

Dossier : Économiser la santé

par Frédéric Pierru

Alors que la réforme de l'assurance maladie de 2004 ambitionnait d'être selon son promoteur – Philippe Douste-Blazy – la dernière du genre en comblant une fois pour toutes le trop fameux « trou de la Sécu », une énième « modernisation » du système de santé va donc être votée à l'automne, au moment où la réduction des déficits et de la dette publics s'impose comme impératif catégorique de l'action gouvernementale. À défaut d'avoir ramené ces derniers dans les clous du Pacte de stabilité, le président de la République et son état major veulent ainsi démontrer aux « partenaires » européens, en pleine présidence française de l'Union, leur détermination à mener à bien les réformes de la protection sociale que réclame et vante la Commission depuis maintenant près de quinze ans. Les rapports officiels se succèdent – sur l'hôpital, sur les futures agences régionales de santé, sur le périmètre de l'assurance maladie publique, etc. – au même rythme que les déclarations fracassantes destinées à prendre le pouls de l'opinion sur telle ou telle mesure de remboursement (dernier exemple en date, le remboursement de l'optique et des soins dentaires et celui, partiel, de médicaments jusqu'alors pris en charge à 100% dans le cadre des affections de longue durée – ALD). L'avenir de l'assurance maladie s'annonce bien sombre : la réduction des déficits publics pousse à transférer au marché des complémentaires maladie un nombre toujours plus grand de dépenses jusqu'alors prises en charge par l'assurance maladie publique, au nom de la soi-disant « responsabilisation » (financière) des assurés sociaux. Il s'agit, en effet, du dernier levier à actionner lorsque l'on a écarté d'emblée l'accroissement du financement public et la réorganisation de l'offre de soins, de peur de heurter les intérêts économiques de la profession médicale et des industries de santé. Le plan d'économie de quatre milliards d'euros présenté, le 29 juillet 2008, par la ministre de la Santé Roselyne Bachelot et, tout un symbole, Éric Woerth (qui se présente comme le ministre de la maîtrise des dépenses publiques) ne change rien à l'affaire, même si le gouvernement semble avoir pour l'instant reculé après le tollé soulevé par l'évocation de remboursements massifs. Il préfère donc s'en remettre à un expédient budgétaire : la taxation à hauteur de un milliard d'euros du chiffre d'affaires des assurances maladie complémentaires. Mais, au bout du compte, cela n'enrayera pas la mécanique de la désocialisation rampante des dépenses de soins. En effet, le gouvernement demande implicitement aux complémentaires de ne pas répercuter l'intégralité de la nouvelle taxe sur le montant des primes (la taxe aura donc partiellement les mêmes effets que les remboursements attendus) contre l'engagement de sa part à conforter leur position dans la « gouvernance » de l'assurance maladie et, surtout, à transférer à leur profit la gestion des soins dentaires et d'optique au premier euro, ce que réclame d'ores et déjà le président de la Fédération française des sociétés d'assurance. Hormis la bonne nouvelle que constitue la réhabilitation de la cotisation patronale, mais hélas à un taux très faible, sur la participation et l'intéressement (*quid* des stock options et autres parachutes dorés ?), on reste dans le très classique : si les médecins libéraux se voient promettre, en contrepartie d'engagements évasifs (notamment sur le problème crucial de la répartition territoriale des médecins), la carotte de la hausse de un euro du tarif de la consultation des généralistes et, surtout, de l'ouverture d'un secteur « optionnel » qui, plutôt que de juguler les dépassements d'honoraires, va les consacrer, les assurés sociaux, quant à eux, se voient menacés du bâton de l'intensification de la lutte contre la « fraude » et les personnels hospitaliers, déjà débordés, de la hausse de la productivité hospitalière... Au passage, on apprend que le montant de la « fraude », qui monopolise tant l'attention des journalistes et des hommes politiques, se chiffre à 116 millions d'euros en 2007 pour environ 150 milliards de dépenses d'assurance maladie !

Dans un article introductif, Frédéric Pierru revient sur l'idée de « marchandisation » de la santé, montrant que celle-ci est loin de se cantonner à la « privatisation », c'est-à-dire au recul, pour l'instant modeste même s'il est bien réel, de l'assurance maladie « publique » au profit des organismes complémentaires. L'étude des réformes étrangères invite à complexifier le tableau : la recomposition néolibérale des États (de moins en moins ?) « sociaux » va plutôt de pair avec une dynamique de libéralisation, c'est-à-dire de promotion, par l'État et les caisses de sécurité sociale, du principe de concurrence dans un monde longtemps dominé et structuré par les valeurs du professionnalisme : monopole, autorégulation, autonomie. Il s'agit, par ce biais, d'acclimater des critères et des objectifs (exogènes) de « rationalisation » gestionnaire : maîtrise des coûts bien sûr, mais aussi coordination et évaluation (formalisée) de la qualité des soins, standardisation des prises en charge, etc. Le dossier explore, en trois temps, l'ensemble de ces facettes de la « réforme ».

Dans une première partie, les articles de Bernard Friot et Laurence Poinart, de Daniel Benamouzig et de Élisabeth Labaye reviennent sur l'enjeu central de la réforme de l'assurance maladie : la redéfinition, dans un sens toujours plus restrictif, de son « périmètre ». B. Friot et L. Poinart replacent l'évolution des recettes de l'assurance maladie, en faveur de l'impôt (CSG) et des primes versées aux organismes complémentaires aux dépens de la cotisation sociale, dans le cadre de l'offensive tous azimuts contre le salariat. Les questions de financement sont souvent technicisées et dépolitisées par les acteurs dominants du débat public. Or, les deux auteurs insistent avec force sur leur portée éminemment politique tant elles renvoient à la place du travail dans les sociétés capitalistes : la mise en place des institutions du salariat, profondément subversives, a permis, en effet, de soustraire le travailleur à l'état de subordination et à l'impératif moral de prévoyance pour le faire accéder à la sphère du non marchand et de la solidarité entre égaux. C'est sur cette concession décisive que le capitalisme financier radicalisé prétend revenir grâce aux « réformes » de l'État social. Daniel Benamouzig souligne, quant à lui, le rôle crucial de la Haute autorité de santé dans la (re-)définition du fameux « panier de biens » pris en charge par l'assurance maladie. Pour le moment, les avis de cette agence sont le fait d'experts choisis *intuitu personae* qui discutent dans le cadre feutré de commissions spécialisées, sous le regard pressant du gouvernement et des caisses pour leur part focalisés sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Cependant, comme pour le financement, nous n'avons pas affaire ici (seulement) à une question « technique » de rationalisation gestionnaire mais à l'enjeu politique fondamental des inégalités de santé et d'accès aux soins, lequel exige un débat démocratique autour des critères sur la base desquels évaluer l'utilité de tel ou tel « produit de santé ». Bref, le progrès social passe aussi par l'autonomisation des nouvelles structures d'expertise que sont les agences par rapport aux logiques comptables ou gestionnaires, donc par le déploiement ou le renforcement en leur sein de différents savoirs et intérêts sociaux (sciences sociales, patients, etc.). L'article d'Élisabeth Labaye fait écho aux articles précédents en montrant que les mesures s'inscrivent dans le projet des assureurs, défini à partir du milieu des années 1990. L'obsession gouvernementale de la réduction des déficits publics permet de rassasier leur appétit, et ce ne sont pas les gages (voire les gadgets) sociaux bien dérisoires (« bouclier sanitaire » ou « chèques santé ») destinés à permettre aux plus démunis de souscrire une assurance maladie complémentaire qui permettront d'enrayer la dynamique inégalitaire fondamentalement liée à la désocialisation rampante qui caractérise les réformes en cours.

Dans un deuxième temps, le dossier explore la face moins connue du néolibéralisme en santé. Les articles des deux économistes hétérodoxes Philippe Batifoulier et Jean-Paul Domin s'intéressent de près à la façon dont l'État s'échine à construire de toutes pièces un « marché de la santé ». Ils tirent ici toutes les implications des travaux de sociologie économique (le

marché walrasien, où la concurrence serait pure et parfaite, est une fiction) et de la spécificité de la rationalité politique néolibérale (qui voit dans le marché une institution sociale et politique comme une autre). Selon Philippe Batifoulier, la percée de catégories d'entendement utilitariste et consumériste, certifiées par un État qui voit dans la concurrence une arme contre le libéralisme politique des médecins, ne peut que déboucher sur un échec : la régression de la « part gratuite » de la médecine, de plus en plus monétarisée, pousse à la hausse les dépenses, ce qui « justifie » en retour la responsabilisation financière des assurés sociaux et, *in fine*, creuse toujours davantage les inégalités d'accès aux soins. Jean-Paul Domin analyse plus précisément la politique de marchandisation et de *corporatization*¹ des hôpitaux, dont les directions sont incitées à se comporter en entrepreneurs cherchant à gagner des parts de marché face à la concurrence des cliniques et des autres hôpitaux. Là encore, il s'agit pour l'État de mimer ou de simuler le marché au moyen d'une débauche d'instruments de gestion au premier rang desquels la « tarification à l'activité ». Toutefois, les libertés managériales concédées par la main droite de l'État sont très souvent vidées de leur contenu par sa main gauche (qui ne cesse de produire de nouvelles réglementations), tandis que, sur le terrain, le scepticisme sinon l'exaspération des personnels et des usagers sont au paroxysme. Pour finir, Patrice Pinell rappelle fort opportunément que l'analyse sociologique ne saurait entériner les prétentions des options néolibérales à s'imposer de l'extérieur, unilatéralement et implacablement, aux acteurs du monde de la santé : l'autonomie du champ médical, depuis sa structuration à la toute fin du XVIII^e siècle, a été l'objet de redéfinitions successives au gré de l'évolution des rapports de force en son sein et, de nos jours, les « contraintes » imposées de l'extérieur par l'administration de la santé ou les associations de malades et d'usagers (entre autres) sont aussi des ressources pour un segment réformateur de l'élite médicale dans la lutte pour le pouvoir dans le champ médical.

Enfin, troisième et dernier temps, les articles de François Buton et de Claude Thiaudière décentrent utilement le regard en s'intéressant moins au cœur de la réforme qu'à ses marges. François Buton souligne ainsi que le « renouveau » de la santé *publique* française, qui a démarré à la fin des années 1980, ne saurait être en aucune façon considéré comme le contrepoids à la privatisation larvée de l'assurance maladie. En effet, la multiplication des agences de sécurité sanitaire tout entières dédiées à l'identification et à la neutralisation des « risques sanitaires », et la fétichisation des indicateurs chiffrés dans la mise en œuvre de « la » politique de santé publique ont peu à peu relégué l'objectif affiché de réduction des inégalités sociales de santé bien loin derrière la lutte traditionnelle contre les fléaux dans la liste des priorités de santé de l'État. Il faut donc davantage parler de (profonde) métamorphose que de « renouveau » de la santé publique. Claude Thiaudière, quant à lui, en s'appuyant sur l'exemple du handicap, insiste sur les phénomènes de vases communicants entre le « social » et le « sanitaire ». Au gré des réformes de ces deux systèmes, motivées essentiellement par des raisons budgétaires, des populations vulnérables tombent dans des trous structurels, cependant que l'État en appelle hypocritement à la « solidarité familiale » pour combler ses propres carences. À l'instar des bénéficiaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'État, les « handicapés » font partie de ces populations invisibles toujours en première ligne pour supporter les foudres de la rigueur budgétaire, qui nous rappellent qu'un dispositif centré sur « ceux qui en ont le plus besoin » devient rapidement un pauvre dispositif. Échanger des droits (universels) contre des aides (ciblées), comme nous le propose l'actuel gouvernement, est décidément un marché de dupes.

¹ Littéralement, transformation en entreprises.