LENTE DÉGRADATION DE L'ASSURANCE-MALADIE FRANÇAISE

D'autres pistes pour la santé publique

Des dépassements d'honoraires qui atteignent des sommets dans certaines régions, un désert médical qui gagne du terrain dans les zones rurales ou les quartiers pauvres… En France, la santé est en péril. M. François Hollande a promis des changements, tout en prônant une « nouvelle rationalisation » des dépenses. Après quarante ans d'érosion continue du système de soins, la ministre Marisol Touraine osera-t-elle la rupture ?

PAR FRÉDÉRIC PIERRU, ANDRÉ GRIMALDI ET LAURENT SEDEL *

LE système de santé français s'est construit sur une tension qui, désormais, le menace. En effet, la Sécurité sociale a permis de mutualiser plus de trois quarts des dépenses de soins grâce aux cotisations, alors que l'offre a toujours comporté une composante privée importante. Le corps médical n'ayant jamais vraiment accepté le principe des assurances sociales, la charte libérale de 1927 a gravé dans le marbre cinq principes fondamentaux : liberté de choix du médecin, respect du secret professionnel, liberté de prescription et d'installation, contrôle des malades par les caisses et des médecins par leurs syndicats, libre entente ou liberté pour le médecin de fixer le montant des honoraires qu'il réclame à son patient. Il fallut attendre 1971 pour que, au terme de conflits homériques, les syndicats de médecins libéraux acceptent d'abandonner le principe de la libre entente sur les honoraires au profit d'une convention nationale signée entre eux et l'assurance-maladie. Les médecins libéraux se considèrent néanmoins davantage comme des artisans indépendants que comme des acteurs du service public de la médecine de proximité. De même, le mouvement mutualiste, après avoir longtemps campé sur ses positions, a accepté dans les années 1950 le rôle qui lui incombe : couvrir le ticket modérateur de 20 % laissé à la charge des assurés sociaux.

En 1980, la Sécurité sociale est à son apogée. Les assurés voient enfin leurs frais pris en charge à hauteur de 80 %, tandis que l'hôpital public bénéficie, depuis les années 1970, d'investissements importants en équipements et en salaires. Il en résulte un formidable essor qui améliore les conditions d'accueil des malades et l'efficacité des traitements.

Ce progrès a cependant un coût : les dépenses augmentent rapidement, au moment même où la France entre dans la crise. Dès la seconde moitié des années 1970, des inspecteurs des finances, en lien avec le cabinet du premier ministre Raymond Barre, avaient élaboré deux scénarios. L'un consistait à instaurer, sur le modèle allemand (déjà !), une contrainte budgétaire pour l'ensemble du système de santé : la progression de l'enveloppe allouée ne devrait pas dépasser le taux de croissance du produit intérieur brut (PIB), de façon à stabiliser la part des dépenses dans la richesse nationale. L'autre scénario, imaginé à la fin des années 1970 par les inspecteurs des finances Simon Nora et Jean-Charles Naouri, suggérait de rembourser le « petit risque », qui serait couvert par les assurances complémentaires, tandis que l'assurance-maladie obligatoire se concentrerait sur le « gros risque ». Pourtant, des experts signalent qu'un petit risque mal soigné, ou pas du tout, a de fortes chances de devenir un « gros risque » très coûteux. Le père de la Sécurité sociale, Pierre Laroque, juge, lors des Etats généraux de 1987, que ce partage est contraire au principe d'universalité inspirant le système français. Abandonnée, l'option va réapparaître au tournant du siècle… sous couvert de la sauvegarde de l'assurance-maladie.

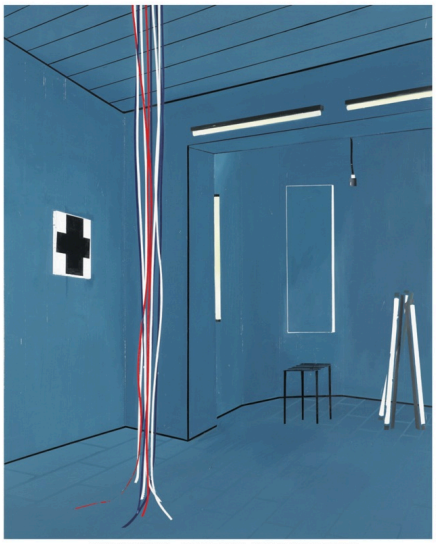
Patients sous pression

DÈS la fin des années 1980, les gouvernements de gauche puis de droite vont s'employer à imposer une « enveloppe globale », sur le modèle du premier scénario. En 1983, la dotation globale pour les hôpitaux remplace le prix de journée. Avec celui-ci, les établissements avaient économiquement intérêt à retenir le plus longtemps possible les patients afin de multiplier les journées ; avec la dotation globale, ils reçoivent une enveloppe budgétaire fermée et théoriquement contraignante (1) qui les incite à limiter la durée de séjour. De fait, la part des dépenses hospitalières diminue fortement dans les dépenses de soins à compter de la seconde moitié des années 1980. Mais ce succès reste partiel, car les composantes privées – cliniques, médecine libérale – opposent une résistance farouche à ce qu'elles dénoncent comme relevant d'une « maîtrise comptable ». Les syndicats de médecins libéraux les plus virulents refusent toute contrainte budgétaire a priori. C'est aussi vrai dans le secteur hospitalier, où maires, praticiens et syndicats s'efforcent d'atténuer la rigueur affichée des dotations globales.

Tous entrent en guerre contre le plan Juppé de 1995, qui crée l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam), voté dans le cadre du nouveau projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Il s'agit de faire reposer la maîtrise des dépenses sur les médecins, et non sur les seuls patients. Le courroux se manifestera d'abord dans les urnes, lors des élections législatives de 1997, ce qui contribuera à faire gagner la gauche. Puis les syndicats entameront une bataille juridique et obtiendront l'annulation de tous les dispositifs collectifs et individuels de sanction en cas de dépassement de l'Ondam. Celui-ci devient un simple curseur politique censé indiquer le degré de détermination gouvernementale à maîtriser les dépenses. Il sera toujours dépassé (sauf en 1997), et le gouvernement de la gauche plurielle garantira une partie importante des recettes de l'assurance-maladie par l'impôt, en créant la contribution sociale généralisée (CSG).

Cet échec amènera le tournant néolibéral de la politique de santé. La droite, qui revient au pouvoir en 2002, a promis aux médecins qu'il *« n'y aurait plus de trahison* (2) *»*. Désormais, seuls les assurés sociaux supporteront le fardeau de la « maîtrise » des dépenses de santé, au nom de leur nécessaire « responsabilisation » et de la lutte contre les « abus » et les fraudes. En revanche, celles liées aux prélèvement sociaux – dont les montants se situeraient entre 13,5 et 15,8 milliards d'euros par an, selon l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (3) – ou aux bénéfices annuels à deux chiffres de l'industrie pharmaceutique ne seront guère mis en cause.

Le tout nouveau Mouvement des entreprises de France (Medef), ancien Conseil national du patronat français (CNPF), désormais dominé par son aile bancaire et assurantielle, pousse dans cette direction : les 171 milliards d'euros de l'assurance-maladie aiguisent les appétits. MM. Claude Bébéar, Denis Kessler et François Ewald rivalisent d'ingéniosité pour élaborer des projets dans lesquels les assureurs, et plus généralement les complémentaires, disposeraient d'une place accrue. Ils sont bientôt rejoints par d'anciens socialistes, tel M. Gilles Johanet, qui, après avoir officié dans plusieurs cabinets ministériels, s'est recasé chez AGF (devenu Allianz) et propose en 2006 une assurance-maladie complémentaire très haut de gamme pour « cadres de haut niveau » – une « Sécu pour les riches ». Ils obtiennent gain de cause avec la réforme de l'assurance-maladie de 2004. Celle-ci les associe officiellement à la gestion du régime général, au même titre que les partenaires sociaux, qui ne rendent plus qu'un avis consultatif sur les décisions du directeur général.



ATASSI FARAH. – « Bathroom II » (Salle de bains II), 2010

GALERIE XIPPAS

En effet, le véritable patron est désormais le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance-maladie, un haut fonctionnaire nommé en conseil des ministres. On redécouvre les « vertus » du projet Nora-Naouri : de franchises en hausse de forfaits en passant par les vagues de déremboursements, le taux de prise en charge des soins courants tombe à 50 % en 2011 (4). Les assureurs, les instituts de prévoyance et les mutuelles – contraintes de s'aligner sur les compagnies privées en raison du démantèlement du code de la mutualité sous la houlette de l'Union européenne – sont appelés à couvrir le « petit risque », c'est-à-dire les soins hors hospitalisation et hors affections de longue durée (ALD).

Dans le même temps, ce que l'on peut appeler l'« Etat sanitaire » se renforce. Hier nain administratif et politique, il connaît, au niveau national, un afflux exceptionnel de moyens matériels et humains comme de capacités d'expertise. La maîtrise des dépenses ainsi que la multiplication des scandales de santé publique à partir de l'affaire du sang contaminé (1991) conduisent les responsables politiques à se doter d'une administration plus étoffée. Lorsque survient l'épidémie de sida-VIH, au début des années 1980, seules deux personnes s'occupent, dans un bureau de la direction générale de la santé, des maladies infectieuses ou transmissibles que les médecins et biologistes signalent à l'administration de la santé (maladies à déclaration obligatoire) ; en 2007, la surveillance épidémiologique de la population est assurée par l'Institut de veille sanitaire (INVS), qui emploie près de trois cent quatre-vingts personnes (5). Les maigres services déconcentrés de l'Etat (partie « santé » des directions départementales et régionales des affaires sanitaires et sociales, agences régionales de l'hospitalisation) et les services régionaux de l'assurance-maladie sont fusionnés, en 2010, au sein des agences régionales de santé (ARS). De nouveaux instruments d'action publique sont déployés, comme la « contractualisation » en cascade : tous les échelons de l'administration sanitaire sont liés les uns aux autres par des contrats pluriannuels qui déclinent les objectifs et les moyens alloués, dessinant ainsi une chaîne hiérarchique très « nouvelle gestion publique ». Bref, l'Etat sanitaire n'a jamais été aussi fort, au moins au niveau national (6). Est-ce à dire que l'on assiste à une dynamique inverse à celle qui démantèle l'Etat social d'après-guerre (7) ?

En se renforçant, l'Etat sanitaire, conformément aux préceptes du « nouveau management public » désormais en vogue dans tous les pays développés, a changé de nature. Le lancement de la révision générale des politiques publiques, en 2007, dans le sillage de l'élection de M. Nicolas Sarkozy, a consacré la dynamique enclenchée par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), laquelle, votée en 2001, sous le gouvernement de M. Lionel Jospin, réforme la gestion des finances publiques. En matière de financement et d'offre de soins, l'Etat délègue à des opérateurs publics et privés en concurrence des missions relevant traditionnellement du service public. Nous sommes entrés dans l'ère de l'« Etat-providence délégué » *(delegated welfare state)*, mécanisme bien connu aux Etats-Unis : il s'agit de *« transférer la gestion des fonds publics destinés aux prestations sociales à des acteurs non étatiques. Plutôt que de mettre en place des agences et des administrations publiques pour atteindre un certain nombre d'objectifs, comme la distribution de prestations sociales ou la fourniture de services publics, les objectifs collectifs sont atteints au moyen d'entités privées qui peuvent être aussi bien à but lucratif que non lucratif* (8) *»*.

La coalition libérale qui avait combattu, en 1945-1950, l'édification de la Sécurité sociale prend sa revanche. Les assurances-maladie complémentaires lorgnent sur la prise en charge du « petit risque », rentable. Engagée dans une révolution conservatrice, la médecine libérale souhaite en revenir à l'application intégrale des principes de 1927, notamment la liberté de fixer les honoraires ; les chaînes de cliniques ont même récemment proposé de gérer les hôpitaux publics déficitaires (9). La pratique des dépassements se banalise et leurs montants explosent.

Vers une prise en charge à 100 %

EN 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST) pulvérise, en le rétrécissant, le service public hospitalier en une liste très limitative de quatorze missions qui peuvent être allouées discrétionnairement aux établissements publics et privés, tandis que la tarification à l'activité et la convergence des tarifs public-privé font plonger dans le rouge les comptes des établissements publics, justifiant ainsi les suppressions de postes. De plus, les coûts politiques de la réorganisation de la médecine de ville (négociation des tarifs, conventionnement sélectif des médecins selon des critères de « performance » et de « qualité », etc.), face à des syndicats médicaux sourcilleux, sont peu à peu transférés aux assurances complémentaires, qui la financent de plus en plus. C'est à l'assuré social, sommé de devenir un consommateur avisé, de faire le bon choix en matière de contrats d'assurance ou de structures hospitalières, ou à l'individu, promu « gestionnaire de son capital santé », d'adopter des comportements « sains ».

Surtout, les réformes induisent un rationnement individualisé des soins, qui devient politiquement invisible parce qu'il est assuré au quotidien par des pratiques médicales enserrées dans un carcan de contraintes budgétaires, de protocoles et de normes (10). Autrement dit, l'« Etat-providence délégué » permet un grand transfert de risques vers les médecins, sommés de rationner les soins, et vers les patients-consommateurs, rendus responsables de leur sort. La stratégie de la délégation vise également à montrer aux « marchés » et aux institutions européennes la détermination du gouvernement à limiter les dépenses publiques de santé, espérant ainsi sauvegarder le sacro-saint triple A. En vain.

Pour refermer cette parenthèse néolibérale, il faudrait mettre fin à la dilution des quatre services publics-clés de la santé : Sécurité sociale, médecine de proximité, hôpital et, enfin, sécurité sanitaire et prévention collective. Il est nécessaire de revenir à un taux de remboursement de 80 % des dépenses de soins par la Sécurité sociale. On peut même, à terme, envisager la suppression complète des assurances-maladie complémentaires, avec un taux de prise en charge publique de 100 %. A condition toutefois de mieux rémunérer les actes en fonction de leur pertinence, de leur utilité et de leur qualité, ce qui est loin d'être la règle, et de revoir le périmètre des soins et actes couverts selon le principe de l'évaluation coût-utilité.

La Sécurité sociale, c'est-à-dire l'argent des assurés sociaux, n'a pas vocation à étoffer les revenus et les profits des professionnels et de l'industrie sans contrepartie pour la santé de la population. Quitte à s'inspirer du « modèle allemand », autant regarder ce qui marche : le régime local d'Alsace-Moselle, calqué sur l'assurance-maladie allemande, rembourse mieux que le régime général, pour un coût légèrement supérieur, et dégage même un excédent financier…

* Respectivement politiste et sociologue, chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS - Ceraps - Lille-II), coauteur de *L'Hôpital en réanimation*, Editions du Croquant, Bellecombe-en-Bauges, 2011 ; professeur de diabétologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, auteur de *L'Hôpital malade de la rentabilité*, Fayard, Paris, 2009 ; chirurgien hospitalier, ancien directeur de recherche au CNRS, auteur d'*Il faut sauver les malades !*, Albin Michel, Paris, 2011.

(1) Théoriquement car, dans les faits, les coalitions locales emmenées par les maires-présidents des conseils d'administration ont su faire jouer leurs relais politiques au niveau national pour contourner ou adoucir la contrainte budgétaire.

(2) Gérard Badou, « Les médecins, victimes ou coupables ? », *L'Express*, Paris, 18 janvier 1996.

(3) Dominique Tian, « Rapport d'information sur la fraude sociale », n° 3603, Assemblée nationale, 28 juin 2011.

(4) Pierre-Louis Bras et Didier Tabuteau, *Les Assurances maladie*, Presses universitaires de France (PUF), coll. « Que sais-je ? », Paris, 2012.

(5) Site Internet de l'INVS.

(6) Ce n'est pas vrai au niveau départemental, où l'on assiste, au contraire, à un désengagement de l'Etat avec la mise en œuvre de la révision générale des politiques publiques.

(7) *Cf.* Laurent Bonelli et Willy Pelletier (sous la dir. de), *L'Etat démantelé. Enquête sur une révolution silencieuse*, La Découverte - *Le Monde diplomatique*, Paris, 2010.

(8) Kimberly J. Morgan et Andrea Louise Campbell, *The Delegated Welfare State. Medicare, Markets, and the Governance of Social Policy*, Oxford University Press, 2011.

(9) Communiqué de presse de la Fédération de l'hospitalisation privée, 26 janvier 2012.

(10) Julien Dumesnil, *Art médical et normalisation du soin*, PUF, Paris, 2009.

from Le Monde diplomatique (Juin 2012) at www.exacteditions.com. Copyright © 2012.