

## Quelle utilisation de l'économie dans le champ de l'assurance maladie ?

Pierre VOLOVITCH \*

---

« La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût », « sortir de la maîtrise comptable pour aller vers une maîtrise médicalisée »... les expressions ne manquent pas pour marquer les difficultés à faire cohabiter les raisonnements économiques et les réflexions sur le système de soins.

Les dépenses dites « de santé » ont plusieurs caractéristiques qui font qu'elles ne peuvent échapper à l'attention des économistes. Les dépenses liées aux soins <sup>1</sup> représentent 10 % de l'ensemble de l'activité économique du pays <sup>2</sup>, elles augmentent, et augmenteront dans le futur, à un rythme plus élevé que celui de la croissance économique, il s'agit de dépenses qui, une année donnée, sont très fortement concentrées sur un tout petit nombre de patients ce qui suppose un fort niveau de mutualisation de cette dépense <sup>3</sup>.

Dans le même temps la spécificité du besoin social pris en charge (la santé), le consensus politique large sur le fait qu'il s'agit d'un besoin dans lequel les inégalités sont peu légitimes <sup>4</sup>, l'idée, encore très répandue en France, que les questions de santé demeurent de la seule compétence des professionnels de santé, font que l'idée d'introduire le raisonnement économique dans le domaine du soin continue à se heurter à de fortes réticences.

\* Chercheur à l'IRES.

1. Il s'agit des dépenses totales sans distinguer celles qui sont prises en charge collectivement par des régimes de base obligatoires, celles qui sont prises en charge par des systèmes facultatifs d'assurance complémentaire ou celles qui demeurent à la charge des ménages.
2. Et donc assez logiquement 10 % de l'ensemble des emplois.
3. Une année donnée la moitié (50 %) de la population la moins consommatrice de soins est à l'origine d'un peu plus de 5 % de la dépense de soins. A l'autre bout de l'échelle les 5 % de la population qui regroupent les plus gros consommateurs de soins sont à l'origine de plus de la moitié des dépenses de soins. Cette concentration très forte de la dépense sur une toute petite part de la population interdit de penser l'assurance santé sous forme d'assurance individuelle.
4. Parmi « les inégalités les moins acceptables » les inégalités « d'accès aux soins » (36 %) arrivent juste après celle liées au « logement » (37 %) mais avant les inégalités de « revenus » (34 %) et bien avant les inégalités « par rapport au fait d'avoir un emploi » (23 %). (DRESS, « L'évolution des opinions des français », *Etudes et résultats*, n°517, septembre 2006).

Dans une première partie nous présenterons brièvement les différentes formes d'introduction de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie au cours des vingt dernières années. Au cours de cette période, l'utilisation de l'outil économique (ou gestionnaire) dans le champ de l'assurance maladie s'est principalement centrée sur les questions de financement (tarification, remboursement). Ces utilisations ont pris successivement trois formes : la mise en place d'enveloppes fermées, la mise en place de protocoles, la tentation de la concurrence. Le déplacement de la première à la dernière de ces trois formes d'utilisation de l'outil économique s'est accompagné d'une volonté, de plus en plus nette, d'intervenir sur les pratiques mêmes des professionnels du soin.

Dans une seconde partie nous ferons un constat. Certains domaines dans lesquels l'utilisation de l'outil économique aurait pu apparaître pertinent – le nombre et de la répartition des professionnels, la question de leurs revenus – n'ont pas, ou très peu, été explorés. Nous sommes alors devant une inversion des priorités. Des domaines où la légitimité de la collectivité est forte (nombre et répartition des professionnels, niveau de revenus des professionnels) sont délaissés, tandis que la collectivité s'aventure dans des domaines (les pratiques professionnelles) où sa légitimité est moins forte.

Dans une troisième partie, nous tenterons de montrer que cette inversion des priorités s'articule avec l'incapacité des pouvoirs publics à participer à la construction d'un interlocuteur représentatif des professionnels de santé. D'une certaine façon, la construction d'un acteur collectif fort du côté des professionnels, acteur capable de mettre en place une auto-régulation des professionnels et acteur capable de négocier des compromis acceptés avec les pouvoirs publics, est une condition pour une utilisation efficace de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie.

## **Trois périodes dans les interventions publiques dans le champ de l'assurance maladie**

### ***La mise en place d'« enveloppes fermées »***

Dans une première période les pouvoirs publics <sup>1</sup> (ici l'Etat), sans doute conscients du fait que ce qui se passait à l'intérieur du système de soins (comment les professionnels s'organisent entre eux, quels sont les types de prise en charge de telle ou telle maladie) leur échappait presque totalement, ont pensé pouvoir agir par le biais d'une contrainte financière qui s'imposerait de l'extérieur. Après tout l'objectif était de maîtriser la dépense et non

---

1. Sur la question « qui joue le rôle de pouvoir public dans le champ de l'assurance maladie ? » voir encadré page suivante.

Encadré

### Qui dirige dans le domaine de l'assurance maladie ?

L'Etat à en charge la définition de la formation (contenu et nombre) des professionnels de santé. C'est lui qui contrôle les activités de fabrication et de vente des médicaments. Il a également en charge la définition et la mise en place des politiques de santé publique.

Côté ressources de l'assurance maladie c'est lui qui détermine les modes de financement (cotisations sociales, CSG, financements publics) dont il fixe les taux.

Depuis 1995 le Parlement vote un ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) mais c'est le ministère en charge de la Sécurité sociale qui répartit cet ONDAM entre dépenses hospitalières, dépenses de médecine de ville, dépenses médico-sociales...

Les hôpitaux, publics et privés, sont financés par les régimes de base de Sécurité sociale, mais les personnels des hôpitaux publics sont des fonctionnaires (fonction publique hospitalière) dont les conditions d'emploi (niveau de salaire, temps de travail...) sont négociées avec l'Etat.

Les ouvertures, fermetures, fusions d'établissements hospitaliers sont organisées par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) dirigées par des directeurs nommés en Conseil des ministres. Mais les conseils d'administration des hôpitaux continuent à être présidés par le maire de la commune où se trouve l'hôpital.

Les différents régimes de base (CNAMts pour les travailleurs salariés, MSA pour les non-salariés et salariés de l'agriculture, CANAM pour les non-salariés non-agricole) sont, au moins en théorie, gérés par des conseils d'administration dans lesquels siègent des représentants des partenaires sociaux. Ces régimes de base sont depuis la réforme de 2004 rassemblés dans une Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Cette union nationale a, toujours théoriquement, en charge la négociation, avec les organisations représentatives des médecins libéraux, de la Convention médicale et d'autres accords tarifaires avec les autres professionnels du soin. Les tentatives récentes (dans les années 90) du conseil d'administration de la CNAMts de reprendre l'initiative dans le domaine du médicament et de l'hôpital s'étaient heurtées à un rappel net de la part du ministère sur le fait que le champ de compétence des régimes de base se limitait à aux soins de ville.

La réforme de 2004 a mis en place une Haute Autorité de Santé (HAS) qui doit faire des propositions quant à l'étendue du « panier de soins et de services » et quant au contenu des « référentiels » de soins.

Au total, le paysage institutionnel de l'assurance maladie n'est pas d'une grande transparence faisant naître des demandes et des propositions de re-définition de la place de chacun. L'objectif de cet article n'étant pas de rentrer dans le détail de qui prend quelle décision, nous avons fait le choix de parler de « pouvoirs publics » dès lors que la décision relevait soit de l'Etat, soit des régimes de base de l'assurance maladie, soit des deux.

d'organiser un système de soins <sup>1</sup>. De la fin des années 1970 à la réforme Juppé de 1995, on voit progressivement se mettre en place un système d'enveloppes fermées qui ont l'ambition de couvrir, d'encadrer, petit à petit, l'ensemble du système de soins.

L'Etat commence par intervenir là où ses pouvoirs financiers sont les plus importants : sur l'hôpital public. La mise en place du budget global sera progressive. Elle s'étale de 1978 (définition de « taux directeurs » d'évolution des dépenses hospitalières publiques) à 1984 (l'ensemble des hôpitaux publics sont désormais sous « dotation globale »). La question de l'hôpital public étant réglée et tout le monde comprenant que c'est du côté de la médecine libérale que l'obstacle sera le plus grand, l'Etat va mener une politique d'« encerclement » des médecins libéraux. On va mettre en place des enveloppes fermées pour toutes les autres professions du soin avant de s'attaquer au cas des médecins. En 1991 la loi entérine la mise en place « d'objectifs quantifiés nationaux » pour les laboratoires privés d'analyse de biologie médicale et pour les établissements privés d'hospitalisation à but lucratif. Un objectif de même nature est fixé pour les infirmières libérales en 1993 et pour les masseurs-kinésithérapeutes en 1994. L'encerclement étant pratiquement achevé, le gouvernement tentera <sup>2</sup>, dans les ordonnances de 1996, de faire entrer la dépense de médecine de ville dans des enveloppes fermées.

Le pari, jamais explicitement formulé, était que soumis à la contrainte financière, les offreurs de soins allaient se réorganiser de façon plus rationnelle et pouvoir fournir le même service à moindre coût. Les effets de cette contrainte ont été assez divers suivant les secteurs.

Pour les secteurs qui fonctionnent comme des entreprises, c'est à dire qui organisent leur activité en fonction de critères de rentabilité, la contrainte a conduit, comme le prévoient les lois de l'économie, à des gains de productivité. Elle a mis en péril les entreprises les moins bien organisées, elle a conduit à des restructurations. On peut décrire ainsi la façon dont les labo-

---

1. En 1945, dans le cadre de la Sécurité sociale, l'assurance maladie assure une socialisation (partielle) de la dépense de soins. Cette socialisation de la dépense est mise en place sans que la question de l'organisation du système de santé soit posée. Ceci s'explique pour partie par le fait que l'assurance maladie de 1945 est principalement chargée de verser un revenu de remplacement (les indemnités journalières versées en cas de maladie représentaient plus de la moitié des prestations santé au moment de la mise en place de l'assurance maladie). Verser un revenu de remplacement n'implique pas de penser l'organisation du système de soins. Ceci s'explique également par le fait que nul n'a envie en 1945 d'engager un bras de fer avec un corps médical très attaché à l'organisation libérale de la médecine. L'assurance maladie est donc un organisme qui n'a pour seule fonction que de financer (en partie) les dépenses de soins. Pendant longtemps les quelques éléments d'organisation du système de soins, principalement la définition du niveau de formation requis pour les professionnelles, sont de la seule compétence de l'Etat.

2. En 1992 une première tentative pour imposer une enveloppe fermée aux médecins libéraux avait tourné court et la loi du 4 janvier 1993 ne parlait que d'« objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses ».

ratoires de biologie médicale et une partie des cliniques privées ont réagi à la contrainte financière <sup>1</sup>.

Mais pour les autres secteurs, ceux qui ne fonctionnent pas comme des entreprises (l'hôpital public) ou pour lesquels la possibilité de réalisation de gains de productivité est fortement hypothétique (les infirmières libérales) l'effet de la contrainte financière n'a pas été du même type. Les lois de l'économie n'ont pas fonctionné comme prévu.

Le budget global a conduit à une profonde transformation de l'activité hospitalière. La manifestation la plus claire de cette transformation est la diminution générale des durées de séjour <sup>2</sup>. Cette réorganisation a-t-elle conduit à une organisation plus rationnelle ?

A l'intérieur de l'hôpital ce sont les rapports de force entre disciplines qui ont été déterminants dans les arbitrages retenus. Ces rapports de force s'appuient sur le prestige plus ou moins fort de telle ou telle discipline <sup>3</sup> ou, localement, sur la capacité d'influence de telle ou telle partie du corps médical. Autant dire que la cohérence gestionnaire n'est pas ici le critère dominant.

Sur la répartition des financements entre hôpitaux la situation n'est pas meilleure. Après la mise en place du budget global, les budgets ont été reconduits sur des bases historiques <sup>4</sup> et les faibles marges de manœuvres prévues pour permettre une redistribution entre établissements ont été peu utilisées. Il n'y a donc pas eu évolution vers une allocation plus rationnelle entre établissements.

Au final, les contraintes du budget global ont conduit à un transfert de charges vers la médecine de ville. Avec peu de dégâts pour les malades dans les cas où la prise en charge sanitaire a pu être assurée par la médecine de ville (soins de suite, convalescence). Avec des effets beaucoup plus délétères dans les cas qui demandent des prises en charge sociales (psychiatrie, dépen-

- 
1. Les cliniques privées à but lucratif ne sont pas toutes, loin de là, gérées comme des entreprises. Si l'objectif des médecins qui mettent en place ou rachètent un établissement privé est bien de tirer un revenu supplémentaire de cette mise en association, cela ne veut pas dire qu'ils soient devenus de bons gestionnaires. Le monde des cliniques privées à but lucratif est aujourd'hui un monde très divers où, à côté de cliniques intégrées à des chaînes et dont le capital circule sur les marchés financiers, on trouve de vieilles affaires de famille qui vivent dans l'attente de réaliser une opération immobilière. D'après DREES, *Études et résultats*, n°498, juin 2006, 19 % des cliniques avaient, en 2004, des capacités d'autofinancement négatives et 16 % des capacités d'autofinancement qui font que le délai de remboursement de leurs dettes est supérieur à 3 ans.
  2. En France entre 1980 et 2004 la durée moyenne de séjour à l'hôpital (soins aigus) passent de 10,2 à 5,6 jours.
  3. Il est ainsi plus facile de demander des moyens pour développer un secteur de chirurgie cardiaque qui utilisera des techniques de pointe que de demander du personnel d'encadrement pour développer les activités destinées à des malades psychiatriques.
  4. Chaque année on augmente en fonction d'un pourcentage national le budget de l'année antérieure.

dance). Ici le manque de structures en ville, pour prendre réellement en charge ce type de soin, a pu conduire à une prise en charge dégradée, voire à une absence de prise en charge.

Au total, la tentative de faire entrer la médecine de ville dans des enveloppes fermées a clairement échoué. Depuis 1997, seule année où l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) <sup>1</sup> a été respecté, les plafonds de dépenses votés par le parlement ont été dépassés chaque année. Les mécanismes de « reversement » et les systèmes de tarifs « flottants », que les pouvoirs publics ont voulu mettre en place pour faire revenir la dépense dans le cadre de l'enveloppe <sup>2</sup> ont tous été détruits par des décisions de justice diverses et nombreuses <sup>3</sup>.

L'apparent succès de l'enveloppe fermée dans le domaine hospitalier public devait-il faire illusion ? Les hôpitaux publics ont respecté l'enveloppe qui leur était réservée dans l'ONDAM, mais chacun a pu noter que le premier grand mouvement social d'infirmière éclate en 1988 alors que le budget global s'applique partout à partir de 1984. Il y a évidemment un lien entre la mise en place d'une contrainte financière forte et le malaise social de l'hôpital. Malaise lié aux effectifs et aux revenus, mais malaise également lié aux conditions même de l'exercice professionnel. Ainsi alors que l'on mettait en place l'enveloppe globale, et que chacun mesurait les effets de la contrainte financière sur les durées de séjour, qui s'est interrogé sur les effets de cette réduction de la durée de séjour sur le travail infirmier lui-même <sup>4</sup> ?

On ajoutera une critique de fond à la démarche des enveloppes fermées. De plus en plus le discours public prend en compte le fait que l'on ne peut traiter le système de soins comme s'il s'agissait d'un empilement de structures autonomes. Qu'il s'agit bien d'un système dans lequel chaque structure, chaque partie, doit être envisagée dans ses interrelations avec l'ensemble du système. Depuis longtemps le diagnostic a été fait que la logique d'enveloppes sectorielles fermées, dans laquelle la tentation est grande pour chaque gestionnaire d'enveloppe d'envoyer une partie de la dépense sur une autre enveloppe, est évidemment en contradiction avec l'idée que c'est bien un système de soins qu'il faut organiser.

---

1. Depuis la réforme Juppé le parlement vote chaque année, dans le cadre du projet de loi de Financement de la Sécurité sociale (PLFSS) un ONDAM.

2. Dans les ordonnances de 1996 (réforme Juppé) une enveloppe de médecine de ville était définie. En cas de dépassement de cette enveloppe la valeur de l'acte était réduite pour remettre les dépenses dans l'enveloppe.

3. Sur le détail de cette mise en pièce voir Pellet (2003).

4. Et sur celui des autres soignants.

## **Les protocoles**

Dès le milieu des années 1980, l'idée que la (ré)organisation du système de soins suppose de modifier la pratique des professionnels fait également son chemin. Au cours d'une période où l'on commence à mesurer les limites des politiques d'enveloppes fermées, il va être de plus en plus clair que l'on ne peut modifier ces pratiques en usant d'une pure contrainte financière qui, de plus, peut être rejetée par les professionnels comme n'appartenant pas à leur monde de valeurs. Les pouvoirs publics (ici c'est plus particulièrement l'assurance maladie) ont alors voulu jouer sur un argument qu'aucun professionnel ne pouvait refuser : la qualité.

La question de la qualité des soins se pose incontestablement. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMts) a publié régulièrement des études, en particulier sur l'usage des médicaments, qui montraient que des progrès importants pouvaient être faits dans ce domaine <sup>1</sup>.

On peut poser la question de la qualité des soins de différentes façons. On peut se dire que cette question a à voir avec la formation des professionnels (initiale et continue). On peut penser que cette question a à voir avec le mode d'exercice des professionnels (coopératif ou solitaire). On peut chercher le lien avec les modes de rémunération. On peut enfin penser que la question de la qualité ne relève pas des seuls soins mais s'articule avec les questions de prise en charge sociale, d'inégalités dans l'accès aux soins.

Au début des années 1990 les pouvoirs publics, au travers du discours sur la qualité, étaient porteurs d'une vision très réductrice du problème <sup>2</sup>. L'argumentaire se déclinait ainsi : la science médicale, les médicaments, les techniques, progressent aujourd'hui très rapidement ; le médecin lambda n'a ni le temps ni les moyens de suivre cette évolution. Il importe donc de réunir, sur chaque problème, les spécialistes de la question qui diront, dans le cadre d'une « conférence de consensus », quel est l'état de la connaissance. Chaque médecin à qui les résultats de ces conférences de consensus seront communiqués, devra, quand il rencontrera un cas déjà traité, appliquer le protocole de soins prévu par la conférence de consensus. Bien sûr les cas réels peuvent s'éloigner plus ou moins fortement des cas théoriques. Le mé-

---

1. La CNAMts a publié en 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 des recueils d'études sous le titre *Faits marquants*. Elle édite aujourd'hui la revue *Pratiques et organisation des soins* où l'on retrouve ce type d'études. Sur cette démarche voir Sarlat (2004).

2. Les limites du champ de compétence de la CNAMts (ainsi la formation des professionnels ne relève pas de sa compétence) fournissent une des explications du caractère restrictif de ses prises de position.

decin pourra donc traiter son patient hors du protocole prévu. Mais dans ce cas il devra pouvoir justifier cet écart à la règle.

C'est dans le droit fil de ce raisonnement que les Références Médicales Opposables (RMO) seront mises en place pour les médecins en janvier 1993 puis étendues aux autres professionnels du soin. Le succès très relatif des RMO conduira à différentes adaptations du dispositif. Depuis la réforme de 2004 c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a en charge la mise en place de « référentiels », en premier lieu pour les Maladies de Longue Durée (MLD).

Les « protocoles » et « référentiels » ne sont pas en eux-mêmes des outils économiques. L'ambition de mettre en place une médecine protocolisée entretient cependant des liens étroits avec l'économie. D'abord parce qu'elle rêve de mettre en place dans le domaine du soin une organisation du travail calquée sur le monde de l'entreprise. Le gestionnaire ici aussi veut contrôler ce que fait l'opérateur, savoir pour pouvoir mesurer, mesurer en particulier les coûts. Ensuite parce que tout ce discours sur la protocolisation fait l'hypothèse qu'une médecine de ce type, mieux organisée, plus efficace, peut générer des gains de productivité et faire disparaître les « gaspillages » et donc permettra de diminuer la dépense.

On remarquera que le discours sur la protocolisation des soins porte en lui une vision très technique de la médecine. La vision d'une médecine qui connaît les organes avant de prendre en compte la personne, ses conditions de vie, de travail... alors que dans le même temps les travaux menés, en particulier sur le travail des généralistes, montrent que les douleurs qui s'expriment dans le cabinet du généraliste ne sont pas, et loin de là, exclusivement médicales.

### ***La tentation de la concurrence***

Devant la persistance des résistances aux tentatives de régulation une idée, toujours présente mais qui avait du mal à être sur le devant de la scène, devient plus présente : pourquoi ne pas utiliser la concurrence ? Le marché, la concurrence, ont fait la preuve, dans d'autres secteurs, de leur capacité à conduire les acteurs à modifier, parfois profondément, leurs comportements. Pourquoi ne pas utiliser cette forme de contrainte dans le champ du soin ?

Mais comment introduire la concurrence dans le domaine du soin ? Dans le domaine des soins de ville la concurrence existe déjà entre professionnels et elle conduit à tout sauf à la régulation du système. Pourquoi la concurrence n'est-elle pas facteur de régulation sur le marché où se rencontrent le patient (la demande) et le professionnel du soin (l'offre) ? Les écono-



mistes de la santé connaissent la réponse, en particulier grâce aux travaux de Arrow (1963). Sur le marché du soin de ville il y a entre l'offreur et le demandeur une « asymétrie d'information »<sup>1</sup> qui interdit tout fonctionnement du marché. Dans le domaine hospitalier, à l'asymétrie d'information s'ajoute la méconnaissance des coûts.

Si, du fait de l'asymétrie d'information, le marché ne peut être construit entre un professionnel et un malade c'est qu'il faut construire la concurrence à un autre niveau. Le niveau adéquat, décrit depuis les années 60 par les économistes travaillant pour les assureurs américains, n'est pas individuel, il est collectif. On peut construire un marché entre des acheteurs (système public ou privé d'assurance maladie) et des offreurs (structures hospitalières, réseau de médecine de ville). L'acheteur collectif, devenu ici opérateur de soins est capable, contrairement à l'acheteur individuel, d'avoir des informations sur la qualité et les coûts de l'activité des professionnels du soin et va donc pouvoir signer avec eux des contrats dans lesquels il fixera des normes de qualité et des prix.

Reste que pour pouvoir signer des contrats avec les structures hospitalières l'acheteur doit résoudre la question des coûts. Confrontées à cette difficulté, les assurances privées américaines ont progressivement construit une méthodologie adéquate. Les pathologies sont distinguées et regroupées en fonction des moyens humains et matériels qu'elles mobilisent : on construit ainsi des Groupes Homogènes de Malades (GHM)<sup>2</sup>. Pour chaque GMH on mesure, à partir de cas concrets, le coût correspondant au traitement. Toute pathologie peut ainsi (en théorie au moins) être associée à un coût.

Le fait que les acheteurs comme les offreurs soient multiples va permettre de faire jouer la concurrence qui conduira à une amélioration de la qualité et à des gains de productivité.

En France la mise en place du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) visait à rendre possible ce calcul des coûts hospitaliers. La PMSI étant en place, restait à oser le passage à un financement basé sur l'activité (la Tarification à l'Activité - T2A). Pendant une dizaine d'années le PMSI, déjà en place dans les hôpitaux publics, n'a influé que de façon marginale sur leur dotation budgétaire. Sur la même période, les établissements privés à but lucratif ont continué à être financés par l'assurance maladie sur la base de prix de journée. C'est avec le plan Hôpital 2007 que les

---

1. Dans le domaine du soin le professionnel (ici offreur) connaît le mieux la demande du patient (théoriquement demandeur) que le patient lui-même. Il peut donc agir sur elle.

2. Le GHM est directement issu du Diagnostic-Related Group (DRG) que les assureurs américains mettent en place dès le début des années 1980.

pouvoirs publics (ici l'Etat) passent à l'acte. Depuis janvier 2004 l'ensemble des établissements privés sont soumis pour la totalité de leurs ressources à la Tarification à l'Activité (T2A) tandis que la part de cette même tarification dans la dotation des hôpitaux publics doit croître régulièrement pour atteindre la plus grande part de leurs ressources d'ici 2012<sup>1</sup>. On est passé d'un outil de mesure à un outil de répartition des financements, commun à l'hospitalisation publique et à l'hospitalisation privée. Et puisque chaque établissement sera financé en fonction de son activité, la concurrence pourra exister.

La mise en place de mécanismes concurrentiels est moins avancée dans le domaine des soins de ville. La situation de monopole de l'acheteur de soin (ici l'assurance maladie de base) et la désorganisation des offreurs y sont pour quelque chose. La réforme de 2004 tente une ébauche de mise en concurrence partielle qui utiliserait les assurances maladie complémentaires<sup>2</sup>. Le schéma envisagé dans les travaux préparatoires à la réforme était le suivant<sup>3</sup> : Un panier de biens et services étant défini par les pouvoirs publics<sup>4</sup>, l'assurance maladie de base et les assurances maladie complémentaires assureraient la couverture de ce panier de soins. Les complémentaires agissant de façon concurrentielle entre elles. Les négociations avec les professionnels ne seraient plus menées par la seule assurance maladie obligatoire mais seraient menées conjointement avec les assurances maladie complémentaires. La création, dans le cadre de la réforme, de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM) qui regroupe les trois grandes familles d'opérateurs en assurance maladie complémentaire<sup>5</sup> mettait en place les structures nécessaires à cette forme de mise en concurrence partielle. Dans la réalité le choix fait par le gouvernement de continuer à prendre, sans consultations des complémentaires, les principales décisions et surtout à négocier, seul, avec les médecins, prive, pour le moment, l'UNOCAM de toute fonction réelle.

- 
1. Une part des ressources des hôpitaux publics (dotations « MIGAC ») demeurera liée à des Missions d'Intérêt Général (formation, obligations de service public) et à une Aide à la Contractualisation. La logique des dotations MIGAC est évidemment antagonique à celle de la T2A. Les deux financements sont pris dans une enveloppe hospitalière prédéfinie. Plus les dotations MIGAC seront importantes et plus l'impact de la T2A sur le financement des hôpitaux publics sera amorti.
  2. La mise en concurrence dans les systèmes d'assurance maladie est plus avancée dans d'autres pays européens. La récente réforme néerlandaise va très loin dans ce sens. Voir Volovitch (2004) ; Cohu, Lequet-Slama, Volovitch (2006).
  3. Voir Chadelat (2003).
  4. Dans la réforme de 2004 c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) à qui revient la définition de ce « panier de biens et services ». Dans les faits les experts de la HAS refusent de prendre la décision et veulent limiter leur activité à la dimension d'expertise et d'avis.
  5. Mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs commerciaux.

Les constructions qui visent à la mise en place de mécanismes concurrentiels dans le domaine des soins hospitaliers laissent de côté de nombreuses questions :

- Le PMSI mesure aujourd'hui des coûts pour les activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Les difficultés pour construire le PMSI en moyen séjour et en psychiatrie, partout où la dimension purement technique du soin diminue, sont importantes et non encore résolues. La PMSI mesure, par définition, un coût standard qui ne prend pas en compte la dimension sociale du soin. Pour une intervention, la durée de séjour à l'hôpital ne doit-elle tenir compte que de l'aspect médical du soin ou doit-elle intégrer les conditions de prise en charge, de logement, du patient une fois qu'il sera hors de l'hôpital ? Une étude menée par la mission PMSI, en utilisant la même méthodologie que pour ses autres calculs, c'est à dire basée sur les coûts réels enregistrés dans plusieurs établissements, faisait apparaître, pour des populations socialement fragiles (isolement familial, chômage, logement précaire...) des coûts supérieurs de 20 % aux coûts standard. Mettre en concurrence deux établissements qui reçoivent, du fait par exemple de leur localisation géographique, des populations socialement hétérogènes placerait l'établissement qui reçoit les populations socialement défavorisées devant le choix de ne plus prendre en compte dans son activité la dimension sociale du soin ou de disparaître <sup>1</sup>.

- Aujourd'hui, les établissements hospitaliers privés et publics ne sont pas en concurrence. Non pas du fait des systèmes tarifaires mais du fait d'une spécialisation antérieure à la mise en place de la T2A. Les établissements privés se sont, au cours du temps, spécialisés sur les créneaux dans lesquels l'ancien système tarifaire leur donnait un avantage par rapport à l'hôpital public. Ainsi la chirurgie programmable permet une meilleure utilisation des plateaux techniques, et donc des coûts plus faibles, laissant à l'hôpital public les cas les plus lourds (en particulier parce que non programmables). Bien sûr, si l'on en reste à des grandes catégories suffisamment vastes (chirurgie cardio-vasculaire, médecine interne...) on peut faire apparaître des champs d'activité communs. Mais dès que l'on quitte ces grandes classifications pour aller vers des catégories plus fines le recouvrement d'activité entre hôpital public et hôpital privé devient moins important. La mise en

---

1. Dans une note de l'Institut Montaigne (structure de réflexion financée entre autres par plusieurs grands assureurs commerciaux) Dominique Coudreau (ancien directeur de l'agence régionale d'hospitalisation d'Ile de France, conseiller maître à la Cour des comptes) écrit : « Il faut décharger l'hôpital... de la prise en charge des cas sociaux qu'il fait mal, et à des prix prohibitifs qui l'encombrent » (Coudreau D., « L'Hôpital réinventé », Institut Montaigne, 2004).

place de la T2A est-elle de nature à modifier ce partage du marché ? Sinon quelle concurrence ?

- Un tarif de GHM n'est pas un prix de marché. S'il repose pour partie sur des données comptables, il s'agit bien au final d'un tarif fixé par les autorités publiques. Certaines critiques de la T2A y voient l'outil qui va privilégier le secteur privé. On peut tout aussi bien envisager que la T2A puisse servir à assécher certaines rentes que les établissements privés tirent des écarts entre les coûts réels et les tarifications. Au-delà de l'outil, c'est la question de l'objectif politique qui est posée.

- Enfin pour qu'une concurrence puisse exister il faut qu'il existe, au moins potentiellement, un excès d'offre. Au regard des coûts de mise en place d'une structure hospitalière, et compte tenu des problèmes de répartition territoriale, quelles sont les zones géographiques où une concurrence peut réellement exister ?

En médecine de ville, l'idée de mise en concurrence des assurances complémentaires pose la question de l'égalité dans l'accès aux soins. Aujourd'hui, les assurances complémentaires sont productrices d'inégalités de trois façons. Inégalités entre ceux qui peuvent se payer une complémentaire santé et ceux qui ne le peuvent pas. Inégalités entre les couvertures offertes, certaines étant confortables et d'autres très légères. Inégalités dans les modalités de financement dès lors que certaines complémentaires fixent leurs tarifs en pourcentage du revenu sans tenir compte de la composition du ménage, que d'autres ont des primes forfaitaires, que dans d'autres cas l'employeur prend en charge une partie de la cotisation...

Si chacun doit pouvoir accéder à une complémentaire, et c'est le but affiché du crédit d'impôt ouvert aux personnes dont les revenus ne sont pas supérieurs de 15 % au seuil CMU mis en place par la réforme de 2004 <sup>1</sup>, chacun accédera-t-il à la même complémentaire ? Si le niveau de couverture apporté, en complément de l'assurance maladie de base, par la complémentaire est le même pour tous dans des conditions de financement identiques quelle concurrence entre complémentaires ? Et dès lors pourquoi ne pas faire assurer ce niveau de couverture par l'assurance maladie obligatoire ? Si par contre il faut de la concurrence entre complémentaires alors la concurrence jouera nécessairement sur les prix et sur la couverture. Et alors quels effets sur les inégalités d'accès aux soins ?

---

1. Dans le cadre du PLFSS pour 2007 ce seuil est passé à 20 % du seuil CMU.

\* \* \*

En vingt ans les tentatives d'introduire les outils économiques dans le champ de l'assurance maladie ont pris successivement la forme de mise en place d'enveloppes fermées, de protocolisation des soins, de tentatives d'utiliser des mécanismes concurrentiels. Au cours du temps on a vu que l'objectif d'agir sur les pratiques mêmes des professionnels, que ce soit par la mise en place de protocoles ou par la promotion de contrats que les professionnels passeraient avec des opérateurs de soins, était de plus en plus clairement affiché.

Dans le même temps d'autres domaines, qui relèvent pourtant eux aussi du champ de l'assurance maladie, étaient clairement délaissés.

### **Des domaines, pourtant centraux quant à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, non pris en compte**

Les questions de démographie médicale comme celle des revenus des professionnels, qui relèvent pourtant clairement d'analyses économiques et de décisions publiques, ont été très peu envisagées.

#### ***Nombre et répartition des professionnels***

On a mis en place, en 2003, un Observatoire de la démographie médicale. C'est une bonne nouvelle. Mais le fait qu'on ait attendu 2003 pour le mettre en place, est caractéristique des manques de connaissance et de politique, dans ce domaine. Le seul outil dont disposent les pouvoirs publics pour adapter l'offre (nombre de professionnels) aux besoins de la population consiste à jouer sur le nombre d'étudiants admis à poursuivre des études de médecine, via un *numerus clausus* à l'entrée des études médicales. Compte tenu de la durée des études médicales, des modifications de comportement des médecins du fait tout particulièrement de la féminisation du corps professionnel... il s'agit là d'un outil très sommaire.

Mais le nombre de médecins n'est pas tout. La question de leur répartition sur le territoire est évidemment également centrale. On mesure aujourd'hui des disparités géographiques d'offre de soin. La densité médicale est très variable en France. La densité moyenne, 3,4 médecins pour 1 000 habitants, masque d'importants écarts. Le département de l'Eure ne compte que 2,1 médecins pour 1 000 habitants contre 4,6 dans les Alpes maritimes. Paris, avec ses 8,6 médecins pour 1 000 habitants, est totalement atypique. L'écart est plus fort pour les spécialistes (de 0,9 à 2,6) que pour les généralistes (1,2 à 1,9). Au-delà des inégalités constatées, une autre question se pose. Quel doit être l'objectif de politiques publiques dans ce domaine ? On dira

souvent que les professionnels sont trop nombreux là où la densité médicale est supérieure à la moyenne. La moyenne doit-elle devenir une norme ?

Sur la répartition des professionnels, on envisage des primes pour les professionnels qui s'installeraient dans les zones déficitaires. Pourtant les données disponibles indiquent, de façon prévisible, que les revenus des professionnels dans les zones déficitaires sont déjà supérieurs à la moyenne nationale... et que donc la question de la répartition géographique n'est pas une question de rémunération.

Surtout, la question du nombre de professionnels ne peut être disjointe de celle de la définition des champs professionnels. Si demain, comme les Britanniques et les Néerlandais en ont le projet, 20 % de l'actuelle activité des médecins est assurée par des infirmières plus qualifiées, tout le monde comprend bien que le nombre de médecins qui pourra apparaître comme nécessaire ne sera pas le même. Une des questions pour demain est donc bien celle de la redéfinition des champs professionnels entre médicaux et paramédicaux, cette redéfinition ayant évidemment des dimensions de revenus.

Sur l'ensemble de ces questions la réflexion a commencé, mais elle reste aujourd'hui limitée à un tout petit cercle d'experts <sup>1</sup>.

### **Les revenus des professionnels**

La question des revenus des professionnels demeure un tabou. Dans un secteur où les revenus directs représentent plus des deux tiers de la dépense, on prétend parler de maîtrise sans parler de revenus. La présence de quelques pages qui traitent rapidement des revenus des médecins dans un rapport récent de la commission des comptes de la Sécurité sociale, peut permettre d'espérer que les choses changent, mais bien lentement.

Aujourd'hui, les écarts de revenus entre médecins, mais également les écarts de revenus entre médecins et autres professionnels, sont importants. Les écarts de revenus entre médecins libéraux sont considérables. Qu'il s'agisse des écarts à l'intérieur d'une catégorie – l'écart interdécile chez les médecins généralistes est supérieur à 3 – ou qu'il s'agisse des écarts entre spécialités – le revenu moyen d'un radiologue est plus que trois fois supérieur à celui d'un généraliste. La situation n'est pas meilleure du côté de la médecine salariée. Dans une étude, malheureusement déjà ancienne <sup>2</sup>, on pouvait voir que par rapport à un revenu moyen de médecin hospitalier, les

---

1. A signaler sur ce sujet l'étude du CREDES : Midy (2003) ; Berland (2003) ; DREES (2005).

2. DREES, « Les écarts de revenu entre les médecins salariés à l'hôpital », *Etudes et résultats*, n°28, août 1999, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

chirurgiens et cardiologues qui profitaient du plein statut de fonctionnaire (praticien hospitalier) disposaient d'un revenu supérieur de 64 % à cette moyenne tandis que les généralistes disposant du statut le plus fragile (attachés) bénéficiaient d'un revenu inférieur de 62 % à cette moyenne. Des écarts, également importants, existent entre les revenus des médecins et ceux des autres professionnels du soin.

Surtout ces écarts de revenus sont le résultat d'évolutions d'activités et de tarifs sur lesquels il n'y a ni volonté, ni réflexion. Qui a décidé que le revenu d'un radiologue devait être, en moyenne, plus de trois fois supérieur à celui d'un pédiatre ? En fonction de quelle rationalité ? De quel choix ?

Toujours sur les revenus. On a vu plus haut qu'il est envisagé de faire des économies, parfois importantes, en luttant contre les gaspillages. Agir contre les gaspillages est sans doute nécessaire. Mais pour avoir une certaine efficacité il faut prendre en compte le fait que ces gaspillages assurent aujourd'hui une partie des revenus des professionnels. Quand on annonce que l'on va réaliser telle économie en luttant contre le gaspillage cela devient, pour les professionnels, l'annonce que leur revenu va globalement diminuer de la somme qui sera épargnée. Aujourd'hui, quand on parle de réduire les dépenses d'assurance maladie on oublie de dire, parce qu'en fait on n'en a aucune idée, quel sera l'effet de cette réduction sur les revenus de telle ou telle catégorie professionnelle <sup>1</sup>. Peut-on après réellement s'étonner que les professionnels soient pour le moins méfiants face aux annonces de réformes ?

La façon la plus simple pour les pouvoirs publics de gérer les dépenses d'assurance maladie sans avoir à aborder la question des revenus de professionnels, serait de réduire le champ de « l'opposabilité » des tarifs <sup>2</sup>. C'est la pratique, déjà ancienne, des pouvoirs publics dans le domaine dentaire. Les « soins conservateurs » sont correctement remboursés à des tarifs qui se situent en dessous des coûts réels des praticiens. Les « soins prothétiques » sont très mal remboursés parce que les tarifs de remboursement sont très en dessous des prix réellement pratiqués, très librement, par les professionnels. Dans ce type de situation, le dentiste se sent peu concerné par les tarifs de l'Assurance maladie puisque son revenu est assuré très largement par des actes dont la rémunération n'a plus qu'un rapport lointain avec ces tarifs <sup>3</sup>. Le

---

1. Suite à la mise en place de la réforme de 2004 (« médecin traitant ») l'activité de certaines spécialités (tout particulièrement les dermatologues) a diminué. On bricole, après la réforme, des « compensations » pour les spécialités touchées.

2. Un tarif est dit « opposable » lorsque le professionnel est tenu de faire payer au patient un prix lié au tarif de remboursement par l'assurance maladie.

3. Alors que l'activité prothétique représente un tiers de l'activité des dentistes elle assure deux tiers de leurs revenus.

niveau de prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie est faible <sup>1</sup>. Et les soins dentaires sont le domaine dans lequel les inégalités sociales d'accès et de situation sont les plus importantes. En partant de l'exemple des soins dentaires on peut deviner le risque que fait courir à l'égalité d'accès aux soins la multiplication des possibilités ouvertes aux médecins, par la réforme d'août 2004, de pratiquer des « dépassements ». Depuis le début des années 80 un médecin peut continuer à être « conventionné » par l'assurance maladie tout en pratiquant, « avec tact et mesure », des dépassements tarifaires. Il devient médecin dit de « secteur 2 ». La multiplication des médecins du secteur 2, surtout dans certaines spécialités, et dans certains secteurs géographiques, fait que, d'ores et déjà, il n'est plus possible pour certains patients de trouver, à proximité de leur domicile, des médecins pratiquant des tarifs « opposables ». Quand les prix des professionnels du soin n'auront plus de rapport avec les tarifs de l'assurance maladie, les pouvoirs publics n'auront plus à se préoccuper des revenus des professionnels, mais on pourra alors se demander si l'assurance maladie existe encore.

A l'inverse les procédures mises en place dans le cadre de la réforme Jupé, celles qui faisaient varier la valeur de l'acte de chaque médecin en fonction de l'observance par l'ensemble des médecins de l'enveloppe dédiée aux soins de ville, mettaient les pouvoirs publics en position de contrôle direct de la rémunération globale des professionnels <sup>2</sup>. Du conflit qui s'est ensuivi les responsables ministériels successifs ont tiré la leçon qu'il ne fallait plus se trouver dans cette situation. La tendance lourde est donc de laisser les professionnels pratiquer de plus en plus une liberté tarifaire. Cette politique a pour limite que la liberté tarifaire renvoie une part de plus en plus importante de la dépense sur les ménages (ou sur les complémentaires) au risque d'augmenter la difficulté d'accéder aux soins pour les plus modestes. .

\* \* \*

Plusieurs questions importantes qui relèvent clairement d'une décision publique utilement éclairée par des calculs économiques – le nombre des professionnels, leur répartition, la réflexion sur les niveaux de revenus et sur les écarts souhaitables entre catégories de professionnels – ne sont pas, ou peu traitées. Dans le même temps alors que les déterminants de l'offre ne

---

1. L'assurance maladie prend en charge 34 % des dépenses de soins dans le domaine dentaire.  
2. Contrôle de la masse globale et pas du tout de sa répartition entre professionnels, ce qui était une des dimensions du problème.



sont pas traités, l'utilisation de l'outil économique est centrée sur les pratiques professionnelles. Comment peut-on expliquer cette inversion des priorités ?

### **Pourquoi sommes-nous dans une situation d'inversion des priorités ?**

Nous faisons l'hypothèse qu'il y a un lien entre ce que nous appelons une inversion des priorités (vouloir traiter à l'aide d'outils économiques la question des pratiques avant même d'avoir utilisé d'autres outils économiques pour organiser l'offre de soins) et la faiblesse des capacités d'auto-régulation et d'auto-organisation des professionnels.

Pour tenter de démontrer ce lien, nous partons du sujet hautement controversé du contrôle des pratiques professionnelles. Faut-il un contrôle des pratiques professionnelles ? Les données disponibles sur les problèmes de non-qualité dans les soins <sup>1</sup>, les accidents thérapeutiques, voire même les fraudes parfois révélées... beaucoup de faits montrent que ce contrôle est nécessaire. La discussion ne porte donc pas sur la nécessité de ce contrôle mais sur sa forme. Les caractéristiques mêmes de l'activité de soins font qu'un contrôle interne (exercé par les professionnels entre eux) sera toujours plus efficace qu'un contrôle externe (exercé par un organisme extérieur). Mais le choix entre contrôle interne ou externe n'est pas simple car il s'articule tout à la fois avec le mode d'exercice et les formes de rémunération :

- La question d'un éventuel contrôle interne n'est pas indifférente à la question des modes d'exercice. Si le mode d'exercice est solitaire (en ville) et hiérarchique (à l'hôpital) on ne voit pas bien comment fonctionnerait un contrôle entre pairs. A l'inverse un mode d'exercice coopératif en ville dans lequel des médecins, mais aussi des para-médicaux, des travailleurs sociaux coopèrent, un mode d'exercice collectif et non hiérarchisé à l'hôpital, ouvrent des espaces à ce contrôle entre pairs.

- Type de contrôle et mode d'exercice s'articulent également avec les choix possibles en matière de rémunération. Les modes d'exercice coopératifs et non hiérarchiques étant plus cohérents avec la capitation, voire le salarier, qu'avec le paiement à l'acte. On notera que poser la question du changement des formes de rémunération en cohérence avec un projet sur les modes d'exercice n'a évidemment pas le même sens que de croire qu'à eux seuls les modes de rémunération puissent produire d'autres modes d'exer-

---

1. Voir note 4, p.38.

cice. On utilise ici le même vocabulaire que celui qui est utilisé par les micro-économistes qui rêvent d'agir sur les comportements individuels en agissant sur les formes de rémunération. Mais seuls les mots sont communs. Les objectifs et les moyens (s'appuyer sur des formes d'organisation collective ici, agir sur des comportements individuels là) ne sont pas les mêmes.

Si les pouvoirs publics partent de la situation telle qu'elle est ils ne peuvent que constater qu'ils sont face à des corps professionnels très peu structurés entre eux, et peu structurés en interne pour chacun d'entre eux. Cette absence de structuration conduit à une très faible capacité d'auto-régulation. Si la capacité d'auto-régulation – et donc de contrôle interne – est faible, il est cohérent de faire la choix d'un contrôle externe. Dès l'ors, l'attirail micro-économique disponible Outre atlantique qui promet que l'on peut piloter l'activité des professionnels en jouant sur les prix, les incitations et sur les formes de rémunération <sup>1</sup>, devient très tentant. C'est parce que les système tel qu'il est apparaît comme faible en matière de capacités d'auto-régulation que les outils économiques et gestionnaires mis en place visent, et de plus en plus, à intervenir sur le comportement des médecins en particulier et des professionnels en général.

Mais dans le même temps, c'est bien parce que les mêmes pouvoirs publics n'ont pas voulu prendre en charge les questions de mode d'exercice et celles de rémunération que nous sommes dans cette situation.

Car nous sommes dans une situation où les pouvoirs publics sont à la fois les victimes mais aussi les acteurs de l'éclatement du corps médical (Hassenteufel, Pierru, 2003 ; Hassenteufel, 1997).

Cette situation est assez facile à observer si nous nous plaçons non plus du côté de l'auto-régulation, mais plutôt du côté de l'auto-organisation des professionnels.

L'absence d'acteur représentatif et unifié pour les médecins et plus largement pour l'ensemble des professionnels du soin a évidemment à voir avec l'histoire même de la constitution de ces professions (Freidson, 1984). Mais la responsabilité des pouvoirs publics dans ce domaine existe également. Dans le domaine des négociations sociales avec les professionnels de santé, les pouvoirs publics utilisent, comme dans les autres secteurs de la négociation sociale, la facilité de la signature minoritaire. Dans le domaine des relations avec les professionnels du soins, cela peut prendre des formes caricaturales. C'est l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales

---

1. Qui parlent des formes de rémunération mais qui ne disent rien sur le niveau souhaité de ces rémunérations.

(IGAS) qui, avant chaque négociation conventionnelle, fixe la liste des organisations syndicale « représentatives ». On a vu certaines années des organisations totalement groupusculaires accéder à la dignité d'organisation représentative parce que les pouvoirs publics avaient besoin de leur signature en bas de la convention. En lien étroit avec la signature minoritaire existe une pratique de très faible attention portée au signataire de l'accord une fois l'accord signé. La convention signée à la fin des années 1990 avec MG France<sup>1</sup> comportait ainsi la mise en place d'une forme nouvelle d'exercice et de rémunération du métier de généraliste : « le médecin référent ». Les retards et les attermoiements dans la mise en place concrète de l'option référent ont évidemment participé à son faible succès. Le très faible succès de l'option référent a été un élément de la défaite de MG France aux élections professionnelles qui ont suivi.

Les pouvoirs publics ont bien compris qu'il y avait un problème de représentativité des acteurs dans le domaine du soin. Conscients du problème, ils ont mis en place, au début des années 1990, des Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) dont les représentants, élus directs des médecins, pouvaient être l'amorce d'une représentation des professionnels. Mais la pratique des pouvoirs publics a régulièrement consisté à ne pas tenir compte des résultats de ces élections dans la négociation et l'application des accords passés avec telle ou telle organisation. Le résultat du cumul des signatures minoritaires, de la non-attention portée à l'application des accords, et de la non prise en compte des élections aux URML conduit à une situation où, depuis leur création, les organisations qui avaient passé des accords (conventions) avec les pouvoirs publics, quand bien même elles avaient remporté les élections précédentes, ont régulièrement perdu les élections suivantes<sup>2</sup>.

L'absence, réelle, d'interlocuteur collectif justifie alors la mise en place de politiques de contrôle qui n'envisagent plus qu'un rapport direct pouvoirs publics/professionnels. Cette situation exacerbe la crainte d'une remise en cause de la liberté d'exercice qui nourrit à son tour la méfiance, la rétractation, l'éclatement des corps professionnels. Un bon exemple de cette dégra-

---

1. Alors clairement majoritaire chez les généralistes.

2. Dernier épisode de cette triste histoire. Lors du dernier vote aux URML les syndicats opposés à la dernière convention médicale sont clairement majoritaires. En application des textes ils doivent pouvoir user d'un droit d'opposition qui devrait conduire les pouvoirs publics à renégocier cette convention. L'Etat fait voter, par le biais d'un amendement parlementaire, une disposition qui prive de leur représentativité deux des syndicats vainqueurs des dernières élections aux URML transformant ainsi les majoritaires en minoritaires. Ce type de gestion, à coup d'expédients, de la question de la représentation majoritaire des médecins ne peut que compliquer encore plus l'apparition d'acteurs puissants avec lesquels la négociation, à défaut d'être facile, pourrait mener à des accords réellement significatifs.

dation des rapports entre pouvoirs publics et professionnels me semble pouvoir être trouvé dans la politique menée actuellement dans le domaine du remboursement des médicaments. Qu'il faille dérembourser, ou mieux ne plus prendre en charge, des médicaments à l'utilité douteuse ou nulle, est sans doute une bonne idée. Mais l'annoncer par voie de presse après décision d'expert, c'est aussi dire au malade que le médecin, son médecin, qui lui prescrivait ce médicament depuis parfois de longues années, n'est pas très bon. On peut douter que ce type de pratique améliore les relations entre le médecin et l'assurance maladie. Bien sûr, pour une partie des corps professionnels, l'étendard de la liberté professionnelle ne sert qu'à voiler, de façon parfois dérisoire, des objectifs purement et directement corporatistes. Mais vouloir analyser la crise des professions du soin à partir de cette seule lecture serait, me semble-t-il, une erreur.

Nous sommes donc bien dans une situation où la faiblesse de capacité d'auto-régulation et d'auto-organisation des corps professionnels sert de base à des politiques publiques d'intrusion dans le domaine des pratiques professionnelles. Mais, dans le même temps, c'est l'absence de politiques publiques dans le domaine de l'offre qui entretient la faiblesse de l'auto-régulation tandis que la non cohérence des politiques de négociation participe à la faiblesse de l'auto-organisation des professionnels.

Une des voies de sortie de cette situation serait, me semble-t-il, de réfléchir à la définition de la frontière qui séparerait utilement ce qui doit relever de la décision collective et qui peut être mis en place en utilisant la contrainte économique, de ce qui doit demeurer, sauf à remettre en cause leur identité professionnelle, de la compétence exclusive des professionnels du soin.

Quels seraient les sujets pour lesquels la décision collective serait légitime ? Il me semble que la collectivité serait légitime si elle réfléchissait aux champs d'activité des professionnels, à leur nombre, à leur répartition à l'intérieur du système de soins et sur le territoire, quand elle définirait le contenu de leur formation, initiale et continue, et fixerait les conditions de leur re-certification périodique. Elle devrait également, et cette question est évidemment liée à la précédente, avoir une réflexion sur le temps et les conditions de travail des professionnels du soin, et donc sur les modes et les niveaux de rémunération. C'est sur la base de cette réflexion qu'elle pourrait ouvrir une négociation avec une représentation des professionnels du soin.

Ce qui suppose alors d'accepter, de favoriser, l'émergence d'une représentation forte des professionnels avec laquelle les négociations ne seraient pas nécessairement faciles, mais avec laquelle les compromis passés auraient enfin du sens.

L'inversion des priorités, la tentative d'intervenir sur les pratiques sur la base de contraintes ou d'incitations économiques alors que les questions de la répartition des professionnels et de leurs revenus ne sont pas abordées, s'articule avec la difficulté à négocier dans une situation où n'existe pas d'acteur(s) représentatif(s) de l'ensemble des professionnels. Ne trouvant pas d'acteur avec qui négocier des choix réellement collectifs, les pouvoirs publics espèrent agir sur des comportements qu'ils ne perçoivent que comme des comportements individuels vu les faiblesses de capacité d'auto-régulation de corps professionnels éclatés.

\* \* \*

Parce que les dépenses liées aux soins de santé sont importantes, parce qu'elles augmentent plus rapidement que la richesse nationale et qu'elles ne peuvent être prises en charge que collectivement il faut introduire des raisonnements économiques dans le champ de l'assurance maladie. La nature même du travail des professionnels de santé, et sa qualité, supposent que les professionnels jouissent d'une autonomie importante. L'introduction des raisonnements économiques dans le champ de l'assurance maladie rend nécessaire une réflexion, un débat, sur les parties de l'activité de soin qui peuvent relever de la décision collective, c'est là que pourront intervenir utilement les raisonnements économiques, et les parties de cette activité de soin qui doivent demeurer du ressort des professionnels. La frontière entre ce qui doit relever de la décision collective et ce qui doit demeurer de la compétence des professionnels n'a sans doute rien de stable. C'est pourquoi elle doit faire l'objet d'une réflexion et d'un débat collectif pour pouvoir être réajustée en fonction de l'évolution tout à la fois des questions de santé posées, des techniques pour les prendre en charge, des modes d'organisation des professionnels. Dans tous les cas, un réel débat sur cette question et une négociation utile avec les professionnels supposent que le (ou les) corp(s) professionnels liés aux soins soient représentés par des acteurs qui soient tout à la fois des forces d'auto-organisation et des négociateurs reconnus. La construction de ces acteurs représentatifs relève évidemment, et en premier lieu, de la responsabilité des professionnels eux-mêmes, mais, par leur action, les pouvoirs publics peuvent faciliter cette construction ou, au contraire, la rendre très difficile.

### Références bibliographiques :

- Arrow K. (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, publié en français dans *Théorie de l'information et des organisations*, Dunod, 2000, Paris.
- Berland Y. (2003), *Coopération des professions de santé : les transferts de tâches et de compétences*, Rapport au ministre de la Santé, octobre.
- Cohu S., Lequet-Slama D., Volovitch P. (2006), « Pays-Bas, une réforme de la santé fondée sur la concurrence et la privatisation », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, avril-septembre.
- Chadelat J.F. (2003) « La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé », [www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000159/index.shtml](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000159/index.shtml)
- DREES (2005), « Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé », *Revue française des affaires sociales*, n°1.
- Freidson E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris.
- Hassenteufel P., Pierru F. (2003), « De la crise de la représentation à la crise de la régulation », in *La crise des professions de santé*, sous la direction de J. de Kervasdoué, Dunod, Paris.
- Hassenteufel P. (1997), *Les médecins face à l'Etat*, Presses de Sciences Po, Paris.
- Midy F. (2003), « Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières », *Questions d'économie de la santé*, CREDES, n° 65, mars.
- Pellet R. (2003), « Les relations juridiques (très peu) conventionnelles des médecins avec la Sécurité sociale », in *La crise des professions de santé*, sous la direction de J. de Kervasdoué, Dunod, Paris.
- Sarlat G. (2004), « Dépenses et recettes de l'assurance maladie, mythes et réalités », *Sève*, n°4, automne.
- Volovitch P. (2004), « Les syndicats face aux réformes de l'assurance maladie », *Chronique internationale de l'IREN*, n°91, novembre, p.p. 5-16.