

Claude Le Pen

Assurance maladie : le modèle de 45 est-il mort ?

Les sondages l'attestent : l'opinion publique est nostalgique du temps révolu où une Sécurité sociale généreuse et financièrement équilibrée donnait aux Français le sentiment qu'ils ne seraient jamais plus abandonnés aux conséquences financières de la maladie et de la mort. Aujourd'hui, au contraire, ils perçoivent avec angoisse une Sécurité sociale déficitaire, fragilisée, en voie même de privatisation, qui leur demande année après année de payer plus pour les couvrir moins. La question se pose donc de savoir si cette perception correspond à une réalité, d'apprécier les changements intervenus dans l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale depuis 1945, d'anticiper les tendances d'évolution future et d'identifier les points de rupture et de continuité avec le modèle de sécurité sociale à la française, notamment en ce qui concerne les formes de la solidarité.

Le trouble actuel provient moins d'une diminution du niveau de protection sociale des Français – qui a plutôt progressé – que d'une remise

en question – largement inavouée – de certains des principes fondateurs du modèle de 1945. Ou, plus exactement, du développement, à partir des années 1990, d'une tension croissante entre des réformes institutionnelles, dont il serait réducteur de ramener la logique à la seule quête de l'efficacité économique, et un système de valeurs dites « de 45 » considérées, non sans une certaine illusion, comme le bouclier ultime des avantages acquis.

L'idéal de 45 : du mythe à la réalité...

On connaît les traits distinctifs du modèle français de sécurité sociale mis en place par les fameuses ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 et leurs décrets d'application de 1945 et 1946 qui furent rassemblés en 1956 dans la première édition du Code de la sécurité sociale¹ :

1. Tous ces textes sont rassemblés dans la première édition du Code de la sécurité sociale de 1956 (décret

- couverture des risques maladie, maternité, invalidité, accidents, vieillesse et décès ;

- obligation d'adhésion pour les salariés et assimilés (représentants de commerce, employés d'hôtel, ouvreuses de cinéma et de théâtre, gérants de société, écrivains, etc.), français ou étrangers, soit environ les deux tiers de la population, et affiliation obligatoire à la caisse primaire de la circonscription sans choix de l'organisme gestionnaire ;

- gestion assurée par des « caisses primaires », des caisses régionales et une Caisse nationale de sécurité sociale, sans hiérarchie entre elles mais avec une répartition précise des tâches : les caisses primaires assurent la gestion des risques « courts » (maladie, maternité et incapacités temporaires) des assurés de leur « circonscription » ; les caisses régionales gèrent les risques « longs » (invalidité et incapacités permanentes) et exercent le contrôle médical ; la Caisse nationale assure la « compensation nationale des risques » et la solvabilité des caisses primaires et régionales ;

- régimes et caisses spécifiques pour les « professions agricoles et forestières » (au sein de la Mutualité sociale agricole) ainsi que pour les professions « jouissant d'un régime spécial à la date du 6 octobre 1945 » (mineurs, cheminots, marins, dockers, électriciens-gaziers, etc.) (art. 17 de l'ordonnance du 4 octobre 1945) ;

- gestion paritaire avec des conseils d'administration des caisses primaires composés pour trois quarts de représentants élus des travailleurs et pour un quart de représentants élus des employeurs (avec, en outre, des représentants du personnel, des médecins de la circonscription et des associations familiales) ;

- financement assuré par des cotisations sociales égales à 16 % du salaire (6 % à la charge de l'assuré et 10 % à la charge de l'employeur)

sous un plafond fixé à un niveau relativement bas (528 000 francs par an de 1956) ;

- « participation de l'assuré » à hauteur de 20 % du coût des soins (« ticket modérateur ») sans exonération (art. 24, ordonnance du 19 octobre 1945) ;

- assurance spécifique « maladie de longue durée » pour les affections de plus de six mois avec une prise en charge limitée à trois ans.

Contrairement à une idée reçue, l'inspiration de ce modèle n'est pas tant le programme du Conseil national de la résistance (CNR) de mars 1944 que les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930, votées mais non appliquées, qui avaient comme objectif d'étendre à la France le modèle d'assurance sociale dit « bismarckien », que l'Alsace et la Lorraine avaient hérité de leurs quarante années d'annexion allemande.

Rappelons que ce modèle – que l'on retrouve sous des formes variées en Allemagne, en Autriche, en Belgique, aux Pays-Bas, en Israël – tire son nom et son origine des réformes sociales inspirées par le chancelier Bismarck et mises en place de 1883 à 1911 dans une Allemagne en pleine mutation politique, économique et sociale. La philosophie politique est clairement exprimée dans une fameuse proclamation impériale, lue par le chancelier devant le Reichstag le 17 novembre 1881, qui est souvent présentée comme la *Magna Carta* du conservatisme éclairé : « La guérison des maux sociaux ne doit pas être recherchée uniquement dans la répression des excès de la social-démocratie, mais également dans le progrès résolu de la condition sociale des classes laborieuses. »

Il s'agissait pour Bismarck d'allumer un contre-feu à la « lutte des classes », portée par le

n° 56-1279 du 10 décembre 1956 qui porte la codification des textes législatifs concernant la Sécurité sociale).

récent Parti social-démocrate allemand né au congrès de Gotha en 1875, en organisant localement des projets de coopération capital-travail à visée sociale. Ainsi, la loi sur l'assurance santé des travailleurs du 29 mai 1883, la première du genre, créait-elle un régime légal d'assurance maladie pour les ouvriers qui assurait une indemnisation des arrêts de travail pour maladie égale à 50 % du salaire pendant vingt-six semaines, la prise en charge des traitements médicaux ainsi qu'une allocation maternité. Ce système décentralisé, organisé au niveau des entreprises et d'inspiration assurantielle, était financé par des cotisations réparties entre les salariés (deux tiers) et les employeurs (un tiers).

À l'inverse, le programme du CNR trouvait son inspiration dans les principes du fameux rapport que lord Beveridge², chargé de réfléchir à la société britannique d'après guerre, publiait en 1942. Ce rapport établissait les principes d'un « État-providence » qui prendrait en charge les citoyens du berceau au tombeau (*« From the cradle to the grave »*) et les mettrait à l'abri des cinq grands maux sociaux – pauvreté, ignorance, insalubrité, chômage et maladie – qui ayant, selon lui, nourri les thèses extrémistes de droite et de gauche avaient précipité le monde dans le chaos. En vertu de ces principes, l'Angleterre et le pays de Galles avaient adopté dès 1946 un système (dit « bévéridgien ») conférant à l'ensemble des citoyens une couverture maladie universelle, avec gratuité intégrale des soins au point de délivrance, financement fiscal et gestion directe par l'État à travers un établissement public, le National Health Service (NHS), dont la création effective par Aneurin Bevan, le ministre de la Santé du gouvernement travailliste élu en 1945, interviendra le 5 juillet 1948.

Bien que portée par le programme du CNR³, l'adaptation de ce modèle à la France a été récu-

sée en 1945 par les professions agricoles et par celles, nombreuses, dotées d'un régime « spécial » plus favorables que les dispositions de droit commun. Dans une logique « bismarckienne », l'organisation mise en place a donc été professionnelle et indépendante de l'État, les risques couverts limités à la maladie, à la maternité et à la vieillesse, le financement assuré par des cotisations sociales et la gestion confiée paritairement aux « partenaires sociaux ».

Les conditions de la Libération ont donc surtout permis de dépasser les oppositions farouches qui avaient entraîné l'échec des tentatives de 1928 et de 1930, notamment celles du patronat et des syndicats médicaux⁴ – qui ne sont d'ailleurs pas conviés sur les fonds baptismaux de la nouvelle Sécurité sociale –, mais aussi celle du parti communiste alors puissant en France, dont le « réformisme » constituait, après les déchirements du congrès de Tours, l'ennemi stratégique.

Les ordonnances de 1945 radicalisent le modèle d'avant guerre en supprimant deux traits « bismarckiens » qui figuraient dans les lois d'avant guerre et qui existent toujours en Allemagne : la limitation de l'obligation d'assurance aux salariés dont les revenus étaient inférieurs à un certain seuil et la liberté de choix de la caisse d'affiliation.

Ce dernier point a été douloureusement vécu

2. Lord Beveridge, « Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services », 1942.

3. Le programme du CNR prévoyait, au titre des « mesures à appliquer dès la libération du territoire », « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ».

4. On sait en particulier que le syndicalisme médical s'est unifié en 1928 autour d'une « charte de la médecine libérale », en réaction à la menace perçue d'une médecine sociale.

par la Mutualité, dont les organisations avaient essaimé partout en France sur des bases diverses, entreprises, professions, proximité géographique, et qui, payant sans doute ses ambiguïtés vichysoises, se trouva expulsée de son métier de base. Elle se verra toutefois reconnaître un statut particulier qui fera l'objet d'un code spécifique, le code de la mutualité⁵, et certaines mutuelles, notamment les mutuelles de la fonction publique, seront appelées, dans l'urgence, à jouer le rôle de « caisse primaire » de sécurité sociale pour leurs sociétaires. C'est à son congrès d'Aix-les-Bains (18 au 23 mai 1948) que la Mutualité fera son *aggiornamento* en redéfinissant ses missions et en s'engageant dans la voie de l'assurance complémentaire et dans celle de la production de soins à travers des structures mutualistes dédiées.

*De 1945 aux années 1970 :
l'extension de la protection*

Au total, loin de sa réputation, l'assurance maladie de 1945 était donc inégalitaire (elle ne couvrait pas les non-salariés), corporatiste (avec le maintien des régimes spéciaux et leurs prestations spécifiques), régressive (effet du plafonnement de la base des cotisations), et elle laissait à la charge de l'assuré une part importante des dépenses, voire l'intégralité dans le cas des longues maladies de plus de trois ans ! En revanche, le système de protection sociale « de 1945 » offrait aux partenaires sociaux un rôle institutionnel au sein de la société française, que leur déniaient traditionnellement un système politique culturellement fondé sur la séparation des partis et des syndicats (contrairement au *trade-unionisme* britannique) et un système économique qui n'a jamais entendu partager la gouvernance des entreprises (contrairement à la cogestion allemande).

Tous les traits précédents vont cependant être progressivement gommés au cours des décennies suivantes selon une double logique d'universalisation et d'extension de la couverture, d'une part, et d'étatisation de la gouvernance, d'autre part.

La proportion de la population couverte par l'assurance maladie, qui était de l'ordre de 70 % en 1945, s'est progressivement élargie avec l'intégration des exploitants agricoles en 1961 et des non-salariés dont le régime autonome d'assurance maladie et maternité est créé le 12 juillet 1966. En 1978, certaines professions atypiques comme les « ministres des cultes » sont incluses, de même qu'est créé un régime d'assurance individuelle pour les personnes sans affiliation professionnelle. En 1978, 98,4 % de la population bénéficie de l'assurance maladie dont 79 % au titre du régime général.

Parallèlement, la qualité de la couverture publique s'améliore avec l'instauration, dès les années 1950, des deux cas majeurs d'exonération du ticket modérateur qui existent toujours : les maladies de longue durée et les soins lourds, notamment hospitaliers. En 1955, l'assurance « longue maladie » est intégrée au régime commun avec la suppression de toute limite de durée pour la prise en charge des pathologies chroniques. Dans la foulée est adopté le principe d'une exonération du ticket modérateur pour certaines maladies, initiant ce qui deviendra le régime des « maladies longues et coûteuses », puis, à partir de 1986, celui des « affections de longue durée » (ALD)⁶. Ce dispositif a connu le succès

5. Ce statut ne disparaîtra *de facto* que dans les années 1990 quand seront transposées les directives européennes assimilant les « mutuelles de 45 » à des sociétés d'assurance « normales ».

6. Le plan Seguin supprime la célèbre « 26^e maladie », une catégorie résiduelle de « maladies exonérantes » laissée à l'appréciation du médecin conseil, établit une nouvelle liste

que l'on connaît : près de neuf millions de personnes représentant plus de 60 % des remboursements en bénéficient aujourd'hui. Toujours en 1955 est introduit le principe d'une exonération du ticket modérateur pour « les actes de la nomenclature générale des actes professionnels d'un coefficient supérieur à 50 » qui existe toujours sous la forme inversée d'une contribution forfaitaire de 18 euros sur tous les actes dont le tarif conventionnel est inférieur à 91 euros.

Sous l'effet de ces deux facteurs, le taux de socialisation publique des dépenses de santé progresse fortement pour atteindre son maximum (80 %) en 1980. Il se stabilise ensuite autour de 77 %, avec un léger fléchissement (perte d'un point environ) à partir de 2006.

Le contexte est par ailleurs celui d'une expansion extensive et quantitative du système de santé. La densité de médecins double pratiquement entre 1960 (environ 67 praticiens pour 100 000 habitants) et 1976 (119 médecins pour 100 000 habitants), le nombre de lits dans les hôpitaux publics, dont le statut est profondément affecté par la loi Debré de 1958⁷, ne cesse de croître, atteignant son maximum historique en 1978, avec 730 000 lits en hospitalisation complète, dont 335 000 de court séjour (contre 550 000 lits dont 220 000 de court séjour aujourd'hui). La consommation de soins qui, dans les années 1950, représentaient moins de 3 % du PIB atteint les 6 % en 1979 (9 % aujourd'hui)⁸.

La Sécurité sociale subit elle-même une profonde réorganisation avec l'ordonnance du 21 août 1967 qui remplace la Caisse unique de sécurité sociale par trois grandes caisses nationales pour la maladie, la vieillesse et la famille (respectivement CNAMTS, CNAV, CNAF) et par un organisme financier commun, l'ACOSS. Mais, en dépit de cette réorganisation et de la progression du taux de couverture, le modèle français d'as-

surance maladie reste très largement fidèle à ses principes initiaux. Ce n'est qu'à partir de 1990 que, sous le double effet du ralentissement de la croissance économique et de la croissance continue des dépenses de santé, se mettra en place un processus progressif d'étatisation.

Le grand tournant des années 1990

Si le souci de contrôler les coûts des soins remboursables est présent dès le début de la Sécurité sociale⁹, le thème de la « maîtrise des dépenses de santé » n'apparaît véritablement dans l'agenda politique qu'avec le plan Barre de 1976, dont l'objectif est d'adapter l'économie française à la période de croissance ralentie et de compétition internationale accrue qui s'est ouverte après la crise de 1974.

En rupture avec les options plutôt laxistes qui avaient prévalu antérieurement, sera d'abord menée de 1976 à 1990 une politique de maîtrise, essentiellement de nature tarifaire et budgétaire, avec comme mesure phare le passage des hôpi-

plus complète de 30 pathologies et instaure le principe – mal appliqué en pratique – d'une dispense de ticket modérateur limitée à la maladie exonérante. Le système n'a cessé d'évoluer par la suite avec par exemple, en 2004, l'obligation de protocoles de soins validés par la haute autorité de Santé.

7. Qui crée les CHU/CHR et le statut de médecin hospitalier à temps plein.

8. Il s'agit de la Consommation de soins et biens médicaux (CSBM). La Dépense courante de santé (DCS), qui inclut les indemnités journalières et les dépenses d'administration (y compris recherche et éducation), atteint les 11 % du PIB.

9. Pour les médecins libéraux sont prévus des tarifs départementaux ratifiés par des conventions régionales médecins-caisses avec la possibilité de dépassement si « la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien ou d'autres circonstances particulières » le justifient. Un « forfait journalier » s'applique aux hôpitaux publics (hors honoraires). Quant aux médicaments, ils sont remboursés sur la base d'un « tarif légal » sous condition qu'ils possèdent « une activité thérapeutique reconnue » et que le prix de vente au public ne dépasse pas le tarif légal de plus de 20 %.

taux sous « budget global » en 1985. Parallèlement sont mis en place les premiers « transferts de charge » avec la baisse du taux de remboursement des « médicaments de confort » de 70 % à 40 % en 1976, les premiers déremboursements de médicaments (vitamines) en 1986, la limitation de l'exonération du ticket modérateur aux soins en rapport avec la maladie exonérante dans le cas des ALD en 1986 et l'instauration en 1980 du secteur 2 à honoraires libres pour les médecins libéraux. Déconnectant le tarif de remboursement du prix effectif, ce dispositif laisse un « dépassement » variable à la charge du patient ou de son assurance complémentaire.

Cette politique s'étant avérée économiquement peu efficace et socialement dangereuse, émerge progressivement au début des années 1990 l'idée qu'une maîtrise effective et durable des dépenses nécessitait, au-delà des simples ajustements tarifaires, des changements d'organisation ainsi que des modifications de comportement des agents, professionnels de santé et patients. Toutes les dispositions conventionnelles, réglementaires ou législatives qui se sont succédé depuis lors, issues de la droite comme de la gauche, portent la marque de cette réorientation stratégique :

- la convention de 1990, qui ferme (partiellement) le secteur 2 à honoraires libres créé dix ans plus tôt et voit la première tentative d'organisation de filières de soins, avec la notion de « contrat santé » qui fut invalidée mais qui devait permettre aux assurés de souscrire un abonnement auprès de ce qui deviendra par la suite le « médecin référent », puis le « médecin traitant ». Dans l'esprit du syndicat de généralistes qui le proposait, il s'agissait d'une première étape vers un système de passage obligé par le généraliste à l'anglaise ;
- la loi Teulade de 1993, qui modifie le

champ conventionnel, crée les unions régionales de médecins libéraux (URML), introduit les obligations de formation continue et d'évaluation des médecins, ouvre la possibilité des « référentiels de pratique médicale¹⁰ » et crée l'obligation pour les médecins de communiquer aux caisses le code des actes qu'ils effectuent ;

- le plan Juppé de 1996, qui organise le contrôle parlementaire des dépenses de santé, donne un statut juridique au médicament générique, réforme les structures régionales des caisses d'assurance maladie (avec les URCAM), expérimente les filières et les réseaux de soins, met en place les « agences régionales d'hospitalisation » (ARH) et nationalise la dette sociale en la transférant à la CADES, un établissement public financé par une nouvelle contribution parafiscale, la CRDS ;

- la loi CMU de 1999 qui universalise la protection de base et crée une protection complémentaire gratuite sur financement public pour des assurés à faibles ressources ;

- la loi de réforme de 2004, votée dans un contexte de « déficit abyssal » (13 milliards d'euros), qui réunit les différentes caisses publiques au sein d'une Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), renforce le pouvoir du directeur général, introduit le dispositif de « médecin traitant¹¹ » et met en route le dossier médical personnel (DMP) ;

- la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) de 2009, enfin, dont les mesures phares

10. Les « références médicales opposables » de 1994 en sont directement issues. Les RMO déchireront le syndicalisme médical avec l'adhésion douloureuse de la CSMF et l'opposition résolue de MG-France.

11. Pour succéder au dispositif du « médecin référent » qui n'a jamais réussi et qui a pâti d'avoir été conçu, à l'origine, comme une arme contre la médecine spécialisée, voire contre la médecine libérale, plutôt que comme un dispositif technique de fidélisation et de suivi des patients.

sont, comme on sait, la création des agences régionales de santé (ARS), qui fusionnent au plan régional les organes de l'État et ceux de l'assurance maladie, et la réforme de l'hôpital public.

Les changements les plus profonds ont affecté le financement et la gouvernance, amorçant un processus d'étatisation progressive du système qui n'est sans doute pas terminé. La loi CMU de 1999, dont le volet assurance base crée une affiliation sur critère de résidence (et non plus exclusivement sur critère professionnel), ainsi que le basculement sur la CSG, créée en 1990, de la quasi-totalité de la part « salariale » des cotisations sociales en 1996 ont rapproché le système français du modèle bévéridgien de couverture universelle étatique.

Le modèle de démocratie sanitaire a également changé avec l'effacement du monopole syndical de représentation des assurés sociaux et l'abandon de l'élection comme mode de désignation de leurs représentants. Les lois d'organisation d'octobre 1946 accordaient au contraire une très large place aux processus électoraux, allant jusqu'à fixer au centimètre près la taille des affiches électorales et des bulletins de vote¹². La tendance actuelle – qui se manifeste notamment pour la gestion des hôpitaux et des ARS – consiste à remplacer les grands conseils d'administration des organismes sociaux par des organes spécialisés, inspirés du secteur privé, avec un directoire restreint composé de cadres exécutifs et un conseil de surveillance faisant une place aux associations de patients et aux élus comme représentants désignés des assurés et des ayants droit.

Une « bévéridgisation » mal vécue

Ainsi, au cours des années récentes, l'assurance maladie s'est universalisée, étatisée, fis-

calisée, et elle apparaît finalement plus égalitaire, plus équitable, plus protectrice que le modèle de 1945. Elle s'est rapprochée du modèle bévéridgien, généralement tenu comme plus juste socialement et plus efficace économiquement. Grâce à l'assurance complémentaire, qui est un des traits distinctifs historiques de la France et qui a été quasi généralisée par le volet complémentaire de la loi CMU de 1999, le reste à charge des Français se situe autour de 9 % de la dépense de soins, ce qui est l'un des taux les plus bas observés dans le monde.

D'où viennent alors le trouble et l'inquiétude qui agitent l'opinion publique ? Plusieurs réponses peuvent être suggérées.

Cohérente dans son fond et dans son but, cette évolution a néanmoins été graduelle, tâtonnante, conflictuelle, avec des dispositions mal ou pas appliquées et une multiplication de plans dont chacun a accrédité l'échec du précédent. La rhétorique politique a le plus souvent été contradictoire, affirmant simultanément que le système était bon – le « meilleur du monde » –, mais qu'il devait néanmoins se réformer en profondeur. S'est ainsi installée dans l'opinion publique l'impression décourageante de doubles discours, de problèmes récurrents, impossibles à résoudre, conduisant néanmoins un système devenu incontrôlable au bord de l'implosion financière.

Par ailleurs, la plupart de ces plans et lois comportaient un volet de « mesures financières à court terme » qui accaparaient bien légitimement l'attention des médias et de l'opinion publique et qui occultaient les mesures structurelles. Ainsi, par exemple, le plan Juppé a-t-il mis en place la nouvelle taxe pour le remboursement de la dette

12. Les dernières élections ont été tenues en 1983. En 1996, un processus de désignation des représentants syndicaux a été substitué à l'élection directe par les salariés.

sociale, instauré un prélèvement social de 1,2 % sur les retraites, créé une contribution spécifique de l'industrie pharmaceutique, etc. Le plan de 2004 a instauré la participation forfaitaire des usagers d'un euro sur les consultations et visites, revalorisé le forfait hospitalier et créé une contribution additionnelle de 0,03 % du CA à la C3s (contribution sociale de solidarité des sociétés), etc. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré les fameuses « franchises médicales » qui ont profondément troublé l'opinion publique. L'évolution du système n'a ainsi souvent été appréhendée qu'à travers des mesures financières récurrentes, sans vision toujours claire de ses transformations structurelles et de son avenir.

L'appréciation négative tient aussi au fait qu'indépendamment de sa dimension financière l'évolution du système s'est avérée contraignante. Contraignante pour les patients, appelés à contribuer davantage et à s'inscrire dans un « parcours de soins », mais aussi contraignante pour les médecins, dont le statut a été profondément affecté.

Le statut des médecins en question

En ce qui concerne le corps médical, le processus de « bévéridgisation » est porteur de deux évolutions majeures et traumatisantes : le démantèlement du statut libéral des médecins ambulatoires et l'érosion du pouvoir médical à l'hôpital. Non avouables politiquement, jamais explicitées clairement, faisant plutôt l'objet de dénégations officielles, ces évolutions n'en sont pas moins fortement ressenties « à la base ».

Les « libertés » qui formaient le fond du statut du médecin « libéral » à la française et qui sont encore inscrites dans le Code de la sécurité sociale¹³ ont été progressivement entamées sous

la pression des circonstances et aussi sans doute au nom de considérations doctrinales directement inspirées du modèle britannique. L'instauration de tarifs « opposables », le développement du « tiers payant », les référentiels professionnels, les restrictions de prescription d'un nombre croissant de médicaments, l'évaluation des pratiques, les filières et parcours de soins, la collecte de données concernant les patients, etc., ont eu raison d'autant de libertés et de prérogatives longtemps présentées comme des « principes déontologiques fondamentaux ». Et l'une des dernières et des plus importantes, la liberté d'installation, est aujourd'hui menacée sous l'effet du déclin démographique et de la désertification médicale de certaines zones du territoire.

La loi HPST, votée en 2009, réaffirme les obligations de « service public de permanence de soins » de tous les médecins et introduit la notion nouvelle au plan légal de « médecin généraliste de premier secours » qui importe en droit français celle de *primary care* dont on connaît le rôle central dans les systèmes bévéridgiens¹⁴.

13. Art. L162-CSS : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin. » Cet article a été intégré au code en 1971. Alors que sous l'impulsion de Jacques Monnier, la CSMF s'engageait dans la voie conventionnelle, il s'agissait de sanctuariser le statut libéral en l'inscrivant dans la loi. Les termes de l'article sont très proches de ceux de la Charte de la médecine libérale de 1927.

14. La loi comprend aussi des dispositions plus directrices qui ont été jugées vexatoires et humiliantes par les syndicats médicaux et dont le gouvernement a annoncé la révision : l'obligation pour les médecins de déclarer au Conseil de l'ordre leurs périodes de vacances et les « contrats de solidarité » qui devaient permettre aux directeurs d'ARS de mobiliser les médecins pour répondre aux « besoins locaux » dans les « territoires de santé » où l'offre de soins de premier secours est insuffisante, avec des pénalités financières en cas de refus (art. 43 de la loi HPST).

Claude Le Pen
Le modèle de 45 est-il mort ?

Par ailleurs, le secteur 2 à honoraires libres, ouvert en 1980 et restreint en 1990, est sans doute condamné à terme, à la fois pour des raisons de principe et à cause de l'accroissement des dépassements ces dernières années. En octobre 2009 a ainsi été proposé, par voie conventionnelle, un « secteur optionnel » ouvert aux chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens, avec l'obligation d'effectuer un quota de 30 % d'actes au tarif conventionnel et de limiter à 50 % les dépassements du tarif opposable pour les autres. Ce secteur n'a cependant pas été agréé par le ministère et la situation demeure confuse.

Parallèlement, la médecine hospitalière publique, organisée depuis 1958 sur le mode d'un salariat à temps complet, a également connu de profondes transformations.

L'hôpital public n'est plus depuis longtemps cette fédération de services autonomes et indépendants dominés par des « chefs de service » brillants et autocrates. Depuis le milieu des années 1980, le pouvoir administratif s'y est affirmé, transformant l'intendant qu'était autrefois le directeur d'établissement en véritable gestionnaire, avec des pouvoirs et des budgets étendus. Cette revalorisation de la fonction administrative a conduit dans un premier temps à une dyarchie médico-administrative que la loi HPST, encore elle, remet explicitement en question au profit exclusif de la fonction administrative dont elle aimerait accentuer la dimension managériale.

Les services sont regroupés en « pôles », avec des compétences explicitement médicales et économiques. Les pléthoriques et politiques conseils d'administration des hôpitaux, présidés traditionnellement par le maire, sont remplacés par des structures directoire-conseil de surveillance importées du secteur privé. Le président de la Commission médicale d'établissement (CME),

organe statutaire indépendant de représentation des médecins, devient le vice-président d'un directoire placé sous l'égide du directeur. De plus, le nouveau système de tarification, la fameuse T2A (tarification à l'activité) brise le tabou de la séparation quasi ontologique entre le médical et l'économique en introduisant la notion de tarif par groupes de malades, que les médecins interprètent comme une obligation de soigner au meilleur coût et comme l'intrusion d'une exigence de rentabilité dans leur activité de soins.

Ainsi la bévéridgisation, à la ville comme à l'hôpital, tend-elle à expulser le médecin de son statut privilégié, à le transformer en prestataire de service public et à remettre en question la position d'« extraterritorialité économique » de la médecine qui la protégeait contre les tentatives de rationalisation financière (« la santé n'a pas de prix » !). Le tout couvert par un discours officiel ambigu qui tout à la fois promeut l'efficacité dans l'organisation et la production des soins et réaffirme son attachement aux principes fondamentaux de l'indépendance des médecins et aux valeurs de la médecine libérale !

Efficience versus égalité ?

Cet hiatus, cet écart, entre la logique qui guide les réformes successives et l'adhésion formelle à des valeurs caractéristiques du système qu'on entend réformer constitue, à mon sens, la contradiction majeure qui affecte la politique de santé depuis vingt ans. C'est également l'explication principale du malaise ressenti aussi bien par les professionnels que par une large fraction de la population.

Il faut en effet souligner que le processus de « bévéridgisation » a porté sur les formes institutionnelles et, dans une certaine mesure, sur les

modalités de la régulation des dépenses bien plus que sur le fond philosophique sur lequel repose le modèle français.

La philosophie bévéridgienne est en effet fondamentalement une philosophie d'assistance consistant à offrir à tous les citoyens un accès gratuit à des soins de base financés par l'impôt. Le modèle de solidarité est un modèle « vertical » de redistribution entre riches et pauvres. L'organisation des soins avec son universalité, sa gratuité (au point de délivrance), son financement par l'impôt (progressif) et le passage obligé par des cabinets de « soins primaires » ne fait que traduire ces options philosophiques.

Par contraste, la doctrine sous-jacente du modèle « bismarckien » à la française consiste à créer les conditions d'une *égalité d'accès aux soins tels qu'ils sont*, y compris les soins de spécialité en cabinets libéraux ou en clinique privée. Et surtout pas à susciter un modèle de soins minimaux, universels et gratuits que les « partenaires sociaux », notamment les syndicats, auraient considéré avec horreur comme ouvrant la voie à une « médecine à deux vitesses », confortable et de qualité pour les « riches », minimale et sociale pour les autres ! De tradition mutualiste et assurantielle, la solidarité « à la française » est d'abord « horizontale », entre malades et bien-portants, avant d'être « verticale », entre riches et pauvres. Le financement est proportionnel, les prestations sont indexées sur les seuls « besoins » et la valeur suprême est l'égalité d'accès aux (mêmes) soins.

Cette opposition doctrinale n'est pas sans conséquences pratiques. La prise en charge publique d'un traitement très coûteux qui ne prolonge que de quelques semaines la vie d'un patient en phase terminale peut être refusée au nom de la philosophie bévéridgienne – qui considérera que la thérapie sort du champ d'application du contrat de soins minimaux et menace

la viabilité du système – et acceptée au nom de la philosophie française qui trouvera insupportable que, faute de remboursement, le « riche » puisse se procurer ledit traitement sur le marché, et non le « pauvre ». La possibilité d'un « rationnement » économique a été ainsi inscrite dès l'origine dans les gènes du NHS britannique au nom du droit à des soins minimaux gratuits pour tous, alors qu'elle a été génétiquement exclue de l'idée française de l'égalité d'accès à des soins de qualité.

L'évolution des années 1990 a donc fait naître en France un système mixte dans lequel la « bévéridgisation » organisationnelle et institutionnelle s'associe de manière plus ou moins contradictoire à une philosophie politique et sociale de type « bismarckien » avec son célèbre slogan : « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins. » L'attachement à ce principe est régulièrement réaffirmé, y compris dans le préambule des lois de réforme les plus récentes et les plus « bévéridgiennes » d'esprit. Il est général : confronté en 1999 aux trois scénarios pour la CMU complémentaire proposés par le député Jean-Claude Boulard – un scénario « tout complémentaire », un scénario « tout CNAM » et un scénario « tout État » –, le gouvernement de gauche a exclu le scénario « tout État » et finalement choisi un scénario mixte associant les complémentaires et la CNAMTS qui avaient plaidé leur cause en faisant ressortir que « le système français de protection sociale n'était pas un système d'assistance fondé sur un critère de revenu mais sur un critère de besoin ¹⁵ ».

15. Interview d'Étienne Cagniard, négociateur pour le compte de la Mutualité, dans la revue *Projet* de décembre 2001. Le mouvement associatif avait, pour sa part, milité pour la solution « tout État », conforme à une mission d'assistance, les mutuelles et les complémentaires étant soupçonnées de « faire du profit sur les pauvres ».

Claude Le Pen
Le modèle de 45 est-il mort ?

*De la redistribution « horizontale »
à la redistribution « verticale » ?*

Le vrai changement paradigmatique, qui marquerait un changement radical, signerait la répudiation définitive du modèle de 1945 et réconcilierait le fonctionnement économique du système et ses fondements philosophiques, consisterait à concentrer les prestations de l'assurance maladie obligatoire sur la partie la plus défavorisée de la population, les patients les plus sévèrement atteints ou les plus démunis financièrement.

Certaines initiatives vont dans ce sens. Par exemple, la tendance récente à transférer aux assurances complémentaires une part croissante des dépenses. Elle a déjà contribué à dichotomiser le système public d'assurance maladie, le taux moyen de prise en charge (de l'ordre de 76 %), recouvrant en effet deux situations distinctes, celle des patients pris en charge à 100 % sur fonds publics, soit au titre d'une ALD (9 millions de personnes), soit au titre d'une hospitalisation, soit encore au titre de la CMU (4,5 millions de personnes), et celle des personnes non hospitalisées ne relevant pas d'une ALD et ne bénéficiant pas de la CMU, dont le taux de prise en charge publique n'excède pas 60 %. Le solde est couvert par des assurances complémentaires « normales » (hors CMU) ou, pour la partie résiduelle de la population sans complémentaire, par un financement direct.

Ce dualisme croissant, où les « riches » et les bien-portants voient réduire leur prise en charge publique, constitue une modalité silencieuse de substitution d'une solidarité « verticale » à la solidarité « horizontale », longtemps considérée comme l'horizon indépasseable du système.

Le dispositif du « bouclier sanitaire » évoqué par Martin Hirsch, haut commissaire aux Soli-

darités actives, à l'occasion du débat sur les franchises médicales en juin 2007 et élaboré par Raoul Briet et Bertrand Fragonard¹⁶, accentuerait cette évolution, s'il était mis en œuvre. L'idée consiste à remplacer toutes les formes de participation financière des usagers (ticket modérateur, franchises, forfait hospitalier, etc.) ainsi que tous les dispositifs exonérants (les ALD) par un mécanisme unique de plafonnement du « reste à charge » des assurés. Ce dispositif astucieux vise à garantir qu'en aucun cas le montant payé directement par un assuré social n'excèdera un seuil, qu'il sera facile, logique et légitime de faire varier en fonction des revenus. Simple, transparent, plus juste socialement, ce mécanisme a néanmoins été récusé par la quasi-totalité des acteurs du système, au motif habituel qu'il introduisait une discrimination, étrangère à notre philosophie sociale, entre les riches et les pauvres du côté des prestations. Celle-ci n'est admissible – et encore de manière limitée – que du côté des contributions.

*Derrière Beveridge et Bismarck,
des oppositions bien françaises*

Ainsi donc, depuis 1990, le système français de santé et de sécurité sociale connaît-il une lente mais réelle « grande transformation » bévéridgienne, tout en donnant, faute d'être assumée politiquement et intellectuellement, la fausse impression d'une « marche aléatoire », sans plan ni chef, au gré des réformes répétées et des gouvernements successifs.

La logique de cette transformation n'est pas politique. Gouvernements de droite et de gauche

16. Raoul Briet et Bertrand Fragonard (avec le concours de Pierre-Jean Lancry), *Mission bouclier sanitaire*, 27 septembre 2007.

y ont contribué. Il me semble qu'elle obéit plutôt au projet collectif et spontané d'une élite administrative, qui, se situant dans la lignée revendiquée de Pierre Laroque, grand serviteur de l'État et fondateur de la Sécurité sociale, s'efforce de répondre au défi économique de la croissance des dépenses et du creusement du déficit par un projet cohérent et construit, reposant sur une recherche d'efficacité économique, d'une part, et de plus grande équité, d'autre part. L'efficacité passant, en l'occurrence, par un double mouvement, très français d'inspiration, d'étatisation et de « managérisation » des institutions de santé. L'équité consistant à introduire une dose de redistribution verticale (du côté du financement ou du côté des prestations) et à restreindre le droit d'accès aux seuls soins médicalement « efficaces », méritant un effort collectif.

Cette élite administrative¹⁷, généralement cultivée, intelligente et animée d'un sens incontestable de la chose publique, trouve dans les principes bévéridgiens de quoi concilier son souci de la maîtrise des coûts et ses convictions sociales. Comme d'autres, de même origine, ont trouvé dans le keynésianisme français des années 1960 de quoi concilier développement économique et progrès social ! Le plan Juppé de 1996, qui est à l'origine de la plupart des thèmes qui nourrissent aujourd'hui les réformes (régionalisation, étatisation, contrôle, etc.), témoigne de ce modèle de réforme élaboré dans le plus grand secret par une poignée de hauts fonctionnaires modernistes et instauré par ordonnance sans débat parlementaire. Il fut salué, on s'en souvient, à la fois par une partie de la droite (le patronat) et de la gauche (la CFDT). Il fut vivement critiqué à la fois par une partie de la droite (certains syndicats de médecins) et de la gauche (FO).

Cette élite réformatrice mène en effet son projet de modernisation bévéridgienne en bousculant les deux ordres d'intérêts auxquels nous avons fait allusion plus haut. D'abord, celui des médecins et des professionnels de santé auxquels elle reproche de profiter à l'excès d'une « économie de rente », à l'abri du principe d'*autonomie du médical* propre à la médecine libérale. Mais aussi celui d'une grande partie de la population – et des partenaires sociaux – qui reste attaché aux principes bismarckiens d'*autonomie du social* et au respect formel de l'égalité d'accès aux soins. D'un côté, la promotion de l'efficacité économique et de l'équité ; de l'autre, un attachement à l'égalité et à une séparation de principe de l'économique et du social !

La thématique des remboursements des médicaments « à service médical rendu insuffisant » illustre parfaitement cette tension. Une logique rationalisante justifiera ces remboursements au motif que la collectivité n'a pas à financer de médicaments qui sont jugés médicalement « inutiles » par les experts des agences étatiques, et qui procurent des « rentes » à des laboratoires pharmaceutiques. L'opinion publique vivra très mal ces opérations au motif qu'elles brisent l'égalité d'accès aux soins, que l'argument médical de leur inutilité médicale n'est qu'un prétexte *ad hoc* destiné à dissimuler des motivations économiques et qu'elles amorcent un cours néfaste des choses où, commençant par des médicaments prétendument inefficaces, on en viendra un jour à ne plus prendre en charge des produits essentiels au traitement des maladies graves. L'égalité d'accès aux soins est plus importante que la

17. On pourrait citer plusieurs dizaines de noms, dont ceux des promoteurs du « bouclier sanitaire ». L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en rassemble un grand nombre.

Claude Le Pen
Le modèle de 45 est-il mort ?

« qualité » de ces derniers, telle que l'apprécient les experts.

Ainsi la double opposition ou la double incompréhension – des professionnels de la santé et d'une partie de l'opinion publique – utilise-t-elle le volet économique du discours réformiste pour discréditer ce qu'il peut avoir de dérangeant par ailleurs : la réorganisation et le contrôle de l'offre de soins, d'un côté, la substitution d'une notion d'équité à une égalité même formelle et illusoire, de l'autre.



Pour répondre à la question qui constituait le titre de ce papier : « Le modèle de 45 est-il mort ? », la réponse pourrait donc être « oui, très largement » en ce qui concerne le plan organisationnel et institutionnel, et « non, pas encore » pour ce qui est de la philosophie sociale qui reste celle d'une logique assurantielle et mutualiste. Le désaccouplement entre le fonctionnement du système et ses valeurs est anxiogène et nourrit

l'incompréhension des changements passés et à venir. La situation va vraisemblablement se tendre encore. La crise de 2008 et 2009 a creusé le déficit public à un niveau sans précédent et, les mêmes causes produisant les mêmes effets, il faut s'attendre à la poursuite des processus d'étatisation et de fiscalisation, d'une part, et de concentration du financement public sur le « gros risque » et sur la partie la plus défavorisée de la population, d'autre part. La crise va sans doute accélérer la mue bévêridgienne du système de santé français. Conduira-t-elle parallèlement à une reconnaissance de la légitimité d'une philosophie sociale conforme à ses structures et à sa régulation ? L'hiatus va-t-il, au contraire, perdurer, faute de clarification politique, accentuant le malaise d'une population face à des changements qu'elle ne comprend pas et dans lesquels elle ne voit finalement qu'abandon et régression ? Là réside certainement l'un des grands enjeux du débat politique de 2012.

Claude Le Pen.