par le ministère de la Santé les met en déficit, les compagnies privées requièrent alors le concours financier de l'État, si bien que c'est le financement public qui garantit *in fine* la rentabilité des assurances privées. Nous verrons comment le Medef et les forces libérales projettent, quant à eux, de financer les compagnies d'assurances privées à travers un système de collecte des cotisations-primes pour la couverture de base.

La mise en concurrence des opérateurs de soins

Le concept du « panier de soins » s'accompagne donc de celui de la « mise en concurrence des opérateurs de soins ». Celui-ci suppose que la libéralisation du système de santé favoriserait l'efficacité du système de santé, en entrant ainsi de plain-pied dans la logique du « quasi-marché ». Les opérateurs pèseraient sur les offreurs de soins afin de faire baisser les coûts et l'on escompterait ainsi des économies sur les dépenses de santé. Cette

pression sur l'offre, impérieuse pour le Medef, réclamerait la diversité des opérateurs, puisque l'étatisation croissante du système de soins est censée cumuler les inefficiences. Il est alors supposé que les assurances privées seraient mieux aptes à maîtriser les dépenses à travers une politique de contractualisation avec les offreurs et l'organisation de filières de soins.

C'est ainsi un nouveau syllogisme que nous propose le projet du Medef et des forces libérales. Ils affirment pouvoir réaliser la maîtrise des dépenses de santé, mais le raisonnement libéral bien connu ne laisse pas d'émerveiller : nos dépenses seraient trop élevées, leur croissance n'apparaîtrait pas maîtrisable, alors il conviendrait d'introduire la mise en concurrence « des opérateurs de soins ». Pourtant, comment les dépenses de santé baisseraient-elles, alors qu'une part d'entre elles supporterait une marge de rentabilité des compagnies d'assurances qui ne peut que se situer entre 15% à 35% du total des primes encaissées ? Ce prodige ne s'accomplirait qu'en contraignant la demande par la réduction drastique des dépenses de soins socialisés, et l'offre par la compression des coûts, notamment (en un premier temps) des offreurs de soins de ville.

Irait-on jusqu'au bout des projets du Medef qui propose que les « opérateurs de soins » soient rémunérés pour la couverture de base selon un principe de capitation ?

Le « monopole » d'affiliation aux caisses primaires d'assurance-maladie tomberait. On s'assurerait pour le « panier de soins » auprès de l'opérateur de son choix, caisse primaire, mutuelle, institution de prévoyance ou assurance privée, mais les salariés seraient astreints de s'affilier auprès de l'opérateur sélectionné par leur entreprise... Les opérateurs de soins recevraient un forfait par personne affiliée par leur intermédiaire, soit une formule de capitation identique à celle instituée dans le cadre de la CMU.

Le financement des soins correspondant au panier et la capitation accordée à chaque opérateur continueraient d'être assurés par un système de prélèvement socialisé, le Medef évoquant indifféremment la CSG où des cotisations, puisqu'en réalité, ce point devient indifférent, l'essentiel consistant à supprimer les 12,8 points restants de cotisations patronales à l'assurance-maladie. Il s'agit bien ainsi de désolidariser définitivement l'entreprise du financement du système de santé socialisé, quitte à la faire participer ensuite aux primes d'assurance des salariés sur les complémentaires santé, sur un schéma, directement inspiré des États-Unis, où l'assurance maladie est en général contractée à travers l'entreprise.

Au-delà de ce qui serait couvert par le « panier de soins », il faudrait, pour être remboursé, souscrire une complémentaire santé. Ceci est certes déjà le cas pour les différents « tickets modérateurs » qui n'ont cessé d'augmenter au travers des plans de réforme fondés sur la maîtrise comptable des dépenses (voir la partie sur l'état des lieux du système de santé). La couverture des dépenses des tickets modérateurs se fait encore essentiellement par les mutuelles et les institutions de prévoyance, organismes à but non lucratif, qui représentaient, en 2001, 77% des dépenses assurées par les complémentaires santé, les 23% restants revenant à l'assurance privée. Comme le pourcentage des dépenses totales de santé assuré par les complémentaires est actuellement de l'ordre de 16%, la part de l'assurance privée dans les dépenses totales n'atteint pas 4% en France. Elle est notablement plus élevée dans certains pays de l'Union européenne, notamment au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et même en Allemagne.

La « distinction claire entre les charges assumées par la collectivité et celles qui résultent de la responsabilité individuelle » aboutirait à isoler un étage assistanciel minimal (le « panier » des soins définis par le Parlement) financé par les ménages, probablement à travers la CSG, mais géré pour une large part par des opérateurs privés. Un second étage, également financé par les ménages, serait obligatoirement géré par le privé. La souscription de ces complémentaires s'effectueraient, selon le Medef, à travers l'entreprise pour ceux qui

travaillent, mais bien des variantes seraient possibles en raison de la multiplicité des opérateurs et en réalité, ce second étage se segmenterait à son tour.

La *Nouvelle architecture* affirme vouloir écarter le syndrome des Etats-Unis – où les dépenses de santé représentent 14% du PIB –, jugeant que « *ce système ne permet pas une maîtrise optimale des dépenses* », mais cette répulsion affichée est un faux-semblant. Si l'on acceptait que « *l'entreprise aurait à choisir avec ses salariés, sur appel d'offres, l'opérateur de soins le plus efficace* », le schéma d'affiliation deviendrait alors typiquement calqué sur celui des Etats-Unis. Les salariés auraient la quasi-obligation de s'assurer auprès de l'opérateur préalablement choisi par l'entreprise, en raison notamment de l'incitation financière d'une prime correspondant à une assurance-groupe calculée en fonction d'un risque moyen sur l'ensemble du personnel de l'entreprise. Ceci permet une méthode évidente de sélection des risques, spectre que le Medef repousse d'un revers de plume en estimant que son projet respecterait « *la non-sélectivité des assurés sociaux et une absence totale de sélection des risques* ». Mais, aux Etats-Unis, les assurances privées prospectent en priorité les grandes entreprises dont les salariés présentent de moindres risques et évitent, en fonction de la taille, du secteur d'activité et de la typologie des salariés, celles où les risques apparaissent en revanche plus importants ; sélectionner ainsi les entreprises permet aussi de mieux rentabiliser les filières de soins que contrôlent eux-mêmes les assureurs.

Des complémentaires santé à la carte

Alors, quand le Medef prétend repousser toute idée de sélection des risques pour les complémentaires santé, il en a beau jeu, puisque celle-ci se ferait en amont, les « mauvais risques » n'ayant ni la possibilité, ni la tentation, ni les moyens d'avoir recours à l'assurance privée... Pour revenir aux Pays-Bas, les « mauvais risques » y sont globalement écartés d'entrée pour l'assurance privée, puisque les bas revenus sont d'office affiliés au système d'assurance sociale, y compris pour les soins non inclus dans le panier de soins des « risques dits catastrophiques ». Il ne fait guère de doute que l'on verrait ainsi s'installer progressivement dans notre système de santé une réelle sélection des risques, au moins en fonction des deux critères courants, admis même aux Pays-Bas, le sexe et l'âge. Concernant la sélection en fonction de l'échelle des revenus, celle-ci se ferait automatiquement à travers les mécanismes de marché.

À dire vrai d'ailleurs, un système socialisé mais non centralisé peut s'affronter à des effets pervers du même ordre s'il est dépourvu de règles de compensation automatiques telles que celles du système de santé français. En Allemagne, où les *Kassen* sont constituées par branche d'activité et financièrement autonomes, les cotisations à l'assurance maladie varient dans une fourchette de 8% à 16% du salaire et ceci entraîne que les populations présentant les risques les plus élevés payent plus cher leur assurance maladie, à tel point que cette source d'inégalités a dû faire l'objet d'une réforme visant à établir une compensation plus systématique, donc un renforcement de la socialisation du système.

Si le projet du Medef, dans un premier temps, on ne changerait rien pour l'hôpital public, mais concernant l'hospitalisation privée et les soins de ville, la multiplication des différentes formes de contrats d'assurance complémentaire aggraverait les inégalités d'accès aux soins, en termes de qualité et de proximité. Au-delà des personnes en situation de forte précarité, chacun serait à la fois plus ou moins couvert, et de manière plus ou moins coûteuse, suivant le degré d'intégration dans le marché du travail, le secteur d'activité et l'entreprise elle-même. On exacerberait donc le mouvement de différenciation des couvertures déjà amorcé ces vingt dernières années par les mutuelles qui ont poussé la diversification des complémentaires santé, notamment concernant le remboursement des dépassements d'honoraires des praticiens en secteur 2. De même, si la prise en charge du forfait hospitalier

est systématique pour les complémentaires santé, d'autres suppléments peuvent être pris en charge ou non suivant le montant de la cotisation.

Comment rentabiliser l'assurance privée par l'intégration de filières de soins

Maintenir une couverture de base socialisée pour laquelle les assureurs privés seraient rémunérés, par un système de capitation, se concentrer sur les « bons risques » afin de leur vendre ensuite des complémentaires à la carte pour les soins « hors panier », ceci ne constitue qu'une part de la stratégie pour optimiser la montée de l'assurance privée dans l'assurance maladie. Les filières de soins, déguisées ici en réseaux de santé, viennent compléter la panoplie de cette machine de guerre. Ainsi le Medef invoque-t-il dans son document de novembre 2001 «*une bonne coordination des soignants impliquant la mise en place de réseaux de soins* », en précisant ensuite que «*chaque opérateur de soins négocierait avec les fournisseurs de soins, médecins libéraux, industrie pharmaceutique et hôpitaux, les modalités de fourniture de soins en privilégiant la constitution de réseaux permettant la prise en charge globale et le chaînage des actes* ».

Si cette idée emprunte le vocabulaire des véritables partisans d'une maîtrise médicalisée et de la création de réseaux de soins médico-sociaux, ce n'est qu'apparence car il s'agit bien de promouvoir l'assurance privée. L'exemple américain nous permet d'imaginer ce qui pourrait alors advenir. Les *Health Maintenance Organizations* (HMOs) sont des filières de soins et non des réseaux au sens où l'entendent les professionnels de santé. Ces HMOs, qui sont très généralement l'émanation des assureurs privés, fonctionnent sur un principe d'intégration financière de l'offre de soins au métier d'assureur lui-même et correspondent à une achèvement de la logique du marché appliquée à l'offre de soins.

Organisées sur un principe de *managed care* de type libéral, les filières de soins supposent que les patients ne pourront que consulter les médecins de la filière où ils sont inscrits, sauf à renoncer à toute prise en charge. Cette soi-disant liberté du marché, qui aboutit alors à enfermer le patient dans une filière, est une contrainte qui nous apparaît sévère, puisque notre système de santé, bien que fondé sur la socialisation de la dépense, s'appuie sur les principes de la liberté du choix du médecin pour le patient et sa contrepartie, la liberté de prescription pour le médecin.

Au bout du compte, les médecins qui se sentiraient bercés par les sirènes du Medef auraient tout à craindre, se prépareraient à devenir les salariés des compagnies d'assurances dans des formes francisées des HMOs. Sans doute certains y trouveraient leur compte, puisqu'il n'est pas rare qu'une consultation soit rémunérée quelque 100 dollars aux Etats-Unis, mais du coup les écarts de revenu entre praticiens sont considérables selon les filières avec lesquels ils ont contracté.

Les Etats-Unis pâtiennent d'inégalités criantes dans l'accès aux soins. Celles-ci sont à peine tempérées par les systèmes publics que sont *Medicaid* pour les indigents et *Medicare* pour les personnes âgées. Le comble est que ces dispositifs souffrent d'effets pervers qui les rendent en définitive très coûteux : *Medicaid* est un piège à pauvreté, ce que les Américains reconnaissent eux-mêmes, et *Medicare* pousse à l'hospitalisation systématique, puisque de manière générale, les soins ambulatoires ne sont pas pris en charge. En outre, les fonds publics financent ici aussi le privé, puisque ces deux dispositifs achètent couramment les soins qu'elles dispensent aux HMOs. Les fortes disparités entre États américains, ceux-ci adoptant des dispositions largement discrétionnaires par rapport à un cahier de charges fédéral, engendrent un « tourisme social » important.

La privatisation présentée comme instrument d'efficacité

Ainsi démontée, la machine infernale apparaît cousue de fil blanc et le projet des forces libérales singulièrement caricatural, puisqu'il propose un démantèlement pur et simple de l'assurance-maladie. Il faut pourtant se méfier de la conjugaison de l'objectif du gouvernement, qui vise à réduire la dépense publique de santé en faisant passer la « dose de privatisation » dans l'assurance-maladie socialement tolérable, et celui de la « refondation sociale » réclamée par le Medef et par la Fédération française des sociétés d'assurances.

Le risque est grand de voir exploser le système de santé en France : le socle de la couverture de base serait définitivement étatisé et minimalisé, les autres étages étant confiés aux complémentaires santé. Le gouvernement trouverait certes là un moyen de contraindre la dépense publique à l'échéance du pacte de stabilité européen mais, dans le même temps, l'assurance privée ferait son entrée dans le « marché » de la santé. Même si la posture affichée par les assureurs revient à prétendre qu'ils n'ont aucun intérêt à s'implanter fortement dans l'assurance maladie, il faut se convaincre que c'est un faux-semblant : l'assurance privée se concentrerait sur la clientèle solvable des « bons risques » et prétendrait gérer par délégation la couverture de base en bénéficiant d'un financement fiscalisé.

Les caisses primaires garderaient en premier lieu, la gestion des dossiers des cmuistes, mais aussi de tous ceux qui n'auraient pas accès facilement au système mutualiste, notamment les travailleurs précaires. Les mutuelles et institutions de prévoyance renforceraient leur clientèle faite de personnes en général intégrées dans le marché du travail de façon stable, mais elles se trouveraient en concurrence directe, à leurs risques et périls, avec les compagnies d'assurances. Ces dernières se concentreraient sur les « bons risques » solvables, par la prospection d'entreprises politiquement acquises, et proposeraient des formules attractives pour des clientèles jeunes et financièrement favorisées, quitte à les évincer progressivement avec l'âge par le relèvement des primes, comme cela se passe aux Pays-Bas. Cette segmentation du marché sonnerait le glas de notre assurance maladie solidaire et son explosion rejaillirait sur l'ensemble du secteur santé, notamment sur la formation et la recherche médicale dont on perçoit mal comment le financement serait assuré efficacement si la « mise en concurrence des opérateurs » était effective.

Une confusion totale est ainsi entretenue par les forces libérales qui se soucient peu des paradoxes. Ainsi, comment protester contre la trop forte étatisation du système et proposer, dans le même temps, une couverture maladie universelle généralisée financée par l'impôt et donc une centralisation maximale ? Ces projets, celui du Medef, celui dévoilé par Jacques Barrot et à demi-mot par Jean-François Mattéi, annoncent que l'idée d'une privatisation d'une large part de l'assurance maladie fait son chemin.

Les groupes de travail de la commission des comptes de la Sécurité sociale nommés par Jean-François Mattéi confirment cette impression. L'un de ces groupes, animé par Jean-François Chadelat, qui fut un temps l'un des collaborateurs de Claudel Bébéar chez AXA, est chargé de « *redéfinir la place de la solidarité nationale* » en travaillant sur un nouveau partage « des champs de compétence de l'assurance de base et de l'assurance complémentaire ». En clair, il s'agit bien de mener une réflexion sur l'établissement d'un « panier de soins »... Un second groupe de travail est chargé de faire avancer la « *tarification à l'activité* », qui sera expérimentée en 2003 dans une quarantaine d'établissements volontaires "après appel d'offres", avant d'être généralisée en 2004. Or, cette tarification à l'activité réformant le système de l'enveloppe globale allouée aux hôpitaux peut en réalité se transformer en instrument de privatisation de l'activité hospitalière (voir la partie sur les systèmes de santé étrangers). Il est d'ailleurs hautement révélateur que le ministre Mattéi ait nommé comme président de ce groupe de travail Alain Coulomb, délégué général de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). La FHP s'est ainsi félicitée rapidement des

grandes options du plan Hôpital 2007 initié par Jean-François Mattéi en déclarant « *qu'elle attendait avec impatience l'idée depuis longtemps défendue par ses instances du passage à une tarification à l'activité. En gommant les inégalités entre les deux secteurs et entre les établissements, la tarification à l'activité sera le garant d'une plus juste allocation des ressources, au bénéfice des patients et des personnels des établissements* ». En clair, le financement de l'hôpital public et de l'hôpital privé serait harmonisé, mais à travers la suppression de la carte sanitaire, qui oblige pour l'instant à maintenir une offre de soins publique en principe homogène sur tout le territoire, les établissements privés espèrent tirer leur épingle du jeu dans ces réformes.

Quant au troisième groupe de travail, appelé « nouvelle gouvernance » et animé par Rolande Ruellan, celui-ci est chargé d'établir « *un état des lieux partagé des relations entre l'État et l'assurance maladie* » et d'étudier « *la nature des missions des différents acteurs de notre système de santé et d'assurance maladie* ». Ces missions, qui devraient déboucher sur un projet de loi pour l'été 2003, peuvent certes amener des modifications souhaitables de l'ONDAM (voir la partie état des lieux), mais, en connexion avec les travaux du groupe Chadelat, elles peuvent aussi se corrélérer étroitement à la réflexion sur le « panier de soins » et le développement des complémentaires santé privées.

Les réformes projetées risquent de nous entraîner vers de multiples dérives. Ainsi, nous adopterions, pour le « panier de soins », un universalisme à l'anglaise, financé par l'impôt, mais sans ce qui subsiste de l'ancienne efficacité du système de santé public anglais et sa décentralisation au niveau des districts qui pêche avant tout d'un manque de moyens. Aux Pays-Bas, nous emprunterions la dichotomie entre soins « catastrophiques » ou non par l'institution d'un « panier de soins », et aux Etats-Unis, les négociations directes entre entreprises et assurances privées concernant l'assurance maladie des salariés. En contrepartie, une large fraction de la population devrait se contenter d'une couverture « universelle », mais minimale et révisable chaque année, au gré des pouvoirs et des conjonctures économiques.

3) L'avancement actuel des travaux de la commission Chadelat

Pour clore temporairement le tollé provoqué par l'intervention de Jacques Barrot le 30 octobre dernier, Jean-François Mattéi avait affirmé qu'il n'y aurait pas de séparation entre « gros risques » couverts par la couverture de base et « petits risques » nécessitant une complémentaire santé. C'était jouer avec les mots, car le ministre avait dès septembre chargé un groupe de travail, animé par Jean-François Chadelat, d'une réflexion sur les « nouvelles frontières entre assurance de base et assurances complémentaires », en d'autres termes sur la définition d'un ou plusieurs « paniers de soins ».

Dans plusieurs entretiens donnés à la presse en janvier dernier, Jean-François Mattéi annonce pour l'automne une « grande réforme » fondée sur la « responsabilité » des usagers, afin de « ne pas dérapier sur le plan des dépenses de santé ». Pour l'automne seulement, car la stratégie de démantèlement de la protection sociale s'est pour l'heure concentrée sur la question des retraites. Viendrait donc ensuite le tour du système de santé. De profondes similitudes existent entre ces deux risques couverts depuis la Libération selon un principe de solidarité. Aussi le gouvernement espère-t-il une victoire sur le front des retraites qui imposerait la réduction des pensions publiques, et donc une montée de la capitalisation privée, pour programmer dans la foulée une réforme du système de santé obéissant aux exigences du projet libéral. Cette réforme instituerait une couverture de base, universelle mais minimale, fondée sur une logique d'assistance. Dans le même temps, la part des couvertures complémentaires santé gérée par les assureurs mutualistes ou privés augmenterait, tout comme les investissements de capitaux privés dans l'offre de soins, notamment dans les structures hospitalières. Le Medef verrait donc ainsi entérinées la plupart de ses propositions

de réforme concernant l'assurance-maladie dévoilées en novembre 2001 dans *Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale*.

Une architecture complexe de soins « à plusieurs vitesses »

Le *lobbying* de la Fédération française des sociétés d'assurance et des grandes fédérations mutualistes va bon train auprès du groupe de travail de Jean-François Chadelat, les assureurs ne cachant plus leur intérêt pour le « marché » de la santé. Le rapport de ce groupe est attendu pour fin mars, mais les pistes qu'il retient sont déjà connues avec plus ou moins de précision. Le déficit « insurmontable » de l'assurance-maladie étant postulé, la hausse des prélèvements étant écartée, c'est vers un rôle accru des assurances complémentaires santé que l'on se dirigerait, aboutissant alors à un système de santé « à trois vitesses » : une assurance-maladie obligatoire de base, une complémentaire santé privée facultative, mais dont la souscription serait encouragée par de fortes incitations financières, et un troisième étage « surcomplémentaire ». Le schéma à la néerlandaise souhaité par le Medef et la FFSA est donc privilégié, au risque d'effets pervers pourtant prévisibles.

Nous aurions ainsi droit à une assurance maladie obligatoire (AMO) universelle, qui couvrirait à 100% un « panier » de soins et de biens médicaux. Le financement de l'AMO se ferait à travers la CSG, plus ce qui subsiste des cotisations de salariés à l'assurance-maladie (0,75 % du salaire brut) et tout ou partie de la cotisation patronale (actuellement 12,80% du salaire brut). Du même coup, la CMU de base perdrait sa raison d'être du fait de l'universalité de l'AMO, puisque cette dernière serait servie sans conditions de ressources.

Quant à prévoir ce qu'inclurait le « panier de soins » de l'AMO, seul le projet de second étage peut nous y aider. Celui-ci se traduirait par une assurance maladie complémentaire de base (AMCB) venant couvrir certains soins et biens médicaux exclus de l'AMO. L'une des pistes privilégiées reviendrait à sortir de l'AMO ce qui est peu couvert par l'actuelle couverture de base : l'optique, les prothèses auditives, les soins dentaires pour la plupart, les prothèses dentaires, les médicaments dits « de confort » non encore déremboursés (les vignettes bleues). Mais, conjointement, une nouvelle vague de remboursements serait déclenchée.

La libre concurrence serait de règle pour les nouvelles complémentaires santé

Les assureurs privés demandent que les tarifs des primes soient libres dès l'étage de l'AMCB, mais les mutuelles, inquiètes de concentrer sur elles de « moins bons risques », souhaiteraient que ces tarifs soient encadrés, afin d'éviter que la concurrence ne soit avivée. Bref, on voit poindre toute la perversité de la sélection des risques qu'on sait inévitable lorsque le « marché » de l'assurance maladie est ouvert au privé...

L'AMCB serait financée en premier lieu par des cotisations ou des primes d'assurance, comme que celles que nous payons aujourd'hui pour nos complémentaires santé. Mais on peut aussi imaginer qu'il soit accordé aux employeurs de transférer une partie de leur cotisation actuelle à l'assurance-maladie pour contribuer à l'AMCB de leurs employés. La justification en serait toute trouvée, puisque de toute manière certains soins seraient sortis de la nouvelle couverture de base, ce qui, en principe, allégerait d'autant les dépenses d'assurance-maladie. Ceci répondrait à un autre vœu du Medef car les entreprises négocieraient alors des contrats-groupe avec l'assureur de leur choix afin que leurs salariés obtiennent, en théorie, des tarifs de souscription avantageux pour leur AMCB. Un schéma à l'américaine se conjuguerait au schéma néerlandais : les personnes bien intégrées dans le monde du travail s'assureraient à meilleur compte que les personnes moins favorisées. Sans doute est-ce déjà le cas à travers les couvertures mutualistes, mais pour le coup on amplifierait cette anomalie jusqu'à l'institutionnaliser.

Les assureurs tiennent particulièrement à ce que l'AMBC soit facultative, ce qui sortirait de droit les caisses d'assurance-maladie du champ de l'AMCB. En effet, la jurisprudence de la Cour de justice de la Cour européenne a fait conclure que les administrations de Sécurité sociale ne gardaient leurs prérogatives qu'en assurant une mission de service public à caractère obligatoire. D'où une forte pression pour faire admettre qu'elles elles dérogent à ce principe lorsqu'elles gèrent des complémentaires santé facultatives. Ainsi Denis Kessler en 2001, alors second du Medef et président de la FFSA, avait-il saisi la CJCE en arguant que les caisses primaires d'assurance-maladie devaient être écartées de la gestion de la CMU complémentaire. Concernant le projet d'AMCB, les différents « opérateurs », assurances mutualistes, assureurs privés, institutions de prévoyance, font alors de l'exclusion des caisses d'assurance-maladie une condition de leur participation. D'ailleurs, le dispositif de la CMU complémentaire disparaîtrait automatiquement pour se retrouver fondu dans l'AMCB si celle-ci était mise en œuvre.

Des incitations financières fondées sur le principe de l'impôt négatif

Pour inciter à la souscription d'une AMCB, divers dispositifs publics sont envisagés par le groupe de travail de Jean-François Chadelat. La formule retenue pourrait être un crédit d'impôt, comme le propose la Fédération nationale de la mutualité française, mais ceci est très complexe à mettre en œuvre pour les ménages non imposables. Cette proposition peut se décliner, notamment par un « panachage » de crédit d'impôt, pour les ménages imposables, et d'une « allocation personnalisée à la santé ». Cette dernière serait calculée selon un barème de dégressivité et s'annulerait au seuil d'imposition, sur un principe voisin de celui des allocations logement. Certains s'obstinent à prétendre que la logique du « panier de soins », et les nouvelles formes d'assurance complémentaire santé l'accompagnerait, ne déboucheraient en rien sur un système de santé à plusieurs vitesses. Mais comment imaginer que l'AMCB offrirait à tous les mêmes garanties, alors que pour certains ce serait « gratuit », que pour d'autres ce serait payant et qu'en outre, les tarifs seraient libres en fonction de couvertures différenciées ? Certes le système actuel souffre de graves défauts, notamment des effets de seuil concernant la CMU complémentaire, comme du paradoxe conduisant à ce que les assurances complémentaires mutualistes ou privées, dans 40% des cas, offrent une couverture moindre que la CMU complémentaire. Mais le projet libéral accentuerait ces carences en acceptant de facto la « sélection par l'argent ».

Quand l'ombre des filières de soins se profile...

Les « opérateurs » pressentis pour l'AMCB, explorent la piste du recours obligé au médecin généraliste avant de consulter un spécialiste, pour certains des soins couverts. Il faut donc supposer que des soins médicaux somme toute courants seraient sortis du champ de l'AMO, ou bien que ces soins devraient être fournis dans un contexte particulier pour y rester. On peut ainsi imaginer que le recours au spécialiste pour un motif médical donné soit inclus dans l'AMO s'il s'agit d'une consultation publique à l'hôpital ou en centre de santé, mais qu'en revanche ce même soin ne soit couvert que par l'AMCB s'il s'agit d'une consultation privée avec, dans ce cas, le filtre obligatoire d'un médecin généraliste. De toute manière, le recours préalable au généraliste constituerait une étape vers la logique de médecins référencés par les assureurs, et donc celle des filières de soins où le patient, s'il veut être pris en charge, ne doit consulter que ces médecins dûment référencés.

L'idée que la concurrence entre assureurs serait un élément de maîtrise des coûts et donc des dépenses, reste sous-jacente à l'ensemble des travaux initiés par l'actuel ministère de la Santé. On sait pourtant combien cette logique de « marché » de la santé est contestable : la seule certitude est qu'elle est source de profit pour les assureurs. Quant à la péréquation des dépenses totales de santé (publiques et privées) par les indicateurs de santé, là où l'assurance

privée joue un rôle important, elle peut aboutir aussi bien à des résultats moyens comme aux Pays-Bas qu'à des résultats extrêmement médiocres comme aux Etats-Unis.

Quels soins l'étage « surcomplémentaire » devrait-il couvrir ?

Ce troisième étage serait entièrement libre et aucune aide publique ne serait accordée au souscripteur. Sa décision serait déterminée par le montant de ses revenus et sa « fonction de demande du bien santé », pour adopter les termes chers à l'économie néo-libérale. La question essentielle reste alors de supposer quels soins et biens médicaux, quels services hospitaliers ou quelles thérapeutiques « de confort » seraient couverts par ce troisième étage, sachant qu'ils ne seraient pas assurables à travers l'AMCB ?

Pour mieux comprendre la stratégie libérale qui compte se déployer, l'examen des axes projetés par Jean-François Mattéi pour la réforme hospitalière est riche d'enseignements. Le plan Hôpital 2007 se fonde essentiellement, pour la réforme du financement des structures hospitalières, sur la « tarification à l'activité ». Ce terme remet en cause le principe de la dotation globale hospitalière des hôpitaux publics, actuellement calculée selon une norme de coût moyen par pathologie traitée. Cette méthode, dite des points ISA (pour indices synthétiques d'activité) est discutable, notamment en raison de sa myopie face aux problèmes spécifiques à tel ou tel établissement.

Pourtant, la tarification à l'activité que propose Jean-François Mattéi nous promettrait d'autres effets pervers, en premier lieu celui de favoriser les établissements privés au détriment des hôpitaux publics. En effet, sous prétexte de les mettre à égalité, la « tarification à l'activité » permettrait de mieux rémunérer les structures hospitalières « performantes » en fonction de critères tel que « l'excellence des soins », qualificatif dont on conviendra qu'il prendrait en compte des éléments particulièrement subjectifs. Dans la concurrence ainsi encouragée entre public et privé, ne faudrait-il pas craindre que ces « primes d'excellence » aillent en priorité aux structures privées ? En outre, la suppression de la carte sanitaire, dégageant l'État de l'obligation de mettre à disposition à toute la population un service public hospitalier, favoriserait dans certaines situations l'installation de structures privées plutôt que publiques. Dans d'autres cas de figure, cela faciliterait les implantations privées dans des zones géographiques jugées rentables, même si les structures publiques en place pourraient suffire. Cette réforme entraînerait donc la promotion, en grande partie sur fonds publics, d'établissements privés performants pour les « riches » bien couverts par une AMCB et une surcomplémentaire privée, quitte à déshabiller peu à peu les structures publiques et à leur redonner un visage très XIX^e siècle, celui d'établissements pour « nouveaux indigents », les ex-cmuistes et les classes moyennes bénéficiant que de l'AMO et d'une AMCB véritablement « de base ».

Le troisième étage d'assurance privée pourrait ainsi notamment couvrir les frais supplémentaires encourus par les patients dans les hôpitaux privés, lesquels hôpitaux seraient en définitive mieux dotés que les hôpitaux publics. Les recettes du libéralisme pour transférer des fonds sociaux vers le privé n'en sont pas à cette contorsion près. Concernant la médecine de ville, la surcomplémentaire pourrait dégager le patient de certaines obligations comme celle du généraliste référent ou du forfait pour les génériques. Mais à quel prix ?

Ces hypothèses sont à peine extrapolées. Ainsi le ministre Mattéi a-t-il nommé président d'un autre groupe de travail Alain Coulomb, délégué général de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). Quant au troisième groupe de travail, animé par Rolande Ruellan et appelé « nouvelle gouvernance », il est chargé d'établir « *un état des lieux partagé des relations entre l'État et l'assurance maladie* » et d'étudier « *la nature des missions des différents acteurs de notre système de santé et d'assurance maladie* ». Ce groupe a concentré son activité sur l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM), dont on dit que le taux directeur fixé pour 2003 (5,3%) devrait s'avérer notoirement insuffisant. Pourtant,

en connexion avec les travaux du groupe Chadelat, cette réflexion sur l'ONDAM pourrait suivre l'objectif de « soulager » l'assurance-maladie d'une partie de la dépense socialisée en la transférant au privé, à travers la méthode dite des « paniers de soins ». Dans ces conditions, une hausse modérée de l'ONDAM apparaîtrait réaliste, mais au nom d'une contrainte renforcée de la dépense publique, on verrait éclater le système de santé.

On se doit d'être empli d'effroi devant l'ampleur de la privatisation qui nous menace à terme. On y retrouverait tout, ou presque, du plan du Medef concernant l'assurance-maladie, puisque l'organisation patronale, prétend non seulement faire la politique de l'emploi de « l'entreprise France », mais décider du sort de ses retraités et, désormais, de sa politique de santé. Il nous faut d'urgence retrouver l'énergie et les armes pour lutter contre cette contamination par l'idéologie ultra-libérale.

3. RISQUE ACCIDENTS

Le débat concernant le risque accidents du travail-maladies professionnelles fournit au Medef et aux assureurs un champ d'action plus souterrain, mais susceptible de leur offrir une voie de privatisation préalable à celle de l'assurance-maladie. L'objectif peut ainsi se démultiplier, car la privatisation du risque AT-MP permettrait aux assurances privées d'entrer de plain-pied dans les entreprises. Le projet libéral est d'une grande cohérence interne, même s'il est, d'évidence, peu imaginable pour ses tenants de le dévoiler tel quel.

Le risque accidents du travail et maladies professionnelles : un angle d'attaque privilégié pour l'assurance privée

La *Nouvelle Architecture de la Sécurité sociale* n'aborde le risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) que de manière laconique. Pour d'autres précisions sur le chantier de la « refondation sociale » consacré à la santé au travail, il faut remonter à un document beaucoup plus volubile, diffusé en mars 2000, *Santé au travail, prévention des risques professionnels et accidents du travail, la position du Medef*.

Selon le document du Medef de novembre 2001, il conviendrait de réformer le système actuel en autorisant les entreprises à s'assurer auprès « d'un organisme d'assurance ou de prévoyance » pour les risques en question. Le Medef argue en premier lieu de l'insatisfaction des victimes : « *Le système d'indemnisation des accidents de travail et des maladies professionnelles, bien qu'ayant fonctionné de façon satisfaisante depuis de longues années, fait aujourd'hui l'objet de critiques de plus en plus vives... Les victimes considèrent de plus en plus qu'elles sont pénalisées du fait de ne pas pouvoir bénéficier d'une réparation intégrale des dommages qu'elles considèrent avoir subis et demandent que l'on prenne davantage en compte les conséquences du préjudice sur leur situation personnelle* ».

Le Medef ne manque donc pas l'occasion de s'inscrire dans le débat sur la substitution de la « réparation forfaitaire », mise en place en 1898 dans le cadre de la loi sur les accidents du travail, par une réparation « intégrale ». Mais en réalité, celle-ci, alignée alors sur le droit commun des assurances, se traduirait dans nombre de cas, par une indemnisation moindre des victimes. La sollicitude du Medef pour les victimes n'est d'ailleurs qu'un effet d'affiche, puisqu'après le réquisitoire cité, il est affirmé, à propos des cotisations d'entreprises que, dans le système actuel, on « *aboutit à un taux moyen de cotisation de l'ordre de 2,13% des salaires, alors que le taux de cotisation moyen correspondant au coût du seul risque des entreprises est voisin de 1% des salaires* ». Le discours est donc aussi paradoxal que concernant l'assurance-maladie : les ressources de financement baisseraient et pourtant les salariés seraient mieux couverts, « intégralement » couverts, et dans le même temps la gestion du risque s'avérerait rentable pour l'assurance privée... Que cache alors ce nouveau coup de baguette magique ? Quelles en seraient les conséquences pour les salariés ?

L'alibi du paritarisme

Le Medef proclame « *qu'il convient de « refonder complètement un système à bout de souffle en respectant des principes qui préservent l'intérêt général des entreprises et des salariés* » et que « *c'est aux partenaires sociaux qu'il appartient de négocier les modalités de définition des accidents et maladies qui doivent être couverts par l'assurance obligatoire. L'État restera le garant de la fixation d'un cahier des charges interprofessionnels* ». Cet argument de l'efficacité du paritarisme sous contrôle minimal de l'État, censé ici résoudre la complexité des questions posées à la santé au travail est, on le sait, un *leitmotiv* des chantiers de la « refondation sociale ».

La négociation paritaire se traduirait par des accords d'entreprise venant déterminer le choix de l'assureur : « *l'employeur devra décider en concertation avec les représentants des salariés de l'entreprise à quel organisme d'assurance ou de prévoyance il confiera la couverture du risque, selon des modalités définies par le cahier des charges* ». Les caisses d'assurance-maladie seraient ainsi mises totalement hors-jeu, tant pour les reconnaissances d'accidents du travail et des maladies professionnelles que pour les barèmes des taux d'incapacité, la liquidation des rentes et des pensions et leur versement. Le Medef se contente, dans son document de mars 2000, d'assigner aux Caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM) un rôle résiduel concernant la prévention au travail.

La gestion du risque AT-MP serait bien, au bout du compte, intégralement privatisée. La négociation collective déterminerait les risques susceptibles d'entrer dans le champ de l'assurance AT-MP et « *les règles du droit commun et de la responsabilité* » s'imposeraient pour fixer les conditions d'indemnisation des victimes, en lieu et place du Code du travail et du Code de la Sécurité sociale. Dans cette régression programmée, on reviendrait donc au droit commun de la responsabilité, aussi bien pour la reconnaissance du préjudice subi que pour la détermination de la responsabilité des employeurs, et donc pour la détermination de l'indemnisation des victimes.

Comment transformer en peau de chagrin les acquis d'une loi séculaire

Il faudrait donc diviser par plus de deux la contribution des employeurs à la couverture du risque AT-MP, puisque selon le Medef, ceux-ci cotiseraient en majorité pour des risques « étrangers à l'entreprise ». De quels risques alors les entreprises devraient-elle systématiquement désengagées ? La couverture des accidents de trajet est particulièrement pointée : « *les évolutions législatives récentes ont dévoyé la logique du système de réparation du risque professionnel. Il en est ainsi de la création, par la loi, des fonds d'indemnisation des victimes, le Fonds de garantie automobile (FGA) qui assure aux victimes d'accidents de trajet une réparation intégrale, le Fonds de garantie des victimes de l'amiante (FIVA)* ». S'il n'est pas dit explicitement que ce serait aux salariés de s'assurer auprès de compagnies privées pour leurs déplacements entre le domicile et le lieu de travail, ne voit-on pas germer l'idée d'une « complémentaire accidents du travail et maladies professionnelles » à la charge des ménages, sur un principe voisin de la complémentaire santé élargie projetée par le Medef concernant l'assurance maladie ?

L'épée de Damoclès de l'amiante

Quant à l'affaire de l'amiante, celle-ci joue l'arlésienne dans les propositions du Medef. Seule une note bas de page de la *Nouvelle architecture* y fait allusion, pour évoquer le Fonds de garantie des victimes de l'amiante (le FIVA) au même titre que le FGA qui en assure la gestion. Cette allusion est évidemment une mise en cause du financement du FIVA, assuré pour les deux-tiers par des cotisations d'employeurs et pour le reste par l'État (actuellement les fonds constitués le sont à 90% par les cotisations d'employeurs).

La *Nouvelle architecture* du Medef est antérieure aux fameux arrêts de la Cour de Cassation de février 2002, sur lesquels le Medef lui-même ne s'est pas exprimé publiquement. Comment expliquer ce silence ? L'affaire de l'amiante s'avère embarrassante, en raison des liens étroits entre l'organisation patronale et les assureurs privés. En réalité, cette affaire est source de conflits futurs, certaines études internationales estimant même que le coût pour les compagnies d'assurances privées des indemnisations relatives aux pathologies liées à l'amiante dans le monde pourrait atteindre, certes étalé dans le temps, un montant de l'ordre de 200 milliards d'euros. En France, dans la législation actuelle, lorsque la faute inexcusable de l'employeur est reconnue, celui-ci est tenu à réparation à travers le système de Sécurité sociale, puisque les rentes des victimes sont majorées et les cotisations AT-MP des entreprises

concernées sont relevées en conséquence. Mais les entreprises s'assurent contre ce risque. Ainsi, à partir de 1987, nombre d'entre elles se sont couvertes contre l'éventualité d'être convaincues de faute inexcusable dans l'affaire de l'amiante. Les arrêts de la Cour de cassation de février 2002, en retenant la faute inexcusable des entreprises ont ainsi transféré, le cas échéant, une large part du coût de l'indemnisation sur les compagnies d'assurance.

On conçoit donc l'embarras du Medef habitué à faire le jeu des compagnies d'assurances conjointement à celui des entreprises. Mais si l'organisation patronale n'a pas commenté les arrêts de février 2002, en revanche, la FFSA l'a fait, pour juger impossible de maintenir le risque AT-MP dans la Sécurité sociale. Il est vrai que les fameux arrêts amiantes de février 2002 sont susceptibles d'étendre considérablement la responsabilité de l'employeur. La Cour de cassation a en effet redéfini la faute inexcusable, auparavant «*faute d'une gravité exceptionnelle*», en «*obligation de sécurité et de résultat*». LA FFSA a contre-attaqué en arguant que cette nouvelle qualification faisait perdre à la faute inexcusable son caractère d'exception et que la Cour avait d'elle-même replacé le contentieux dans le régime du droit commun. Mais cette interprétation est en réalité très discutable, puisque les victimes de l'amiante gardent le choix de choisir entre la réparation forfaitaire du régime AT-MP ou la réparation dite intégrale du droit commun.

Quelle indemnisation réelle des victimes ?

Les risques couverts seraient donc prédéfinis et délimités par secteurs professionnels. Doit-on alors comprendre implicitement, selon le projet du Medef, qu'un risque non connu de l'employeur au moment où une maladie professionnelle affecterait la santé de ses salariés, n'engagerait pas alors la responsabilité de l'entreprise ? Dans ce cas, n'y aurait-il pas d'indemnisation systématique de la victime ? Que se passerait-il également dans le cas d'une maladie professionnelle déjà reconnue pour un ou plusieurs secteurs d'activité mais non pour celui où la victime travaille ? Qui indemniserait dans ces cas complexes et selon quelles normes ? Tout simplement l'État et selon des normes minimales. Dans une pure logique de l'assurance privée, l'entreprise ne pourrait être appelée à réparation, puisque l'on ne saurait se couvrir contre un risque dont on ignore la potentialité. Il resterait alors à la victime ou ses ayants-droit de déclencher un contentieux de droit commun.

En réalité, autant que les 100% de prise en charge dans le cadre du « panier de soins » de l'assurance-maladie (mais 100% de quoi ?), la « réparation intégrale » ici promise n'est qu'un autre mirage. À qui serait-il accordé réparation, dans quelles conditions, et que signifie au bout du compte « l'intégralité » de la réparation ? Le cynisme du projet du Medef laisse ainsi imaginer toutes les défausses possibles sur les salariés. Il suffit de revenir au document de mars 2000 pour s'en convaincre. Celui-ci insiste, de façon louable en un premier temps, sur l'effort de prévention qui doit être fait par rapport à l'activité professionnelle : sécurité des bâtiments et des postes de travail, comportements susceptibles de diminuer les risques au travail... Pourtant, fidèle à sa ligne idéologique, le Medef insiste sur le risque de prévalence accrue des maladies professionnelles en raison de comportements à risque, notamment concernant le tabac. Doit-on alors envisager que la reconnaissance d'une indemnisation éventuelle et son indemnisation dépendrait du comportement de la victime ? On peut alors rester totalement dubitatif sur cette vision de la prévention. Concernant l'amiante en premier lieu, aucun lien n'a jamais été établi avec la consommation de tabac et le mésothéliome, la tumeur « marqueur » de l'amiante, et tout amène à conclure qu'elle serait totalement spécifique du contact avec l'amiante. L'introduction systématique de critères de comportement de ce type promettrait en tout cas de belles batailles d'experts, alors que le Medef justifie notamment ses propositions en affirmant que le contentieux sur les risques professionnels serait moins lourd à travers l'application du droit commun de l'assurance.

On comprend alors mieux comment les cotisations devenues primes baisseraient : moins de pathologies reconnues et moins de victimes indemnisées. Car d'autres questions se posent en cascade. Que se passerait-il pour les victimes déboutées de leur demande ? Une simple reconnaissance d'adulte handicapé ? Pour les risques non couverts par l'assurance obligatoire des entreprises, les salariés devraient-ils souscrire des formes d'assurances complémentaires ? Devraient-ils aussi souscrire pour les risques répertoriés, mais afin d'être mieux couverts ?

D'une pierre deux, trois coups donc. En premier lieu, les entreprises seraient dégagées des risques d'accidents de trajet et du financement des divers fonds institués, notamment le FIVA. Le déplacement du contentieux vers le droit commun aboutirait à ceci : un certain nombre de victimes obtiendraient des réparations (éventuellement plus élevées) mais toutes celles qui seraient déboutées devant les tribunaux de droit civil n'obtiendraient rien, sinon les formes d'aide sociale auxquelles elles se révéleraient éligibles. Les assurances privées gèreraient le risque professionnel et, le cas échéant, les assurances « complémentaires accidents de travail » des personnes désireuses d'être mieux couvertes. Le tour serait joué. La stratégie globale vis-à-vis du risque santé menée par le Medef et ses alliés des forces libérales se dévoile alors : les assureurs privés entrent dans les entreprises jugées en visant le bloc entier : le risque professionnel, le risque maladie des salariés, l'assurance civile des entreprises, l'assurance de leur parc automobile, leur assurance transport de marchandises, leur assurance perte d'exploitation, etc.

Pour l'heure, sur le front du risque AT-MP, le Medef et la Confédération des petites et moyennes entreprises (GPME) bénéficient des réformes du gouvernement Raffarin. Le risque accidents du travail et maladies professionnelles voit son autonomie renforcée par rapport à la Caisse nationale d'assurance-maladie et, du coup, les deux syndicats professionnels acceptent de revenir siéger alors qu'elles se sont retirées de l'ensemble des organismes paritaires de la sécurité sociale. Elles obtiendront en même temps la gestion du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), si bien que la marche vers la privatisation semble entamée. Alors que les propos de Jacques Barrot sur l'assurance-maladie en octobre 2002 avaient déclenché une vive réaction, voire un tollé des syndicats de salariés, concernant le risque accidents du travail-maladies professionnelles le débat est beaucoup moins médiatisé et ses enjeux échappent pour une large part à l'opinion publique. Nous pouvons donc craindre le pire.

4. LES RISQUES D'UNE PRIVATISATION DE L'ASSURANCE MALADIE : LES EXPERIENCES ETRANGERES ET LEURS CONSEQUENCES

Le projet de réforme de l'assurance-maladie proposé par le Medef présente une tentative de libéralisation radicale de la protection sociale. Cette logique s'inscrit plus largement dans une perspective de convergence des politiques de santé en Europe dont il faudra discuter l'efficacité économique et les conséquences sociales. En effet, depuis le milieu des années 1980, les différents pays européens se sont lancés dans une réforme profonde de leurs systèmes de soins. Le mouvement, entamé en Suède en 1985, s'est poursuivi en Grande Bretagne, aux Pays-Bas et en Espagne en 1991. Depuis 1993, la réforme s'étend également en Allemagne, en Belgique et plus récemment en France. Cette évolution conduirait ainsi à une réarticulation de la santé et de la protection sociale autour d'une logique marchande⁷.

Les transformations en cours dans les systèmes de santé beveridgiens et bismarckiens s'articulent autour de quatre axes prioritaires⁸. La première priorité repose sur une mutation profonde du rôle de l'État et un renouveau du marché dans la prise en charge sanitaire. La décentralisation est le second thème abordé, elle consiste à confier à des autorités régionales ou locales des missions qui étaient auparavant dévolues à l'État. La "responsabilisation des patients" constitue le fil conducteur des différentes réformes : le malade peut mettre en concurrence les offreurs de soins et choisit dorénavant son mode de prise en charge. Enfin, la quatrième priorité s'appuie sur une réforme du système de santé officialisant une nette séparation entre le fournisseur des services et son acheteur.

Deux systèmes de soins cohabitent en Europe. **Les systèmes dits beveridgiens** sont caractérisés par la primauté d'un secteur public de soins, financé majoritairement par l'impôt et offrant des soins gratuits à l'ensemble des résidents. Le système britannique du *National Health System* en est l'archétype. On le retrouve avec certaines variantes dans neuf pays de l'Union européenne (Le Royaume-Uni, l'Irlande, la Finlande, le Danemark, la Suède, l'Italie, le Portugal et la Grèce).

Les systèmes dits bismarckiens reposent, quant à eux, sur un dispositif d'assurance maladie obligatoire dont la gestion est confiée aux partenaires sociaux et dont le financement prend appui sur des cotisations sociales. Le fonctionnement est organisé autour d'un conventionnement des prestataires publics ou privés avec les différents régimes de protection sociale. Contrairement au système beveridgien qui assure des soins à l'ensemble de la population, le système bismarckien s'appuie sur une logique professionnelle. On le retrouve dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Belgique, Luxembourg. La France a un système particulier dans la mesure où il repose sur un financement bismarckien et des objectifs beveridgiens.

Deux modèles principaux ont été expérimentés en Europe et dans d'autres pays : le quasi-marché dans les systèmes beveridgiens et le marché pour les dispositifs bismarckiens. Or, dans les faits, leur capacité à maîtriser les dépenses s'est avérée limitée. Et plus gravement, les tentatives de rationnement se sont traduites par des phénomènes d'éviction des malades à risques et de remise en cause de l'égalité de l'accès aux soins. Cette contribution a pour objectif, en s'appuyant sur quelques expériences étrangères, de montrer quels sont les risques

⁷ Alain LETOURMY, « Les politiques de santé en Europe », *Sociologie du Travail*, volume XLII, n° 1, 2000, p. 13-30.

⁸ Richard B. SALTMAN, Josep FIGUERAS, « Analyzing the evidence on european health care reform », *Health Affairs*, volume XVII, n° 2, 1998, p. 85-108.

associés à une privatisation du système de soins. Ainsi, le monde parfait imaginé par Denis Kessler pourrait bien se révéler un cauchemar pour les citoyens.

Cette contribution n'entend pas donner une liste exhaustive des réformes en cours. Au contraire, nous montrerons que quelques expériences tant marchandes que quasi marchandes ont eu lieu dans bon nombre de pays industrialisés. À la lumière de ces quelques exemples, l'argumentation du Medef sur les bienfaits de la concurrence tant sur la baisse des coûts que sur l'efficacité du système apparaît comme spécieuse.

LE DEVELOPPEMENT DES QUASI-MARCHES ET LEURS CONSEQUENCES SOCIALES

Le modèle théorique du quasi-marché (également appelé marché interne) s'inscrit dans une logique de réduction des dépenses publiques, articulée autour d'une réforme radicale de "l'État-providence". Le financement par les pouvoirs publics du service concerné (santé, éducation,...) est conservé, mais au lieu d'en être le fournisseur (*provider*), ils limitent leur rôle à celui d'acheteur (*purchaser*). La fourniture par l'État du service est donc remplacée par des dispositifs de mise en concurrence des fournisseurs sur un quasi-marché⁹. Élaborée, en Grande-Bretagne à partir de 1989 dans le Livre Blanc *Working for patient*, cette méthode, aujourd'hui expérimentée en Italie, introduit des mécanismes concurrentiels dans une organisation publique de soins.

Le bilan de l'expérience britannique

Le Service national de santé britannique (*National Health Service - NHS -*) a été créé en 1948 pour mettre à la disposition de la population des soins gratuits. Ce modèle, public, extrêmement centralisé et bureaucratique a longtemps fait figure d'épouvantail dans les milieux médicaux français, mais a également influencé de nombreux pays européens. Grâce à ce système, tout citoyen ou résident bénéficie de soins gratuits, financés par l'impôt. Jusqu'à la réforme de 1989-1991, le système britannique est uniquement organisé autour des hôpitaux et des omnipraticiens. Les premiers ont le monopole des consultations spécialisées et des examens complémentaires. Ils sont financés par un mécanisme d'enveloppe globale. Les médecins généralistes, quant à eux, sont indépendants, mais ils bénéficient d'un contrat avec le NHS. Leur système de rémunération est assez complexe, il combine la capitation (c'est-à-dire un paiement dépendant du nombre de patients traités par le praticien), le remboursement des frais professionnels et le paiement à l'acte. Malgré une administration nombreuse, les modes de contrôles sont quasi inexistant¹⁰.

Après la victoire du parti conservateur aux élections de mai 1979, le gouvernement de Margaret Thatcher entend limiter la puissance de l'État-providence, accusé de saper toute forme de responsabilité individuelle. Le renouveau des théories néo-classiques et la croyance quasi religieuse en les vertus de la concurrence ont accéléré la réforme¹¹. Le contexte paraît être propice aux changements. La situation financière du NHS est fragilisée par un sous-financement chronique. D'autre part, le système n'est socialement pas satisfaisant puisqu'il

⁹ Howard GLENNERSTER, Julian LE GRAND, « Le développement des quasi-marchés dans le domaine de la protection sociale », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe, Rencontre d'Oxford*, Paris, MIRE, 1994, p. 303-322.

¹⁰ Aude DEVELAY, Michel NAIDITCH, Gérard de POUVOURVILLE, « Information médicale et régulation de la médecine générale : une approche comparative », *Revue française d'administration publique*, n° 76, 1995, p. 649-661.

¹¹ La mise en œuvre d'une société libérale au Royaume-Uni dans les années 1980 a largement été facilitée par le travail de sappe de l'ordre keynésien mené à partir des *think tanks* (institutions privées de recherche) qui ont contribué à la vulgarisation idéologique du libéralisme économique et social. Cf. Keith DIXON, *Les évangélistes du marché*, Paris, Raisons d'agir Éditions, 1998. Ces organisations ont largement favorisé l'élaboration d'un nouveau sens commun. Sur cette question, on se reportera à Pierre BOURDIEU, *Ce que parler veut dire, l'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.

favorise la formation de files d'attente. Le changement politique de 1979 facilite l'émergence d'une nouvelle idéologie, issue des théories du *public choice* selon lesquelles le mécanisme de la prise de décision publique est optimale dans une situation de concurrence¹². Le livre blanc *Working for patient* inaugure une longue période de réforme caractérisée par la mise en œuvre d'un quasi-marché¹³.

La réforme intervient à partir de 1991, elle a pour objectif de permettre au NHS d'être plus attentif aux besoins des consommateurs. Elle maintient le financement fiscal de l'assurance-maladie. Le NHS est toujours planifié et administré centralement, mais la gestion des services est désormais décentralisée¹⁴. Des administrations sanitaires de district (*District Health Authorities -DHA -*) sont créées, elles sont assistées d'administrations sanitaires régionales (*Regional Health Authorities -RHA*) chargées plus particulièrement de l'attribution des budgets aux districts. Depuis 1994, les quatorze *Regional Health Authorities* ont été remplacées par huit commissions exécutives du *NHS*.

Cette organisation ne remet pas en cause le pouvoir du ministère de la Santé qui conserve la responsabilité de la politique sanitaire, attribue les budgets aux *RHA*, négocie les prix des médicaments et approuve les décisions d'équipement des établissements de soins¹⁵. Désormais, les administrations sanitaires de district (*DHA*) agissent comme des acheteurs de services sanitaires au profit des patients du district, non-adhérents à un *fundholder*. Elles évaluent les besoins et pour y répondre, mettent en concurrence les hôpitaux. Les commissions exécutives du *NHS* versent aux *DHA* une enveloppe globale, calculée à partir d'une formule de capitation pondérée par la population, son état de santé, son âge moyen, les facteurs de morbidité et le niveau de pauvreté de la région¹⁶.

La réforme modifie en profondeur le fonctionnement des cabinets et des établissements hospitaliers. Pour les premiers, la réforme introduit une nouvelle fonction: le cabinet de généraliste gestionnaire d'un fonds. En effet, les cabinets dépassant une certaine taille (7 000 patients) peuvent désormais choisir de devenir gestionnaires d'un fonds ou acheteurs de services sanitaires pour le compte de leurs patients. Ces *General Practitioner Fundholder (GPFH)* peuvent détenir des fonds destinés aux hôpitaux. L'enveloppe qu'ils reçoivent couvre les frais de personnel, les dépenses pharmaceutiques et le coût des examens, elle est fixée *ex ante*. Les généralistes achètent aux hôpitaux des services sanitaires pour le compte de leurs patients, ils sont donc incités à faire des économies et doivent les utiliser au bénéfice de leurs patients sous la forme de ristournes ou de services nouveaux.

Dans le domaine hospitalier, l'objectif de la réforme de 1991 est d'introduire des éléments de flexibilité dans un système réputé sclérosé¹⁷. Depuis 1991, les autorités sont devenues des acheteurs de soins. Les hôpitaux qui étaient auparavant sous leur contrôle sont devenus des *Trust hospitals* indépendants et autogérés. Leur budget n'est plus fixé par l'autorité sanitaire. Au contraire, les établissements sont désormais rémunérés sur la vente de services de soins aux autorités sanitaires ou aux cabinets de groupe. En théorie, la concurrence entre les

¹² Julian LE GRAND, « Quasi-markets and social policy », *The Economic Journal*, volume 101, n° 408, 1991, p. 1256-1267.

¹³ Le terme de quasi-marché a été employé pour la première fois en 1975 par Williamson. Sur ce point on lira O. Williamson, *Markets and hierarchies*, New York, The free press, 1975. Ce concept a essentiellement été développé dans le domaine de la santé et de l'éducation. Howard GLENNERSTER, « Quasi-markets for education ? », *The Economic Journal*, volume CI, n° 408, 1991, p. 1268-1276.

¹⁴ Rudolf KLEIN, « La réforme du service national de santé britannique : le consommateur introuvable », *Revue française d'administration publique*, n° 76, 1995, p. 619-628.

¹⁵ Jacques CHAPERON, Lise ROCHAIX, « Les réformes du service national de santé britannique : la fin d'un mythe », *Économie et Statistique*, n° 291-292, 1996, p. 87-102.

¹⁶ Dominique BUREAU, Jacques ESPOSITO, « La régulation économique des dépenses de santé : réflexions sur la réforme britannique », *Revue française d'économie*, n° 1, 1996, p. 147-181.

¹⁷ Rudolf KLEIN, *op. cit.*, p. 619-628.

prestataires a pour objectif d'élargir le choix des consommateurs. Mais dans les faits le fonctionnement n'est pas totalement optimal.

La réforme du *NHS* a été accueillie avec hostilité de la part de la *British Medical Association* qui y a vu le renforcement du rôle des administrations au détriment des médecins. Une dizaine d'années après le début des réformes, les avis sont assez partagés à leur sujets. Les partisans d'un système concurrentiel déplorent les lenteurs de la réforme. Une étude menée par l'Université de Bath a montré que la promotion de la concurrence n'est pas une priorité pour les pouvoirs publics¹⁸. Plus récemment encore, dans un article polémique relayé par les grands titres de la presse britanniques, l'un des promoteurs de la réforme Julian Le Grand s'est élevé contre les mesures du gouvernement travailliste qui ont systématiquement démantelé l'organisation concurrentielle en renforçant le contrôle central¹⁹. Ces arguments sont difficilement recevables. La réforme britannique s'est traduite, dans les faits, par un désengagement profond de l'État qui est à l'origine du développement d'inégalités dans l'accès aux soins.

Les généralistes gestionnaires de fonds (GPFH) s'inquiètent d'une dérive financière du système de soins et s'émeuvent de l'abandon des principes de l'éthique médicale. Il existe, en effet, dans la structure même des cabinets de groupe des possibilités de sélection des malades à risques²⁰. Les médecins qui détiennent des budgets sont implicitement incités à décourager les patients à risques de s'inscrire dans leur clientèle pour minimiser leurs coûts. Il est donc indispensable de mettre en œuvre des mécanismes de réassurances qui conduisent les praticiens à accepter tous les malades. Dans le même temps, il est nécessaire de garantir la qualité des soins. Cette question est fondamentale dans la mesure où les contrats passés avec les prestataires de services ne contiennent que des clauses limitées sur ce point. Une étude récente montre qu'il y a encore trop peu de contrôle dans ce domaine²¹.

La liberté, tant prônée par les partisans de la réforme, est à l'origine de nombreux effets pervers. La remise en cause des investissements coûteux des hôpitaux au profit de l'amélioration de certains services chirurgicaux constitue un frein à la modernisation du système. Toutefois, la liberté reste surveillée. Le ministère de la Santé organise le rationnement des soins et fixe le régime financier des prix des prestataires de services. D'autre part, les établissements autogérés ont peu de marges de manœuvre en matière d'épargne dans la mesure où ils doivent présenter des bilans équilibrés. Enfin, la faiblesse des apports de fonds privés limite la capacité financière des hôpitaux. L'introduction des techniques de management privé tend à accélérer la compression des coûts.

La réforme a accéléré des évolutions antérieures du NHS. La réduction du nombre des lits s'est poursuivie de façon concomitante à la spécialisation des établissements de soins sur le court séjour²². Les hôpitaux sont désormais sous la pression constante des acheteurs de soins favorisant une diminution du coût des services. Les files d'attente restent le problème principal du NHS. Il y a juste assez de lits pour l'hospitalisation des patients admis en urgence. Au 1er janvier 2002, plus d'un million de personnes sont inscrites sur les listes d'attente. Un quart d'entre elle attend depuis plus de trois mois pour avoir un rendez-vous avec un spécialiste. Plus de 30 000 personnes attendent depuis plus d'un an²³. Pour tenter de remédier à ce problème, le gouvernement incite les établissements à limiter les files d'attente

¹⁸ Rudolf KLEIN, *op. cit.*, p. 619-628.

¹⁹ Julian LE GRAND, « Further tales from the British National Health Service », *Health affairs*, volume XXI, n° 3, 2002, p. 116-128.

²⁰ Damien CONTANDRIOPOULOS, « L'expérience du marché interne dans le National Health Service britannique, une rétrospective critique », *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, 2000, p. 163-202.

²¹ Jacques CHAPERON, Lise ROCHAIX, *op. cit.*, p. 87-102.

²² Diane LEQUET, Pierre VOLOVITCH, « L'hôpital britannique : la concurrence tourne en rond », *Solidarité santé*, n° 3, 1995, p. 71-79.

²³ Sandrine CHAMBARETAUD, Diane LEQUET-SLAMA, « Le système de santé britannique : éléments d'analyse et réformes », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 3, 2002, p. 21-33.

en développant les soins à l'étranger. La qualité des soins a tendance à se dégrader en raison de la taylorisation de l'activité hospitalière²⁴. Tous les indicateurs mettent en évidence des disparités géographiques importantes. Le taux de survie à cinq ans après un cancer du sein diagnostiqué entre 1993 et 1995 varie de 65 % à 87 %. Le taux de décès des patients ayant eu un pontage coronarien varie de 9% à 60%²⁵.

Le NHS reposait, à l'origine sur la gratuité des soins pour l'ensemble de la population. Ce principe fondateur a été sacrifié avec la réforme de 1991. Aujourd'hui, peu de personnes peuvent bénéficier de la gratuité totale. Et même si le gouvernement de Tony Blair a tenté d'améliorer les situations les plus difficiles, rien n'a été fait pour empêcher la dérive libérale du système de soins britannique. À plus ou moins long terme, la dégradation du NHS risque de se traduire par le développement d'une médecine à deux vitesses²⁶. La privatisation a accéléré le développement des inégalités d'accès aux soins²⁷ entre zones géographiques. Ainsi, à niveau de pauvreté équivalent, les taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires et par cancer du poumon sont plus importants dans le nord que dans le sud. L'inégalité de répartition des services du NHS semble expliquer cette différence.

L'influence du modèle britannique en Europe

L'expérience britannique a fortement influencé d'autres pays européens au dispositif similaire, l'exemple italien est assez significatif de cette logique. Le service national de santé a été mis en œuvre à la fin des années 1970. Il s'apparente au modèle britannique. L'État distribue aux régions des ressources, calculées sur le volume de leur population, et transférées aux autorités sanitaires locales (*Unita sanitarie locali - USL* -) grâce à une méthode de budgétisation globale effectuée *a posteriori*. Les hôpitaux sont financés par une enveloppe à laquelle s'ajoute un financement d'honoraires par journée d'hospitalisation. Les excédents sont ensuite reversés à l'administration. Ce système correspond, selon certains auteurs, au modèle méditerranéen d'État-providence générateur de dysfonctionnements administratifs²⁸.

Depuis le décret-loi de 1992 et la loi de 1995, les pouvoirs publics privilégient sans aucun doute une privatisation partielle du système national de santé. Tous les établissements de soins sont désormais rémunérés à l'activité, selon des barèmes fixés *a priori* et assis sur des groupes homogènes de malades (GHM). La concurrence entre prestataires de services est encouragée sur le modèle britannique de l'adjudication des services publics. La seconde voie envisagée est celle du modèle suédois de concurrence au sein du service public. Cette solution reviendrait à donner la possibilité aux consommateurs de choisir eux-mêmes les prestataires de services²⁹.

Pour ses partisans, ce système est efficace et ne remet pas en cause l'équité. Les adversaires de la privatisation ont déjà pointés quelques dysfonctionnements. Le système de tarification à la pathologie est susceptible de favoriser un écrémage au détriment des personnes aux risques lourds. En effet, les établissements pour ne pas augmenter leurs coûts sont incités à ne pas accepter des pathologies graves. D'autre part, la spécificité du dispositif italien conduirait les hôpitaux à se trouver en état d'infériorité par rapport aux cliniques

²⁴ Myriam REYNAUD, Carine VASSY, « Conséquences de la réforme du système de santé britannique sur la vie d'un hôpital général », *Solidarité santé*, n° 3, 1995, p. 81-90.

²⁵ Sandrine CHAMBARETAUD, Diane LEQUET-SLAMA, *op. cit.*, p. 21-33.

²⁶ Naomi PFEIFFER, « Grande-Bretagne : marché interne et logique de privatisation », *Pratiques, Les cahiers de la médecine utopique*, n° 17, 2002, p. 11-13.

²⁷ K. JUDGE, M. BENZEVAL, « La réduction des inégalités de santé : un point de vue britannique », in Stéphane JACOBZONE (Ed), *Économie de la Santé, trajectoires du futur, INSEE Méthodes*, n° 64-65, 1997, p. 117-132.

²⁸ Maurizio FERRERA, « Introduction générale », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud, Rencontre de Florence*, Paris, MIRE, 1997, p. 15-25.

²⁹ Elena GRANAGLIA, « Le service national de santé en Italie face aux défis de la privatisation », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud, Rencontre de Florence*, Paris, MIRE, 1997, p. 195-215.

privées. Enfin, cette solution achopperait sur des problèmes liés aux mécanismes de concurrence (mise en œuvre difficile d'une concurrence par les prix, limitation des choix offerts aux consommateurs, problèmes de qualité).

Le Portugal, également caractérisé par un système national de santé, s'est lancé depuis 1993 dans une privatisation de son dispositif de soins. La réforme a institué cinq régions sanitaires autonomes. Les services publics peuvent désormais être gérés par des organismes privés et les usagers sont incités à souscrire des assurances privées. Dans les faits, la privatisation s'est traduite par un développement des inégalités d'accès aux soins³⁰.

Ces quelques expériences ont influencé les réformes françaises. La création des Agences régionales de l'hospitalisation en 1996 en est un exemple éloquent. Mais dans les faits, cette mesure constitue plutôt une mise en cohérence de l'action publique et une centralisation supplémentaire procédant d'une décision autoritaire d'un groupe restreint d'experts³¹. Depuis le plan Juppé, l'étatisation se confirme dans le secteur sanitaire. Elle traduit avant tout la définition d'une norme de rationnement des dépenses sociales. L'OCDE incite les pouvoirs publics à renforcer l'autonomie de ces agences en leur donnant un rôle d'acheteur de soins. Cette mesure devrait permettre, toujours selon l'OCDE, de remédier « *aux rigidités institutionnelles de l'hôpital public* »³². Elle peut être complétée par des mécanismes de concurrence fictive par les prix et par des méthodes de tarifications à la pathologie.

Certaines méthodes de tarification à la pathologie sont, à l'heure actuelle, en cours d'expérimentation. La plus utilisée repose sur des mécanismes de concurrence par comparaison. Le contexte est le suivant : un acheteur de soins doit rémunérer un établissement pour la prise en charge d'un séjour d'un malade. Le mécanisme de tarification à la pathologie (ou à l'activité) permet, selon ses partisans, de rémunérer de façon efficace les offreurs. Il prend appui sur la constitution de Groupes homogènes de malades (GHM) déjà en vigueur depuis la mise en œuvre du PMSI. Dans sa version la plus extrême, le système de fixation de prix repose sur un mécanisme d'enchère pour chaque GHM³³. La méthode de tarification à la pathologie risque d'entraîner une baisse de la qualité des soins. En effet, sans garde fou ou moyen de contrôle la baisse de la qualité des prestations est certaine. Les établissements se faisant concurrence sur les prix, ils sont donc implicitement incités à sacrifier la qualité. Force est de constater que les travaux en la matière n'évoquent aucunement les problèmes éthiques liés à ces techniques. Inutile de préciser que de telles mesures conduiraient à une remise en cause profonde de notre système de soins favorisant l'éviction des mauvais risques et les inégalités d'accès aux soins.

Le Medef reste assez circonspect sur ces méthodes. La création des ARH est qualifiée de type de régulation à l'ancienne dont l'inefficacité a été démontrée³⁴. On comprend d'ailleurs qu'il soit contre dans la mesure où cette mesure conduirait à favoriser le glissement vers un système beveridgien remettant en cause le caractère libéral de la médecine. D'autre part, une telle organisation ne peut permettre l'introduction de compagnies d'assurance sur le marché dans la mesure où ce sont les agences qui mettent en concurrence les offreurs de soins. Une solution marchande semble donc mieux appropriée pour le patronat français, mais qu'elles en seront les conséquences ?

L'ELABORATION D'UN MODELE MARCHAND : UNE SOLUTION INJUSTE ET INEFFICACE

³⁰ Carlos G. PINTO, « Santé, équité et bien-être social », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud, Rencontre de Florence*, Paris, MIRE, 1997, p. 149-164.

³¹ François-Xavier SCHWEYER, « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation », *Politiques et Management public*, Volume XVI, n° 3, septembre 1998, p. 43-68.

³² OCDE, *Études économiques (1999-2000)*, France, Paris, OCDE, 2000.

³³ Dominique HENRIET, « Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France », *Dossiers Solidarité et Santé*, Hors série, 2002, p. 21-27.

³⁴ MEDEF, *Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale*, 2001.

La privatisation du système de soins est une solution qui a été envisagée par certains pays et fait partie des solutions prônées par le Medef, bien qu'il s'en défende. Deux options sont possibles : la mise en concurrence radicale ou la concurrence encadrée. Quoiqu'il en soit, ces deux modèles n'ont pas réussi à maîtriser efficacement les dépenses et se traduisent toujours par des phénomènes de sélection et d'éviction.

Les risques sociaux d'une mise en concurrence radicale

Deux pays ont envisagé une mise en concurrence radicale de leur système de santé : Singapour et le Chili. Dans chacun des cas, cette solution s'est traduite par des phénomènes d'éviction des malades à risques.

Le Chili fait partie des premiers pays à avoir introduit une logique totalement concurrentielle dans le système de santé. Avant 1981, le pays dispose d'un dispositif de prise en charge comparable à ceux des pays développés. En 1981, le gouvernement dictatorial, conseillé par Milton Friedman, ouvre l'assurance maladie aux compagnies d'assurances. Des *Institutos de salud previsional - ISAPRES* - sont créés, ils doivent permettre une mise en concurrence du secteur public et des compagnies privées.

L'assuré choisit entre le système public ou privé. Dans ce dernier cas, il cotise 7 % de son revenu pour sa santé, qu'il verse à l'assureur de son choix. Ce dernier peut majorer les primes pour les malades à risques. Mais la cotisation a peu de chance de correspondre à une cotisation actuarielle et les pauvres n'ont donc pas les moyens d'y adhérer. D'autre part, dans le système public, la couverture diminue quand le niveau de revenu augmente. À la fin des années 1980, les *ISAPRES* représentaient 30 % des dépenses de santé et regroupaient 12 % de la population. En 1995, 28 % des Chiliens sont assurés. Cette couverture représente 45 % des dépenses de santé³⁵.

La réforme s'est traduite dans les faits par une dégradation importante de la qualité des soins dans le secteur public. La structure de l'assurance maladie tarifée au risque restreint l'accès aux soins en fonction du revenu des personnes. Les plus démunis ne peuvent donc pas être soignés. La tarification au risque et la responsabilisation des assurés revient donc, pour les pathologies lourdes, à renoncer au principe de l'universalité de l'accès aux soins. L'adhésion à la compagnie étant liée à un test de santé, la sélection des mauvais risques est monnaie courante. Enfin, cette expérience a des effets inflationnistes indéniables dans la mesure où les assureurs ne sont pas incités à contrôler les coûts. En 1990, le retour à la démocratie a favorisé une réforme (interdiction de la sélection des risques, contrôle de la qualité des soins par les pouvoirs publics,...). Mais les dérapages sont fréquents.

Les *medical savings accounts* (compte d'épargne santé) ont été mis en œuvre à Singapour à partir de 1984 afin de réduire la croissance des dépenses publiques. Cette technique repose sur l'idée selon laquelle la responsabilisation des personnes conduirait à une diminution des coûts. Chaque assuré paye pour sa santé une cotisation d'assurance obligatoire qui sert à acheter une couverture maladie avec une franchise élevée. Une autre cotisation est conservée sur un compte bancaire et sert à financer une partie des soins. Ainsi, la suppression de l'assurance dans la limite de la franchise doit permettre de limiter les comportements déviants : le risque moral. L'assuré est donc supposé être plus attentif à sa consommation de soins³⁶.

Le risque moral (*moral hazard*) est un terme provenant de l'économie de l'assurance. Il apparaît quand un individu adopte un comportement inobservable par l'assureur et présentant un risque de dommage. En matière de santé on distingue deux sortes de risque moral. Le

³⁵ Michel GRIGNON, « Gros plan sur la réforme du système de santé au Chili », *Revue française des affaires sociales*, n° 3-4, 1999, p. 49-56.

³⁶ William C. HSIAO, « Medical savings accounts : lessons from Singapore », *Health Affairs*, volume XIV, n° 2, 1995, p. 260-266.

risque moral de première espèce : l'individu relâche sa vigilance parce qu'il est assuré. Il s'observe dans le cas de comportements à risque (tabac, alcool,...). Le risque moral de seconde espèce : l'assuré, une fois le risque survenu, consomme d'avantage de soins que son état ne le nécessite. Il serait d'autant plus grand que le praticien peut avoir intérêt à favoriser une surconsommation.

Cette solution assez radicale s'est traduite dans les faits par une inégalité d'accès aux soins et des pratiques de sélection des risques. Pour pallier ces dysfonctionnements, les pouvoirs publics ont dû mettre en place des systèmes de couverture parallèles : *Medishield* (1990) pour les malades chroniques et *Medifund* (1993) pour les personnes à bas revenus. Le bilan est donc assez négatif dans la mesure où les *medical savings accounts* ont accentué les inégalités d'accès aux soins et n'ont pas été en mesure de réduire le taux de croissance annuel des dépenses. Celui-ci était de 11 % avant la réforme, il est passé à 13 % après³⁷.

L'inefficacité d'un système de concurrence encadrée

Certains pays ont tenté de réformer leur système de soins en laissant aux assurés la liberté de passer des contrats avec des acheteurs de soins, susceptibles de fournir des services à moindre prix. Les États-Unis ont innové en la matière, en Europe les Pays-Bas ont été les premiers à introduire des principes de marché, suivi de l'Allemagne.

Le système américain d'assurance maladie est marqué par son caractère facultatif et privé. La concurrence entre prestataires, le *managed care*, s'articule autour de quelques dispositifs. La première solution consiste à confier à un intermédiaire la possibilité d'acheter des soins pour le compte de l'assuré. Cette structure (une compagnie d'assurances) organise un réseau offrant des services sanitaires qui permettent la prise en charge des malades abonnés. Aux États-Unis, le modèle de la *Health Maintenance Organization - HMO* - permet aux usagers de choisir un offreur de soins au meilleur prix possible. Ce dispositif a certes favorisé la diminution des coûts (pour les hospitalisation et les soins coûteux) et n'a pas remis en cause la qualité des soins pour les assurés aux problèmes de santé mineurs. En revanche, pour les malades chroniques et pour les pathologies lourdes, la maîtrise des coûts est plus difficile. La sélection des risques apparaît comme une conséquence inévitable de la concurrence. Le rationnement des soins et l'éviction des malades à risques sont, dans les *HMO*, des phénomènes fréquents³⁸. Dans les faits, l'offre de santé proposée par les *HMO* est trop insuffisante pour pouvoir satisfaire les réels besoins de santé des populations défavorisées, qui ont des difficultés d'introduction dans ces structures³⁹. Enfin, on constate même que certains « mauvais risques » préfèrent rester dans des systèmes d'assurance traditionnelle, plus chers, mais moins contraignants⁴⁰.

Face au développement de la concurrence dans ce domaine, le système d'assurance maladie américain évolue progressivement vers des formes intermédiaires entre les *HMO* fermées et l'assurance traditionnelle. Les *Preferred Provider Organizations (PPOs)* prennent appui sur une contractualisation sélective entre les assureurs et les prestataires de soins et offrent plus de liberté aux patients. Les *Point of service (POS)* fonctionnent comme des *HMO* plus souples. Les patients peuvent recevoir un remboursement partiel de leurs soins. On

³⁷ Agnès BOCOgnano et alii, « Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel. Une revue des expériences étrangères en matière de santé », *Économie et Statistique*, n° 328, 1999, p. 21-36.

³⁸ B. EXPERTON, G. WEIL, « HMO, une formule américaine à revoir », *Journal d'économie médicale*, tome XIV, n° 4-5, 1996, p. 225-228.

³⁹ Daniel SIMONET, « Le managed care et les populations démunies aux États-Unis », *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, volume XLII, n° 1, 2002, p. 97-111.

⁴⁰ Agnès COUFFINHAL, « De l'antisélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective », *Économie et Prévision*, n° 142, 2000, p. 101-121.

constate également des pratiques d'écrémage dans ce type de structure⁴¹. Enfin, on voit se constituer depuis peu de temps, des *Provider Sponsored Organizations (PSOs)* c'est-à-dire des réseaux de médecins discutant directement avec les entreprises.

L'argument, avancé par le Medef, selon lequel la concurrence favorise une baisse générale des coûts est démenti dans les faits. Les dépenses de santé représentent aujourd'hui près de 14 % du PIB et les statistiques de la *Health Care Financing Administration (HCFA)* montrent clairement que les coûts de fonctionnement des systèmes d'assurances privés sont de 13,6 % en 2000. À titre de comparaison, ces coûts ne sont que de 5 % pour les programmes locaux et fédéraux de santé publique et de 3,5 % pour le dispositif *Medicare*⁴². Les assurances ont des coûts plus importants à supporter (Marketing, publicité, sélection des risques,...). L'organisation patronale se garde bien de réclamer une réforme à l'américaine « *qui ne permet pas une maîtrise optimale des dépenses* »

La réforme hollandaise mérite toute notre attention dans la mesure où « *la voie originale moderne et innovante que propose le MEDEF* »⁴³ s'en inspire grandement. Aux Pays-Bas, avant la réforme, tous les individus bénéficient d'un système d'assurance obligatoire (l'*AWBZ*) pour tous les risques non assurables dans le privé. Les personnes dont le revenu ne dépasse pas un plafond doivent s'inscrire auprès d'une caisse professionnelle obligatoire. Les autres peuvent s'adresser à des compagnies privées. En 1986, le gouvernement confie à un groupe d'experts, présidé par Monsieur Dekker alors président du groupe Philips, le soin d'imaginer une réforme durable de la protection sociale moins coûteuse et plus simple. Le rapport, remis un an plus tard, propose une transformation radicale de l'assurance maladie. Son objectif est double : garantir l'accès à un panier de soins sous l'égide des pouvoirs publics et favoriser la concurrence entre les réseaux de soins. Les assurés sociaux bénéficient donc d'un système de base et d'un panier de soins propre à chaque assureur.

La réforme Dekker-Simons est adoptée par le gouvernement le 4 mars 1988, elle prévoit une modification du financement en trois volets. Un prélèvement obligatoire proportionnel aux revenus finance 85 % de l'assurance de base et est reversé aux différents assureurs par l'intermédiaire d'une caisse de péréquation. Une prime couvrant les 15 % restants est directement versée à la compagnie. Cette prime est identique pour tous les adhérents au même réseau, mais peut varier d'une compagnie à l'autre. Enfin, un versement facultatif doit permettre de financer la couverture complémentaire. La concurrence entre assureurs repose donc sur deux éléments : le montant de la prime nominale couvrant l'assurance de base et les tarifs et les services de l'assurance complémentaire pour les soins non prioritaires. La philosophie de la réforme est de constituer un panier de base garanti par un financement collectif. Un panier complémentaire est proposé par les assureurs. Les anciennes caisses d'assurances maladie et les compagnies d'assurance sont mises sur le même plan juridique afin de favoriser la concurrence.

Selon ses promoteurs, l'objectif attendu est d'unifier le mode de couverture et d'introduire la concurrence entre les producteurs de soins afin d'abaisser les prix et donc de réduire le coût global des soins. Dans ce système, les assureurs passent des conventions avec les producteurs, qu'ils peuvent mettre en concurrence et constituent des réseaux ouverts aux seuls abonnés. Ainsi, une régulation de type étatique est remplacée par un dispositif fondé sur la concurrence. Le problème d'un tel système est qu'il ne peut pas apporter de solutions aux phénomènes d'inégalité d'accès aux soins tout en maintenant la concurrence.

⁴¹ Sandrine CHAMBARETAUD, Diane LEQUET-SLAMA, « Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 2002, p. 15-37.

⁴² Gilles CAIRE, « Coût de fonctionnement de l'assurance privée et de l'assurance sociale : de l'efficacité microéconomique à l'équité sociale », in Jean-Marc DUPUIS et alii (dir), *Politiques sociales et croissance économique*, tome I, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 113-127.

⁴³ MEDEF, *Pour une nouvelle architecture de la Sécurité sociale*, 2001, p. 6.

Certains travaux ont montré tous les risques éthiques liés à la réforme. Même si celle-ci interdit en principe l'exclusion des mauvais risques, des détournements sont possibles. En effet les compagnies d'assurance pourront choisir de signer des conventions différentes avec les professionnels de santé afin d'éviter les mauvais risques. Les réseaux seront en mesure d'attirer les bon risques en signant des conventions avec les meilleurs pédiatres et obstétriciens. En revanche, ils pourront s'attacher les services de cancérologues ou de cardiologues sans renommée afin d'écarter les mauvais risques⁴⁴. D'autres méthodes sont possibles : meilleure couverture de la maternité ou des accidents de sports pour attirer les ménages jeunes, augmentation des tarifs pour décourager les ménages à bas revenus, allongement des délais de remboursement pour décourager d'autres types de clientèles. Les aménagements imaginés pour pallier ce type de dysfonctionnement se traduisent, la plupart du temps, soit par un renforcement des pratiques d'écémage (quand les tarifs imposés sont uniformes), soit par une diminution de l'incitation à l'efficacité (quand les pouvoirs publics imposent la solidarité entre les risques).

La réforme, en raison des changements politique n'a été appliquée que partiellement. Force est de constater qu'elle ne s'est pas encore traduite par une réduction des dépenses. En 1999, la part des dépenses de santé dans le PIB avoisine 8,7 % contre 8,5 % en 1990. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé est passé de 2,3 % entre 1980 et 1990 à 2,9 % entre 1990-1999. À titre de comparaison, ces mêmes taux sont passés en France, sur la même période de 4,9 % à 2,8 %. Aux Pays-Bas, les coûts n'ont pas diminué dans la mesure où les compagnies d'assurances n'ont pas incité les offreurs de soins à le faire. Le modèle néerlandais tant vanté par le Medef est-il juste et efficace ? On peut en douter.

L'exemple allemand s'inscrit également dans cette perspective de privatisation. Avant la réforme, les assurés dont le salaire ne dépasse pas un plafond cotisent à une caisse publique professionnelle. Les autres ont la possibilité de rester dans ce système ou peuvent opter pour une caisse privée. Dans ce cas, ils versent eux-mêmes une prime à un assureur de leur choix et tout retour dans le système public est impossible. Le système allemand est donc complètement socialisé, le patient bénéficie d'une totale gratuité des soins, il ne paie ni le médecin, ni l'hôpital, ni les médicaments. Depuis la fin des années 1980, l'Allemagne a entrepris une transformation profonde de son système de santé en quatre grandes étapes distinctes : les réformes Blüm (1988) et Seehofer (1993, 1996, 1997). Cette dernière constitue un tournant dans l'histoire du modèle allemand dans la mesure où elle se caractérise par un désengagement progressif de l'État et la mise en œuvre d'incitations micro-économiques⁴⁵.

Les mesures d'incitation micro-économiques prennent appui sur la mise en place d'une franchise sur le remboursement de soins et constitueraient, selon leurs partisans, un facteur efficace de réduction du risque moral. Le problème est qu'elles se traduisent par une pénalisation des familles à revenu modeste. Ainsi, ce type de mesure n'est pas neutre socialement.

La réforme Blüm (1991) est la première à avoir introduit des mécanismes de maîtrise des dépenses, grâce à des prix de référence, le paiement d'un ticket modérateur pour les médicaments innovants et l'élaboration d'une liste de médicaments non pris en charge. Mais la reprise de la croissance a incité les pouvoirs publics à élaborer un nouveau train de mesures. Le premier volet de la réforme Seehofer en 1993 propose une politique d'urgence axée sur l'offre (renforcement de la politique de réduction des remboursements, élaboration d'une enveloppe fermée opposable des dépenses de médicaments, mise sous budget global des dépenses des médecins, des dentistes et des établissements de soins).

⁴⁴ W. VAN DE VEN, R. VAN VLIET, M. VAN BARNEVELD, L. LAMERS, « Vers un mécanisme d'ajustement au risque dans un marché d'assurance maladie concurrentiel », in Stéphane JACOBZONE (Ed), *Économie de la Santé, trajectoires du futur*, INSEE Méthodes, n° 64-65, 1997, p. 117-132.

⁴⁵ Frédéric RUPPRECHT et alii, « Le système de santé allemand : vers une plus grande responsabilisation de l'ensemble des acteurs », *Économie et Statistique*, n° 318, 1998, p. 17-40.

À partir de 1995, la politique de maîtrise des dépenses s'intensifie et est complétée par l'expérimentation de mesures marchandes. La modification du financement hospitalier en constitue la pierre angulaire⁴⁶. Elle repose sur l'instauration d'un forfait par pathologie, introduit de façon partielle en raison de la difficulté de calcul des coûts indirects par maladie. Cette mesure introduit *de facto* une inégalité entre les bons et les mauvais risques remettant en cause l'universalité de l'accès aux soins. La mise en concurrence des caisses, le deuxième point de la réforme, consiste à donner la liberté d'affiliation aux assurés sociaux. Elle est associée à un système de péréquation des risques limitant les phénomènes de sélection. Enfin, les pouvoirs publics prônent l'homogénéisation des caisses publiques grâce à la baisse de leur nombre, qui passe de 1 100 en 1992 à 600 en 1996 et la réorganisation du système de santé.

Le troisième volet de la réforme couronne cette évolution en réaménageant la demande par l'augmentation des tickets modérateurs, l'instauration de forfaits pour les soins dentaires et l'accroissement du taux de cotisation. Le désengagement des pouvoirs publics se traduit par la suppression des enveloppes globales dans les domaines ambulatoires et hospitaliers. Parallèlement, le pouvoir des caisses est renforcé. Elles peuvent négocier les prix avec les offreurs de soins (médecins et hôpitaux). Elles sont également mises en concurrence et sont susceptibles de proposer aux assurés des polices d'assurances plus avantageuses. Avec le troisième volet de la réforme Seehofer, l'État se dégage fortement de la gestion de l'assurance maladie et instaure des incitations d'ordre micro-économique.

La réforme n'a pas permis de réduire les dépenses. En 2000 la part des dépenses de santé représentent 10,6 % du Produit intérieur brut contre 8,7 % en 1990. En l'espace de dix ans (1990-2000), les dépenses de santé *per capita* sont passées de 1600 à 2748 \$ PPA. Depuis 2001, le déficit de l'assurance maladie atteint 3 milliards d'euros pour les trois premiers semestres. Les pouvoirs publics semblent s'orienter vers une évolution du mode de rémunération des praticiens vers le forfait. L'idée d'un panier de soins refait surface, mais elle est fortement critiquée par les médecins et les organisations syndicales qui y voient une remise en cause du modèle allemand. L'ordre des médecins s'est d'ailleurs inquiété de l'introduction d'une logique de marché et de concurrence qui risque d'aboutir à une sélection des risques et à une limitation des traitements innovateurs⁴⁷.

Ces quelques expériences doivent donc nous conduire à une réflexion plus générale sur le système de santé et sur son avenir. L'organisation sanitaire doit-elle nécessairement s'articuler autour de principes marchands ? Il existe pourtant d'autres solutions assises sur une logique non marchande, plus justes et plus efficaces, permettant d'assurer à tous les citoyens un accès égal aux soins et des services de qualité ? Il est temps, avant de mettre en place de telles mesures d'avoir une réflexion éthique sur la question sanitaire. Comme l'a justement souligné François Cantier, un des avocats des parties civiles lors du procès du sang contaminé : « *Il ne faut pas faire entrer les marchands dans le temple d'Hippocrate, sinon cette tragédie ne sera que la première d'une longue série* »⁴⁸.

⁴⁶ Serge MILANO, « La réforme hospitalière en Allemagne », *Solidarité, Santé*, n° 3, 1995, p. 47-61.

⁴⁷ Yann BOURGUEIL et alii, *La régulation des professions de santé- études monographiques*, Document de travail, n° 22, Paris, DREES.

⁴⁸ Maurice PEYROT, « L'affaire du sang contaminé devant la Cour d'Appel de Paris. La logique industrielle », *Le Monde*, 9 juin 1993, p. 26.

5. Quelles pistes pour une régulation nouvelle du système de santé ?

1) Les dépenses de santé sont-elles un handicap pour l'économie ou bien un facteur de développement économique et social ?

La théorie dominante aboutit à considérer la dépense de santé comme un « poids » pour l'économie, en présentant les dépenses de santé comme un coût qui, à travers les charges sociales, constituerait un handicap pour la compétitivité des entreprises et en définitive pour l'emploi. Cette logique s'est imposée avec le retour en force de la théorie néo-classique à partir des années quatre-vingt et a provoqué la montée du financement de l'assurance-maladie par l'impôt.

La pensée économique néo-libérale prétend qu'il existerait un phénomène d'induction de la demande par l'offre. Ce serait notamment le cas de la France en raison de la mixité entre médecine publique et libérale. Mais ce raisonnement, qui suppose qu'une offre surabondante en raison du remboursement des soins, engendre une demande de soins supérieure à ce qu'elle devrait être, résiste mal à l'analyse. Les comparaisons internationales montrent que la gratuité des soins n'est pas en soi un facteur de croissance des dépenses et qu'au contraire, celles-ci sont des plus importantes aux Etats-Unis alors que le recours à l'assurance-privée y est le paradigme.

L'analyse néo-libérale a pourtant imposé, à tort, l'idée que la réduction de l'offre de soins pouvait entraîner la baisse des dépenses, ce qui s'est traduit par des mesures malthusiennes dans l'ensemble des plans de réforme : réduction du nombre des médecins pour tenter de limiter les actes et les prescriptions, réduction du nombre de lits hospitaliers et réduction des personnels hospitaliers médicaux et non-médicaux. Le dogme selon lequel le taux de croissance des dépenses de santé ne devait pas dépasser celui du PIB a ainsi constitué le fondement des plans de réforme de ces vingt dernières années.

Les théories hétérodoxes

Face à la logique néo-classique, les analyses en termes d'incidences réciproques entre santé et économie admettent le rôle positif de la solvabilisation des dépenses de soins. Ces analyses constituent certes un dépassement de la dichotomie entre économique et social qui caractérise la théorie néo-classique de base, mais elles restent prisonnières de l'idée selon laquelle un financement socialisé des dépenses de santé pèserait sur la production et les entreprises.

Les théories de la régulation

En réalité, les dépenses de soins augmentent avec le développement économique. Selon la loi d'Engel⁴⁹, une fois les besoins primaires satisfaits (alimentation de base, vêtements, logement...), la part du revenu consacré aux besoins dits secondaires et tertiaires s'élèvent (loisirs, dépenses pour la santé...). Il est alors inévitable que la consommation de soins croisse en proportion plus que le revenu. Ainsi, les théories de la régulation estiment-elles que les dépenses de santé, loin de constituer uniquement un coût, sont un facteur de développement économique et social. Si elles permettent d'accroître le niveau de bien-être et l'espérance de vie, elles bénéficient aussi aux entreprises car une main-d'œuvre en bonne santé s'avère plus productive.

La santé, en tant que secteur d'activité, joue un rôle dynamique dans l'économie. Ce secteur produit globalement autant de valeur ajoutée que la dépense courante de santé consomme de richesse ; la santé représente ainsi plus de 9% des emplois et près de 10% de la

⁴⁹ Engel, statisticien allemand, fonda, dans les années 1880, l'analyse des budgets de consommation et celle de la part consacrée aux biens primaires, l'alimentation, et secondaires ou tertiaires en fonction du revenu.

richesse nationale et se révèle particulièrement utilisatrice de main-d'œuvre qualifiée. En solvabilisant la demande, la socialisation de la dépense de soins a favorisé la recherche médicale et l'industrie pharmaceutique, activité à haute valeur ajoutée et fortement exportatrice, et tout se passe comme si cette dernière était financée pour une très large part par l'assurance-maladie.

Les hôpitaux constituent des employeurs importants sur un plan local et régional, et contribuent au développement économique des zones où ils sont implantés ; inversement, à la fermeture d'un établissement de soins correspondra inévitablement une baisse sensible de l'activité locale.

2) La nécessité des réformes

Des réformes profondes du système de santé restent incontournables afin d'établir de nouveaux modes de régulation efficaces en rejetant les différentes formes de privatisation que souhaitent organiser les forces libérales. Il s'agit au contraire de maintenir et de renforcer les bases d'un système de santé solidaire, socialement juste et économiquement efficace.

Les politiques de maîtrise comptable des dépenses de santé remboursables continuent d'alimenter les réflexions et le contenu des réformes régressives en préparation, en ignorant les besoins réels des populations et en aggravant les problèmes d'accès aux soins. La réflexion devrait au contraire s'appuyer sur un principe de régulation médicalisée et concertée, répondant aux préoccupations de santé publique. L'attachement des Français à l'assurance-maladie exige aussi de renforcer son efficacité par une meilleure utilisation des ressources.

Des besoins considérables existent concernant **la promotion de la santé pour tous et la réduction des inégalités devant l'accès aux soins**. Une réorientation des dépenses est incontournable afin de répondre aux besoins, actuels ou futurs, en raison des mutations démographiques (le vieillissement notamment) et des conditions socio-économiques nées de la conséquence de la montée de la précarité. Plus il y a d'inégalités en matière de santé, plus le risque est grand de voir se dégrader des indicateurs qui se révèlent en fait déjà insuffisants. L'amélioration des résultats du système de santé passe donc par la réduction des inégalités sociales de santé elle-même.

Des gaspillages sont effectifs. Le rapport Béraud (1992) les situait, comme plus tard le rapport Johanet (1998), entre 60 et 120 milliards de francs (soit entre 8 et 15% des dépenses) : analyses inutiles, surfacturations, ordonnances surchargées, report de soins sur le privé... Mais ce constat ne doit pas être utilisé pour stigmatiser le corps médical. Seule une analyse objective permettra une meilleure utilisation des ressources afin de renforcer l'efficacité de l'assurance-maladie. Une réorientation des dépenses est en effet incontournable afin de répondre aux besoins, actuels ou futurs, en raison des mutations démographiques (le vieillissement notamment) et de conditions socio-économiques aggravées par la montée de la précarité. À l'évidence, plus les inégalités en matière de santé sont tangibles, plus le risque est grand de voir se dégrader encore des indicateurs qui révèlent déjà leurs limites et, en réalité, l'amélioration des résultats du système de santé implique autant la réduction des inégalités sociales de santé que la vigilance sur l'efficacité des dépenses.

❖ Réorienter le système de santé vers la prévention

Il est nécessaire de développer et **de réorienter le système de soins vers la prévention**. Celui-ci reste pour l'instant fondé sur une approche en priorité curative et vise alors plus la réparation de la santé que sa promotion. Ceci est flagrant concernant la médecine du travail dont les fonctions de dépistage et de veille sanitaire dans les entreprises doivent être restaurées. La médecine scolaire est dans une situation de délabrement aussi profond. Faute de moyens et donc d'effectifs suffisants, toutes les formes de médecine préventive et les

politiques d'accès aux soins fondées sur la gratuité ne peuvent remplir efficacement leurs missions et leur régression se poursuit.

❖ **Organiser une nouvelle gestion et une autre façon de soigner en plaçant le malade au centre de nouvelles structures de services médicaux plus coordonnées et concertés, concernant notamment la médecine de ville**

- Pour l'ensemble des soins de ville, d'autres formes de rémunération que le seul paiement à l'acte sont nécessaires. D'une part, celui-ci peut être source d'augmentation non justifiée des dépenses et, d'autre part, celui-ci défavorise l'implantation des médecins dans certaines zones géographiques, ainsi en milieu rural. Les réformes récentes dans les pays nordiques qui conjuguent salariat, capitation et paiement à l'acte mériteraient d'être analysées, puisqu'elle tentent de conjuguer les objectifs d'efficacité des dépenses et de lutte contre les disparités géographiques à travers les incitations à l'installation des médecins dans les zones isolées. De la même manière, il faut rationaliser les conditions de travail et de rémunération du personnel hospitalier, concernant notamment les internes, comme celles des infirmiers hospitaliers ou libéraux.

- La gestion et les structures du système de soins doivent être transformées. Ainsi, un rôle accru des centres de santé favoriserait-il un accès aux soins précoce. La couverture maladie universelle a tenté de contribuer à cette évolution, mais le dispositif montre ses limites. L'objectif d'un accès aux soins plus précoce et moins inégalitaire reste d'actualité et rappelle la nécessité de formes gratuites de médecine. Le développement des soins dentaires et leur meilleur remboursement constituant un impératif en France, celui-ci doit s'accompagner d'une politique de prévention bucco-dentaire telle que les pays nordiques ont su mettre en place. Les expériences des départements du Val-de-Marne et de Seine Saint-Denis sur la prévention bucco-dentaire des enfants ont prouvé leur efficacité.

- Le rôle de pivot du médecin généraliste devrait être développé et servir de « filtre » dans l'établissement du premier diagnostic, sans qu'il soit nécessaire de formaliser les filières de soins telles que les imaginaient le plan Juppé et qui restent en filigrane des projets libéraux de réforme. De véritables réseaux de santé, dont certains sont déjà structurés concernant des pathologies précises (diabète, sida...) doivent prendre en compte l'ensemble des conditions médico-sociales des malades (voir plus loin à ce sujet).

Ces pistes de réforme serviraient une régulation médicalisée à partir des besoins de santé réels, évalués par l'ensemble des acteurs du système de soins, par les populations elles-mêmes et leurs élus. Cet objectif de maîtrise médicalisée doit se fonder sur le professionnalisme des médecins en escomptant que les règles en seraient mieux respectées si elles n'étaient pas imposées par des réformes autocratiques et centralisées.

❖ **Rechercher l'efficacité des dépenses de médicaments et de biens médicaux**

La France est en tête des pays de l'OCDE pour la consommation de médicaments, notamment en ce qui concerne les anxiolytiques, anti-dépresseurs, neuroleptiques. Notre usage des antibiotiques est lui aussi assez nettement supérieur à la moyenne de l'Union européenne. La tendance à prescrire beaucoup est source de gaspillages en France, car l'on n'y constate pas une efficacité globalement supérieure des traitements par rapport aux moyennes internationales. Il est complexe de s'attaquer à ce problème. Le rapport Béraud mettait en évidence, à travers l'analyse des prescriptions médicales, la compensation, par une augmentation de volume, de la baisse des prix des médicaments, si bien que le montant total des prescriptions restait en définitive inchangé.

L'insuffisance de formation initiale ou permanente comme d'information des médecins, en particulier sur les médicaments, est évidente. C'est l'action publicitaire des

groupes pharmaceutiques qui reste le plus souvent la source essentielle d'information, les recettes publicitaires des médias professionnels médicaux étant nécessaires à leur équilibre financier. En définitive, la surconsommation médicamenteuse est restée jusqu'à une période récente assez peu critiquée. Les mesures décidées par le ministre de la Santé en automne 2002 sont à la fois contestables pour les patients et timides quant aux économies potentielles. Le renforcement du droit de substitution pour un générique par le pharmacien, le remboursement forfaitaire sur la base du générique quand il existe fournissent des pistes intéressantes mais limitées. L'exemple allemand montre d'ailleurs que si des économies à court terme sont réalisées à travers le développement des génériques, celles-ci sont rapidement contrebalancées par la politique commerciale de l'industrie pharmaceutique qui, afin de maintenir ses profits, applique des marges plus importantes sur les molécules non tombées dans le domaine public. La plus faible croissance des dépenses de médicaments en Allemagne vient surtout du fait que les autorisations de mise sur le marché de médicaments y sont quatre fois moindre qu'en France. Pour que nous puissions réellement inverser le taux de croissance de nos dépenses de médicaments, l'action devrait donc se porter sur une politique du médicament beaucoup plus globale que sur la seule promotion des génériques.

L'évaluation de l'efficacité des médicaments reste indispensable mais complexe, car d'un côté elle se heurte au *lobbying* de l'industrie pharmaceutique, et de l'autre elle est utilisée comme un moyen d'accélérer les déremboursements par l'assurance-maladie. Ainsi les déremboursements effectués à l'automne 2002, à partir d'une liste établie dès 1999 par l'AFSAPS, ont été très contestés pour certains. Parmi les raisons invoquées, la plus fréquente est le risque de déplacer des prescriptions vers des traitements plus lourds et, en définitive, plus coûteux...

❖ Pour une gestion hospitalière plus efficace et plus démocratique

L'efficacité d'une gestion hospitalière implique la promotion du rôle des acteurs et donc le développement des ressources humaines. La réforme hospitalière depuis 1995 à travers les agences régionales d'hospitalisation a globalement abouti à une réduction des moyens alloués à l'hôpital public qui s'est soldée par une insuffisance en nombre des personnels et donc des conditions de travail plus difficiles. La façon dont ont été appliquées les 35 heures est venue complexifier les choses et a déclenché de nombreux mouvements sociaux dans les hôpitaux en 2001. L'étalement sur cinq ans des créations des postes promis ne résout pas les problèmes de court terme et, du coup, les questions des conditions de travail des internes et la formation des médecins et des infirmiers hospitaliers explosent et révèlent les carences de la gestion des besoins en emploi et en formation de ces personnels. Il s'agirait donc pour l'hôpital public de garantir les créations des postes nécessaires, en quantité et en qualité.

Il s'agirait d'élaborer des indicateurs permettant de comparer le coût et l'efficacité des traitements au-delà des méthodes d'évaluation actuelles. Depuis 1995, l'évaluation de l'activité hospitalière s'est fondée sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), censé aboutir à un coût optimal par pathologie. Mais cette méthode est restée typiquement normative et, en outre, elle a été dévoyée par sa sujétion à la volonté de contrainte financière. Le système des points ISA (indices synthétiques d'activité) permet mal la prise en compte des disparités régionales et socio-démographiques, comme des missions spécifiques à certains établissements en matière de formation des médecins ou de recherche médicale. La « tarification à l'activité » qui semble être le point central des réformes souhaitées par Jean-François Mattéi concernant l'activité hospitalière n'effacerait pas les défauts du PMSI, mais elle leur ajouterait, en revanche, celui d'une concurrence accrue entre structures hospitalières publiques et privées qui servirait les objectifs de privatisation(voi

3) La pertinence de certaines innovations organisationnelles dans le système de soins

L'abandon de la carte sanitaire réclamée par la Fédération des hôpitaux privés (FHP) serait un instrument de creusement des inégalités, puisque disparaîtrait l'obligation formelle de mettre à disposition, à des distances raisonnables des structures publiques accessibles à tous, géographiquement et financièrement. Une gestion hospitalière efficace doit s'attacher à évaluer précisément les besoins en postes, en emplois et en formation et à dégager les moyens pour les financer, en respectant le principe de l'égalité entre les territoires. En ce sens, si les projets de régionalisation et de décentration des décisions peuvent revêtir certains aspects positifs dans l'optique d'une meilleure connaissance des besoins sur le plan local, leur application resterait dangereuse si une compensation systématique entre régions n'était pas garantie afin d'éviter l'aggravation des problèmes d'équipement et de personnels dans les régions les moins favorisées.

La crise économique et la réduction des dépenses publiques ont, depuis la fin des années 1980, incité les États européens à se désengager progressivement du secteur de la santé en expérimentant des techniques marchandes et non marchandes. Cette logique politique est condamnable. En effet, la maîtrise comptable des dépenses de santé, initiée par les pouvoirs publics, place le médecin dans une position criminelle de ne pas pouvoir répondre à une demande sanitaire vitale⁵⁰. La seule finalité d'une politique de santé est d'assurer à tous les citoyens un accès aux services de soins. Les exemples britanniques et néerlandais ont montré que l'introduction de la loi du marché s'est traduite par une aggravation des inégalités.

En France, les pouvoirs publics ont clairement privilégié une politique de réduction de l'offre et de responsabilisation de la demande, mais ont négligé une réforme organisationnelle tant attendue. Il paraît, en effet, nécessaire d'apporter des solutions aux dysfonctionnements du système de soins. Quelques pistes peuvent être explorées : le développement de la prévention, la réaffirmation du rôle pivot du médecin généraliste, l'amélioration de l'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus démunies.

Dans les faits des formules nouvelles ont été expérimentées par les acteurs eux mêmes, elles ont pour objectif de pallier les dysfonctionnements actuels du système de santé. Trois d'entre elles se dégagent nettement : les centres de santé, les réseaux ville-hôpital et les associations de soins à domicile. Ces quelques solutions constituent une alternative non marchande intéressante aux tentatives de privatisation de la santé avancées par le Medef.

Le développement des centres de santé

Les centres de santé sont gérés par des associations, des mutuelles, des congrégations ou encore des municipalités, ils sont près de 1 500 en France. Porteurs des mêmes idéaux que les dispensaires, ils ont pour objectifs de faciliter l'accès aux soins des populations modestes ou sans couverture sociale. De ce fait, ils occupent une place à part entre la médecine libérale et les hôpitaux. Ce sont des établissements de proximité, favorisant une prise en charge alternative à l'hospitalisation. Les centres de santé sont ouverts à tous (notamment les personnes les plus démunies) et sont donc en prise directe avec la population soignée. Leur souplesse leur assure une grande efficacité, notamment dans les soins aux malades atteints de pathologies chroniques et graves, pour les soins palliatifs, et les phases terminales.

Les besoins de santé de la population évoluent. Une étude récente⁵¹ a montré que 80 % de l'activité des centres de santé est constituée par les visites à domicile pour des malades aux pathologies variées (Alzheimer, maladies chroniques, dialyse, soins palliatifs pour des malades en phase terminale,...). Cette situation traduit en fait une évolution profonde de la prescription médicale des praticiens qui préfèrent les soins à domicile plutôt que les hospitalisations classiques. De plus en plus, les actes prescrits concernent du *nursing*, mais

⁵⁰ Christiane VOLLAIRE, « Les définitions du crime », *Pratiques*, n° 17, 2002, p. 26-30.

⁵¹ Yvonne COUDERT, Josette SAGOT, « Paramètres économiques et centres de santé », *Prévenir*, n° 37, 1999, p. 13-18.

également de l'accompagnement pour des malades en fin de vie (pose de cathéter, de sondes urinaires,...). Face à cette évolution des besoins sanitaires, la prise en charge des pathologies nécessite des formules nouvelles et plus souples.

Les Centres de santé ont connu, depuis la fin des années 1980, un développement important. Ils ont pallié les insuffisances du secteur sanitaire public, la remise en cause du rôle social de l'hôpital et de l'universalité de l'accès aux soins, dues aux politiques de restrictions budgétaires. Une étude, menée par le Conseil Économique et Social auprès d'une population en marge quelques années avant l'instauration de la Couverture maladie universelle, a montré que 8 % de celle-ci avait été refusée dans les services d'urgences pour des raisons uniquement financières. Les hôpitaux hésitent encore à soigner des patients non solvables par crainte de ne pouvoir recouvrer les sommes dues. Pour ces individus, le seul recours est d'avoir recours à des centres associatifs de soins gratuits⁵². Les centres de santé offrent donc des perspectives intéressantes pour pallier les dysfonctionnements actuels du système de santé.

Néanmoins, ces structures connaissent, actuellement, de graves problèmes de financement. La qualité des soins exige des investissements nombreux qui ne peuvent être couverts par l'activité. Ainsi, la demande est en progression, mais les ressources diminuent de façon croissante⁵³. Le problème principal repose sur la rémunération de l'activité des centres. Or, le paiement à l'acte n'est pas compatible avec la prestation fournie. Une visite à domicile, un acte de *nursing* ou d'accompagnement lourd ne correspondent pas à une visite traditionnelle chez un généraliste. Ils demandent plus de temps et nécessitent donc une revalorisation. Cette question est fondamentale, elle se pose pour toutes les nouvelles formes organisationnelles dans le système de santé.

Les réseaux ville-hôpital

Le concept de réseau fait l'objet, aujourd'hui, d'une littérature abondante dans le domaine de la santé. Le Medef, dans sa *nouvelle architecture de la Sécurité sociale*, propose « *la constitution de réseaux permettant une prise en charge globale et le chaînage des actes* ». La solution préconisée par le patronat repose sur la logique des réseaux de soins coordonnés⁵⁴. Cette logique, issue en partie des *HMO* américaines a montré ses limites en matière de limitation de la croissance des dépenses et de maintien de l'égalité de l'accès aux soins. Les réseaux ville-hôpital constituent une alternative non marchande et crédible à ces propositions.

Les réseaux ville-hôpital participent à l'élaboration d'un nouveau modèle sanitaire. Ils se sont développés au milieu des années 1980 après l'essor de la pandémie du sida. Leur souplesse leur a permis de s'adapter au caractère polymorphe et chronique de la pathologie qui touche une population jeune et active et dont l'évolution nécessite une actualisation des connaissances des praticiens et une circulation efficace de l'information. Le caractère militant de certains praticiens a accéléré la mise en œuvre de certains réseaux⁵⁵, notamment dans l'expérimentation des multithérapies. Les pouvoirs publics ont attendu 1991 pour encadrer ces structures. Depuis diverses circulaires régissent leur activité. Enfin, l'article 57 de la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé précise que les réseaux ont « *pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité de prise en charge sanitaire, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines pathologies ou activité sanitaire* ».

Le réseau ville-hôpital permet d'associer les médecines ambulatoire et hospitalière, les professions paramédicales et les travailleurs sociaux et assure une prise en charge cohérente d'une communauté de malades. Il développe des actions dans trois directions : la formation

⁵² J. LOEFFEL et alii, *Recours aux soins et morbidité des défavorisés, l'expérience de cinq centres associatifs de soins gratuits*, Paris, CREDES, 1990.

⁵³ Michel LIMOUSIN, « Coopérer concrètement », *Prévenir*, n° 37, 1999.

⁵⁴ Pierre GIRAUD, Robert LAUNOIS, *Les réseaux de soins, médecine de demain*, Paris, Economica, 1985.

⁵⁵ Didier FASSIN, « Les réseaux ville-hôpital, agitateurs depuis 1985, une approche localiste de la prise en charge des malades du sida », *Prévenir*, n° 27, 1994, p. 117-124.

des omnipraticiens, la circulation de l'information et une prise en charge globale du malade. Il soutient, en effet, la formation des professionnels de santé. Cette fonction est importante, notamment dans le cas de la pandémie du sida, puisqu'elle permet à des omnipraticiens de bénéficier d'une formation sur les nouvelles thérapies. Il accélère également la circulation de l'information entre ses membres. Dans cette perspective il assure le suivi thérapeutique et permet les expérimentations (les trithérapies et les multithérapies ont été expérimentées dans le cadre de réseaux). Enfin, il propose une prise en charge globale de la maladie en associant les professions médicales, paramédicales et sociales. Cette solution a le mérite de décloisonner le système de soins qui est, depuis les ordonnances de 1958, marqué par l'hospitalo-centrisme. Elle favorise la mise en œuvre de l'hospitalisation à domicile, mais son développement reste assez inégal selon les régions. Il semble donc important de mobiliser les acteurs du système de soins autour de cet objectif.

Le réseau reste une structure assez fragile, soumise à une stratégie d'influence de la part de certaines organisations syndicales et sur laquelle l'administration a assez peu d'emprise. Cette nouvelle forme organisationnelle constitue, en outre, une réappropriation collective de l'objet médical par les omnipraticiens⁵⁶. C'est en ce sens qu'il faut y voir une évolution du mode de régulation. En effet, les réseaux ville-hôpital permettent un dépassement de la structure traditionnelle de l'offre de soins et favorisent l'élaboration d'un nouveau mode de régulation⁵⁷. La circulation de l'information s'inscrit pleinement dans la thèse de la révolution informationnelle⁵⁸ et prend appui sur le partage des coûts de recherche. Elle favorise donc l'émergence d'une logique non marchande dans la mesure où les coûts sont partagés par les producteurs de soins et les utilisateurs de l'information.

Néanmoins, les réseaux ville-hôpital ne pourront se développer que dans le cadre d'un dépassement du mode de rémunération actuelle (paiement à l'acte curatif) et l'élaboration de solutions nouvelles (capitation, forfaitisation, paiement à l'acte préventif, salariat à temps partiel)⁵⁹. Mais une telle transformation repose avant tout sur une évolution de la mentalité d'une partie du corps médical qui refuse toujours une réforme du mode de rémunération. Le changement de pratique initié par le travail en réseau constitue un moyen efficace pour accélérer la transition d'un système de distribution de soins à un système de santé⁶⁰.

Les associations

Les structures associatives sont à la frontière des systèmes de santé et d'aide aux personnes âgées. Elles proposent de nombreux services (aide sanitaire à domicile, aide aux personnes âgées, participation aux programmes de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, hospitalisation à domicile,...) et constituent un élément indispensable au développement des services de proximité. Elles s'inscrivent plus largement dans la perspective de l'économie solidaire. Depuis le début des années 1990, les pouvoirs publics ont opté pour un double rapprochement avec les associations : la sous-traitance et le partenariat. La première solution consiste à donner à une association la gestion totale d'un service public afin d'en assurer une plus grande flexibilité. Le partenariat permet à l'État de laisser une liberté d'initiatives aux associations, favorisant ainsi leur efficacité⁶¹.

⁵⁶ Elisabeth JACOB, « Les réseaux ville-hôpital : instruments de recomposition du système de prise en charge ou outils de requalification professionnelle », *Prévenir*, n° 32, 1997, p. 189-202.

⁵⁷ Jean-Paul DOMIN, « Les réseaux ville-hôpital : vers un nouveau mode de régulation en santé publique », *Gestions hospitalières*, n° 417, juin-juillet 2002, p. 449-456.

⁵⁸ Paul BOCCARA, « Révolution informationnelle et début possible d'un nouveau type de régulation dans un système mixte ouvert », *Mondes en développement*, tome XX, n° 79-80, 1992, p. 125-132.

⁵⁹ Patrice MULLER, « La profession médicale au tournant », *Esprit*, n° 229, 1997, p. 34-42.

⁶⁰ Didier MENARD, « Les réseaux de santé et la CNAM, une relation conflictuelle », *Pratiques*, n° 17, 2002, p. 38-40.

⁶¹ Isabelle BUTTE-GERARDIN, *L'économie des services de proximité aux personnes, le cas du soutien à domicile aux personnes âgées*, Paris, L'Harmattan, 1999.

Le rapprochement entre les pouvoirs publics et les associations entraîne des transformations dans le secteur. Certaines structures deviennent des quasi-administrations et sont amenées à développer des compétences particulières. Elles s'adaptent à l'évolution de la demande sanitaire et sociale en développant des services de plus en plus diversifiés (livraisons de repas, téléalarme, accompagnement des personnes en fin de vie,...). Cette logique de diversification est fondamentale et s'intègre parfaitement aux nouvelles formes organisationnelles en santé publique (réseaux ville-hôpital). Elle doit également être accompagnée d'un agrément des services permettant un encadrement de la concurrence et la réalisation d'un niveau de qualité suffisant pour les prestations.

Depuis 1992, ces associations emploient un nombre croissant de salariés. À cette date 120 000 personnes (75 000 en équivalent temps plein) sont employées dans ces structures. En 1996, elles sont 215 000 (soit un équivalent temps plein de 100 000)⁶². Mais la progression de cette prise en charge est freinée pour des raisons financières. Il apparaît donc nécessaire d'opérer une solvabilisation de la demande. Mais, le débat sur cette question est pour l'instant au point mort. Néanmoins, face au vieillissement de la population, la prise en charge à domicile est une solution utile, plus souple, plus humaine et vraisemblablement moins coûteuse que les hospitalisations de longue durée.

Depuis la fin des années 1980, les effets combinés du désengagement de l'État et de l'émergence de nouveaux types de pathologies (sida, maladies chroniques, pathologies liées au vieillissement de la population,...) ont incité les acteurs à expérimenter de nouvelles formes organisationnelles, plus souples et facilitant une meilleure prise en charge des malades. Mais il existe encore de nombreux freins à leur développement (insuffisance de la solvabilisation de la demande de soins, hésitations des pouvoirs publics, inefficacité du mode de rémunération des praticiens,...). Il est temps qu'un débat ait lieu sur cette question.

- 4) Une refonte de progrès et d'efficacité du financement du système de santé pour faire face aux nouveaux besoins de santé

La question de la maîtrise des dépenses ne peut être résolue par le bas, en s'attachant à la seule notion comptable. La réponse aux nouveaux besoins en emplois, en formation des personnels, la réorientation de ce système vers la prévention et la lutte contre les inégalités sociales de santé impliquent de sortir du rationnement comptable afin d'élaborer les mécanismes qui permettraient une véritable régulation médicalisée. Une réforme de fond du financement est alors incontournable.

Concernant le débat cotisation/fiscalisation, la position qui doit être défendue est celle d'une refonte du financement qui appellerait à contribution dans l'entreprise en fonction de la richesse produite. Une assiette de ce type effacerait les antagonismes, qui vont du " tout cotisation " au " tout CSG ", ce que souhaite en réalité le Medef. Quand l'organisme patronal parle de cotisations à l'assurance-maladie, il faut comprendre que ces cotisations concerneraient les couvertures mutualistes ou les primes d'assurance-groupe qui seraient collectées dans l'entreprise pour les complémentaires santé, si son projet aboutissait.

En outre, ce n'est pas tant la fiscalisation en elle-même qui pose problème, mais son aspect soi-disant équitable. L'objectif affiché de la CSG de faire participer tous les types de revenus s'est révélé au bout du compte être un " leurre " : actuellement, 85 % de la collecte de la CSG vient du travail (salarié ou non). Il suffit de comparer au partage de la VA dans le comptes nationaux (58% pour le travail, 42% pour l'EBE des entreprises en 2001) pour se convaincre de l'inéquité de la CGS. La fiscalisation, à supposer qu'elle puisse s'appliquer équitablement, pousse de toute façon à l'étatisation du système, et ceci rejoint le départ de

⁶² Christel ALIAGA, Murielle MONROSE, « L'aide et les soins à domicile », *Solidarité santé*, n° 2-3, 1998, p. 171-151.

notre réflexion : éviter la scission entre un étage fiscalisé, minimalisé, étatisé et d'autres étages privatisées, que le financement de ces derniers s'effectue à travers des cotisations mutualistes ou des primes d'assurance.

Le Medef et les forces libérales projettent donc la fiscalisation complète de ce qui resterait du système de santé socialisé. Celle-ci, on le sait, institutionnaliserait un système de santé à deux vitesses : « panier de soins » à un bout et montée de l'assurance privée à l'autre bout. Ainsi, l'extension de la fiscalisation, loin d'être un remède à la crise du financement, tend-elle à désengager complètement les entreprises du financement des dépenses de santé et donc à limiter les moyens de son financement.

Nous proposons au contraire de restaurer et développer un financement solidaire et efficace du système de santé. Ceci impliquerait en premier lieu de reprendre la discussion sur une réforme de progrès de l'assiette des cotisations patronales. Contrairement à ce qui est souvent affirmé, le principe de lier le financement à l'entreprise, lieu où se créent les richesses, doit être gardé. Toutefois, le mode de répartition de l'assiette actuelle n'est pas satisfaisant. En effet, plus une entreprise embauche et accroît les salaires, plus elle est appelée à contribution et, à l'inverse, plus une entreprise licencie et économise sur les salaires tout en misant sur les placements financiers, moins elle paie de cotisations. Une contribution calculée à partir du **ratio masse salariale / valeur ajoutée** permettrait d'annuler ces effets pervers, de telle sorte que les entreprises qui développent l'emploi et les salaires seraient assujetties à un taux de cotisation plus bas. Ceci favoriserait une croissance efficace de la masse salariale et donc les rentrées de cotisations. Inversement, les entreprises qui économisent excessivement sur l'emploi et les salaires seraient assujetties à des taux de cotisation plus élevés, l'objectif étant d'agir à la racine pour mettre un terme à la fuite en avant dans les licenciements.

Quant aux objections faites à l'application d'un ratio masse salariale / valeur ajoutée, au prétexte que celui-ci pénaliserait les entreprises performantes, les différentes formes de modulation envisageables pour ce ratio viennent les lever. On peut ainsi imaginer des ratios établis secteur par secteur ou la prise en compte de l'évolution de ce ratio entreprise par entreprise. Dans ce dernier cas, l'entreprise serait directement sanctionnée dans le cas d'une évolution défavorable à l'emploi, mais dans le cas contraire celle-ci bénéficierait de cotisations allégées.

Cette proposition de réforme constitue une alternative viable au démantèlement de la protection sociale projeté par le Medef et les forces libérales, comme à la politique de contrainte comptable du « social-libéralisme » inspiré du *workfare* anglo-saxon ou encore aux réformes drastiques menées depuis 1990 aux Pays-Bas. Toutes ces voies aboutiront à une protection sociale « résiduelle » incompatible avec les nouveaux risques sociaux. Une réforme de progrès et d'efficacité du système de santé viserait, au contraire, à enclencher, à partir d'une réponse aux nouveaux besoins sociaux, un nouveau type de croissance centré sur des emplois efficaces, sur le développement des salaires, de la qualification, de la formation et des ressources humaines (en relation avec la réduction du temps de travail, elle-même couplée avec des créations d'emploi, de formation, etc.).

En 1945 en France, les forces de progrès ont permis d'élaborer le système de Sécurité sociale, il s'agit aujourd'hui, face à la crise systémique en cours et au projet libéral, d'aller au-delà du simple « plein emploi » souhaité par Keynes et Beveridge et d'œuvrer pour sortir de l'insécurité sociale liée au chômage et à la précarité afin de construire un nouveau système visant la sécurité d'emploi et de formation.

Au-delà de la seule question du système de soins en France, montent les enjeux européens et mondiaux, comme l'ont montré les batailles autour de la mondialisation libérale

et de l'OMC. La santé ne peut être traitée comme une marchandise car ceci remettrait en cause les systèmes de santé socialisés. Il s'agirait tout au contraire de faire monter des convergences de progrès, en s'enrichissant mutuellement des enseignements positifs de certaines expériences étrangères. Mais, bien plus radicalement, les enjeux actuels de lutte contre la mondialisation libérale et pour une autre mondialisation appellent des rapprochements et des la convergence des actions. Ils impliquent la créativité et la concertation de toutes les forces de résistance et de construction alternative des salariés, des populations, des acteurs sociaux, au niveau des entreprises, des localités, des départements, des régions, jusqu'au niveau national, comme au niveau de la réorientation de la construction européenne et au niveau mondial.

ANNEXE

Les plans de réforme depuis le début des années 1990

Un objectif permanent de maîtrise comptable des dépenses

Dans le *Plan Veil de 1993*, les économies sur la dépense de santé remboursable vont poursuivre celles du plan Séguin de 1986. Elles ont consisté principalement à augmenter de 5 points le ticket modérateur pour les dépenses de ville et à accroître le forfait hospitalier créé en 1982. Le plan Veil a aussi accéléré le déremboursement de médicaments, qui consiste à les rayer simplement de la liste des médicaments remboursables, élément de maîtrise comptable largement utilisé par tous les plans de réforme depuis le plan Séguin de 1986. Dans cette même logique d'économies, le Plan Veil appliquait aux hôpitaux publics une réduction des taux directeurs des dotations globales de financement.

Le Plan Juppé de 1995 va accélérer les mesures comptables. Il est décidé que le Parlement, dans le cadre de la Loi de financement de la Sécurité sociale, définira chaque année l'ONDAM (objectif national de dépense d'assurance maladie), consistant à fixer un taux directeur de l'évolution des dépenses de santé, objectif décliné ensuite au niveau régional. Chaque poste de la dépenses de soins et de biens médicaux fera ainsi l'objet d'un objectif national quantifié (ONQ) : l'hôpital, la médecine de ville et les médicaments et autres biens médicaux. La dotation globale hospitalière ne devra pas s'accroître de plus de 1,1% en 1996 et de 2,1% en 1997 et la contrainte drastique sur les dépenses pour l'hôpital public instaurée ainsi par le plan Juppé s'est, à quelques nuances près, poursuivie depuis.

Le rationnement comptable concernant la médecine de ville va poser de sérieux problèmes tout au long des plans de réforme. Le plan Juppé crée les références médicales opposables (RMO), supposées fixer les normes des coûts de traitement selon la pathologie, mais les médecins libéraux vont en contester autant l'opposabilité que la validité opératoire. Un objectif national quantifié de la médecine de ville, fixé annuellement depuis le plan Juppé, prévoyait à l'origine des mécanismes de sanction pour les médecins. Mais les contradictions et les limites du plan Juppé vont rapidement se révéler : le taux de croissance des dépenses de médecine de ville ralentit nettement en 1996 (1,5% en valeur), mais la hausse reprend en 1997, 2,3%, atteint 3,7% en 1998 et dépasse 5% en 2000.

Le Plan Juppé créait également une contribution exceptionnelle de l'industrie pharmaceutique, nouvelle forme de prélèvement qui devait rapporter 2,5 milliards de francs en 1996. Mais, sur l'ensemble des mesures d'économie prévues ou de prélèvements supplémentaires, représentant au total près de 55 milliards de francs pour 1996, 50 milliards provenaient en réalité de prélèvements sur les salaires et les revenus de remplacement et 5 milliards seulement de l'industrie pharmaceutique, les médecins et les entreprises. On était donc bien aux antipodes d'un « partage » de l'effort pour retrouver l'équilibre des comptes fondé sur le concept d'équité censé inspirer les réformes du système de protection sociale.

Le Plan Aubry ne va pas amener de rupture avec la philosophie et les dispositions du plan Juppé, ni avec ses principes d'économie comptable. Certes, dans le cadre des débats à l'Assemblée nationale concernant les lois de financement de la Sécurité sociale de 1997 à 2000, c'est une politique de santé au service des populations qui est annoncée. La concertation et la participation des acteurs – professionnels de santé et usagers – est invoquée pour mieux définir les priorités, mais la règle continuera d'être la restructuration du système hospitalier au nom de la qualité des soins et la réduction des dépenses dans tous les domaines. Le mot d'ordre est devenu de mieux soigner au moindre coût, sans relever les éventuelles contradictions dans cette conjonction des objectifs d'efficacité et d'économies.

La contrainte budgétaire sur les dépenses de santé va donc être maintenue dans le Plan Aubry. Le taux directeur d'augmentation sera fixé à 2,2% en valeur pour 1998, 2% en 1999 et 2,5% pour 2000, soit des hausses en volume de l'ordre de 1%, malgré la croissance assez soutenue lors de ces trois années. Ces taux directeurs seront en définitive dépassés, aussi bien pour l'hôpital que la médecine de ville et, surtout pour les médicaments. En 2000, la CSBM a crû de 5,5% en valeur et de 4,5% en volume, et, en 2001, respectivement de 5,8% et 5,2%. Ce sont les postes médicaments et bien médicaux qui ont le plus contribué à cette croissance : concernant les médicaments, la croissance en valeur s'est élevée à 9,5% en 2000 et à 8,3% en 2001.

Les tarifs des honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux vont devenir une variable d'ajustement essentielle lors du ministère de Martine Aubry, si bien que leur fixation à travers les conventions médicales s'est révélé un enjeu majeur. En 1997, les négociations n'ayant pas abouti, les barèmes de revalorisation des actes seront fixés par décret. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 prévoyait de confier aux Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) un « objectif de dépenses déléguées » pour le contrôle des dépenses de soins de ville. Ce projet de création d'Agences régionales de santé qui coifferaient les Agences régionales d'hospitalisation et contrôleraient également les dépenses de ville reste une préoccupation affichée par Jean-François Mattéi.

La loi de financement pour 2000 a également développé les contrats de « bon usage des soins » et les « contrats de bonne pratique » définis par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et annexés aux conventions médicales, en poursuivant ainsi la logique des références médicales opposables. Les médecins libéraux sont désormais suivis par un relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP), suffisamment opérationnel pour les mettre, en quelque sorte, en « liberté surveillée ». Le montant de leurs actes et de leurs prescriptions remboursables pouvant être immédiatement connu, le RIAP constitue un moyen évident de les incliner à « l'autodiscipline ».

Si la maîtrise comptable des dépenses concernant la médecine libérale s'est avérée complexe et source de tensions, elle s'est en revanche exercée directement sur les auxiliaires médicaux, les infirmières notamment, avec la fixation de quotas annuels, mais aussi sur certains spécialistes, radiologues notamment, pour lesquels des références médicales opposables se sont concrètement appliquées. Cette pression sur les honoraires, sur la liberté et les moyens de prescrire, à partir d'une enveloppe globale limitée, et du *numerus clausus* pour les médecins, découragent les vocations et engendrent un véritable malaise des professionnels de santé. Le refus de répondre aux revendications, tant du personnel hospitalier que des personnels exerçant en soins de ville, a sans conteste joué défavorablement contre la gauche lors des élections de 2002, celle-ci s'étant montré incapable de rompre avec la politique de contrainte budgétaire déclenchée par le plan Juppé.

Les réformes structurelles

Le plan Veil affirmait vouloir mettre en place une maîtrise médicalisée des dépenses en accord avec les médecins (mesure dont on attendait 10 milliards de francs d'économies), mais ceci n'a pas fonctionné en raison de l'impossibilité d'aboutir à une convention médicale suffisamment adaptée et acceptée par les acteurs.

Le plan Juppé va nécessiter une réforme de la Constitution afin d'autoriser le Parlement à se prononcer, chaque année, sur l'évolution des dépenses de protection sociale dans le cadre de la Loi de financement de la sécurité sociale. Cette redistribution des rôles respectifs de l'État et des caisses d'assurance-maladie, censée se faire au nom de la démocratie, a surtout renforcé la centralisation du système de santé et facilité les mesures de rationnement des dépenses. C'est le gouvernement qui fixe en conseil des ministres les objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie. Le Parlement se cantonne dans le rôle

d'une simple chambre d'enregistrement et fournit l'alibi pour justifier l'étatisation du contrôle des dépenses de santé..

Les réformes du fonctionnement et de l'organisation des caisses inscrites dans le *plan Juppé* ont institutionnalisé la désignation des administrateurs. L'élargissement des conseils d'administration des caisses nationales de Sécurité Sociale à de multiples experts s'est faite au détriment de la participation d'acteurs sociaux à la gestion, alors que ceux-ci sont plus sensibles aux besoins réels des populations. La création d'un conseil de surveillance chargé de surveiller l'application de la réforme, composé de parlementaires et de personnalités qualifiées choisies pour leur attachement au plan Juppé, est allé dans le même sens. La contractualisation des rapports entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance-maladie (CNAM), qui était censée clarifier les responsabilités et mieux définir les objectifs et les moyens, a surtout servi la volonté de renforcer la distinction entre contributif et non-contributif qui s'est traduite, à terme, par l'augmentation de la CSG dans le financement.

Le contrôle étatique et technocratique des dépenses d'assurance-maladie va aussi se renforcer à partir du *plan Juppé*, par la modification de la composition des conseils d'administration des hôpitaux publics. C'est ainsi que les maires ne seront plus présidents de droit des hôpitaux publics installés sur leurs communes et que les directeurs des grands hôpitaux publics se verront nommés par le gouvernement en Conseil des ministres, façon non déguisée d'installer à la tête des hôpitaux des alliés de la politique de contrainte budgétaire.

Les objectifs du *plan Juppé* concernant la réforme de la gestion de l'hôpital public, se sont traduits par la création des Agences régionales d'hospitalisation (ARH). Leur mission va consister à répartir les enveloppes allouées au plan régional. Ces agences vont ainsi devenir les instruments de l'exercice de la contrainte budgétaire. Le gouvernement fixe une enveloppe globale nationale votée ensuite par le Parlement, puis les ARH, région par région, effectuent une répartition des moyens entre établissements hospitaliers. Elles interviennent du même coup, dans les restructurations, en décidant des rapprochements ou fusions entre hôpitaux comme pour les fermetures. L'argument majeur a consisté à opposer qualité et proximité, en présentant la spécialisation des structures hospitalières comme une nécessité au nom de l'efficacité et de la sécurité. Mais cette argumentation a permis d'avancer comme indispensable la fermeture de structures de proximité, particulièrement des maternités et des services d'urgence au prétexte qu'ils n'étaient pas suffisamment sûrs, en déguisant l'objectif comptable de limiter l'offre de soins qui était la priorité réelle.

Les ARH répartissent les financements entre les structures hospitalières (publiques et privées⁶³) sur la base de *contrats d'objectifs et de moyens* reposant sur des indicateurs d'efficacité de la dépense. Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a importé des Etats-Unis la méthode des groupes homogènes de malades (GHM). Ce système de classement, à partir des statistiques établies grâce aux données recueillies dans les hôpitaux, est censé définir un coût moyen par pathologie. L'activité des hôpitaux, évaluée en fonction de l'attribution d'indices synthétiques d'activité (les points ISA), et la comparaison de leurs coûts relatifs déterminent la révision annuelle de la dotation par établissement. Cette méthode revient pénaliser les établissements jugés trop coûteux et, en principe, à relever la dotation des établissements dont le coût apparaît « performant », selon la logique de « l'hôpital entreprise ».

D'autres objectifs du *plan Juppé*, comme la coordination entre l'hospitalisation publique et privée, auraient pu contribuer à l'efficacité du système de soins, en fournissant un outil de régulation et de complémentarité ; en réalité, cela constitue aussi un moyen pour les hôpitaux publics surchargés de ventiler les clients rentables vers les établissements privés.

⁶³ Il faut distinguer dans les structures hospitalières privées, un secteur non-lucratif ou privé de service public hospitalier (PSPH), qui est directement sous l'autorité des ARH, et un secteur dit lucratif.