

« Un Système Sanitaire et Social ou l'Absence d'Economicité fait la Part Belle Aux Relations de Pouvoir »

Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Economica 1985 ; Chap.1 : 7-35

R. Launois¹, P. Giraud

Le Système sanitaire français est fondé sur la pluralité des « offreurs » de soins auxquels peuvent librement s'adresser des malades qui, avec le développement de la sécurité sociale, ne supportent directement qu'une faible partie des frais engagés pour le maintien de leur santé. Il n'existe pas de « marchés » au sens de la théorie classique où pourraient se réguler des offres et des demandes qui présentent des caractéristiques bien particulières. Les administrations et les organismes de sécurité sociale s'efforcent de les contrôler en dépit de la pression qu'exercent sur eux les professionnels constitués en groupes d'intérêts.

1. L'ABSENCE D'ECONOMICITE DU SYSTEME

La médecine ambulatoire est principalement exercée dans des cabinets où un praticien libéral travaille seul en dépit de la progression du nombre des cabinets de groupe et de la fréquentation des consultations « externes » hospitalières et de celle des dispensaires créés et gérés par des institutions publiques ou privées. Les établissements d'hospitalisation se répartissent entre un secteur public - qui rassemble 70 % des lits, y compris les lits d'hébergement – et un secteur privé dont une partie, à forme non commerciale, regroupe 12 % des lits et est de plus en plus proche, dans son fonctionnement, du secteur public, et dont l'autre partie, avec 18 % des lits, est divisée en plus de 2 000 cliniques à forme commerciale constituées avec des capitaux privés.

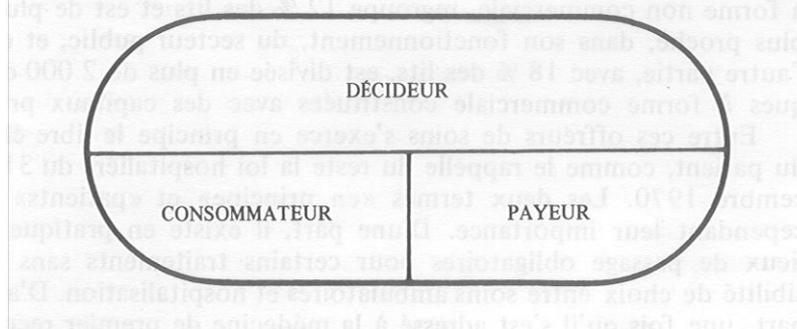
Entre ces offreurs de soins s'exerce en principe le libre choix du patient, comme le rappelle du reste la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Les deux termes « en principe » et « patients » ont cependant leur importance. D'une part, il existe en pratique des lieux de passage obligatoires pour certains traitements sans possibilité de choix entre soins ambulatoires et hospitalisation. D'autre part, une fois qu'il s'est adressé à la médecine de premier recours, le patient n'est plus totalement libre de ses choix ; il s'en remet au praticien auquel il a accordé sa confiance quant au mode de diagnostic et de traitement et à la « filière » qu'il devra suivre. C'est l'effet de ce qu'il est convenu d'appeler le « pouvoir médical ».

Ces réserves faites, le choix ne repose qu'en de bien rares circonstances sur des critères d'ordre économique ou financier. En aucun cas le prix du service n'est fixé sur le marché, parce que la santé n'est pas considérée comme un bien marchand, parce que le consommateur est privé des moyens de faire un calcul économique lui permettant de rechercher le meilleur résultat au moindre coût, parce qu'enfin la plus grande part des frais est prise en charge par des organismes de protection sociale obligatoire. Ainsi, celui qui fait le choix n'en assume pas, ou guère, la responsabilité financière ; celle-ci est médiatisée et incombe à l'institution d'assurances sociales.

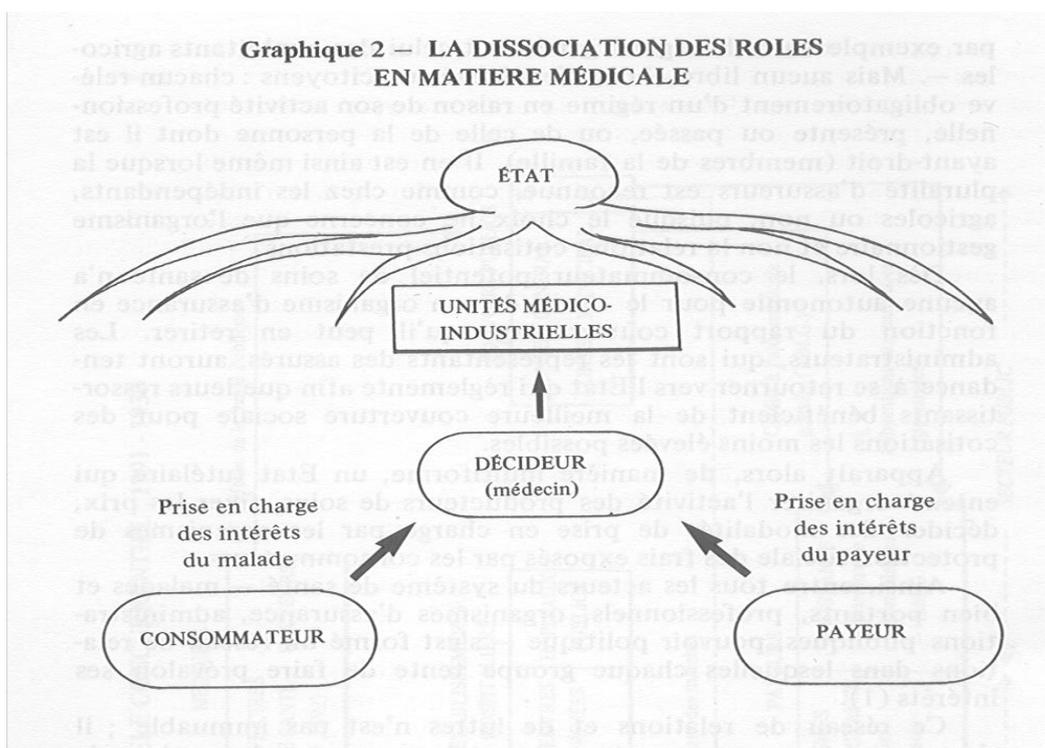
Au schéma traditionnel de la théorie de la consommation (graphique 1), dans lequel les rôles de consommateur, de décideur et de payeur sont tenus par la même personne, se substitue un schéma de dissociation des rôles (graphique 2).

Consommateur, décideur et payeur sont donc distincts. D'autre part, l'exercice médical moderne exige que les prestataires aient de plus en plus recours à des équipements perfectionnés. Les achats de matériel qui, pendant de longues années, se limitaient à l'appareillage radiologique et opératoire, recouvrent maintenant tous les domaines de l'activité médicale, qu'il s'agisse du diagnostic : isotopes, radioactifs, scanographe, doppler..., ou de la thérapeutique : lasers, radiothérapie à haute énergie, prothèses cardiaques ou articulaires. L'utilisation de ces équipements relève de décisions médicales et n'est pas déterminée par les choix de ceux qui en bénéficient. Ces matériels coûteux, dont l'obsolescence est rapide, constituent un enjeu important pour le monde industriel.

**Graphique 1 – LE CUMUL DES ROLES
DANS LA THÉORIE TRADITIONNELLE DE LA CONSOMMATION**



**Graphique 2 – LA DISSOCIATION DES ROLES
EN MATIÈRE MÉDICALE**



Cette double liaison justifie l'appellation retenue pour désigner les unités de production secondaire. Les théories traditionnelles sont inapplicables dans un système où le payeur, c'est-à-dire essentiellement les organismes de sécurité sociale, supporte les conséquences financières de décisions qui sont prises en dehors de lui.

Ces organismes se trouvent eux-mêmes dans une situation particulière. Administrés par des représentants des assurés, ils sont les médiateurs naturels de ceux-ci sans être les défenseurs des cotisants.

Depuis 1978, et à la suite d'un long cheminement, l'assurance maladie est généralisée à la quasi-totalité de la population dans le cadre de régimes de sécurité sociale légalement obligatoires dont les règles relatives aux prestations et aux ressources sont fixées par les Pouvoirs Publics. Entre eux, il existe sans doute des différences quant aux modalités et au quantum des prestations - par exemple entre le régime général, celui des travailleurs indépendants non agricoles, celui des mineurs - ou quant au niveau des cotisations par exemple entre le régime général et celui des exploitants agricoles -. Mais aucun libre choix n'est laissé aux citoyens : chacun relève obligatoirement d'un régime en raison de son activité professionnelle, présente ou passée, ou de celle de la personne dont il est ayant-droit (membres de la famille). Il en est ainsi même lorsque la pluralité d'assureurs est reconnue, comme chez les indépendants, agricoles ou non, puisque le choix ne concerne que l'organisme gestionnaire et non la relation : cotisations-prestations.

Dès lors, le consommateur potentiel de soins de santé n'a aucune autonomie pour le choix de son organisme d'assurance en fonction du rapport coût-avantage qu'il peut en retirer. Les administrateurs, qui sont les représentants des assurés, auront tendance à se retourner vers l'Etat qui réglemente afin que leurs ressortissants bénéficient de la meilleure couverture sociale pour des cotisations les moins élevées possibles.

Apparaît alors, de manière multiforme, un Etat tutélaire qui entend organiser l'activité des producteurs de soins, fixer les prix, décider des modalités de prise en charge par les organismes de protection sociale des frais exposés par les consommateurs.

Ainsi, entre tous les acteurs du système de santé - malades et bien-portants, professionnels, organismes d'assurance, administrations publiques, pouvoir politique - s'est formé un réseau de relations dans lesquelles chaque groupe tente de faire prévaloir ses intérêts¹.

Ce réseau de relations et de luttes n'est pas immuable ; il s'est formé progressivement au fur et à mesure que le système de santé et son mode de financement par les utilisateurs se sont développés. Il paraît à cet égard possible de distinguer trois étapes.

2. LE MODELE CONCURRENTIEL (1791-1930)

Durant le XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème}, le secteur public de la santé est très peu développé. Les hôpitaux publics, établissements dépendant des collectivités locales qui en assurent le financement, sont principalement des lieux de soins et d'hébergement pour les indigents pris en charge par ces collectivités.

¹ R. Evans, «Incomplete Vertical Integration : the Distinctive Structure of the Health Care Industry» in *Health Economics and Health Economics* ed. J. Van der Gaag et M. Perlman, North Rolland, 1981. Traduction française in *Revue Française de Finances Publiques*, 1983, n° 2, pp. 167-199. On doit à R. Evans l'identification des cinq acteurs du système de santé et la distinction de la demande de soins primaires et secondaires. - C. Tuohy et A. Wolfson, « Les Professions dans le contexte politico-économique » in *Quatre points de vue sur le professionnalisme*, éd. M. Trebilcock, pp. 41-86, Conseil de Recherche en consommation, Ottawa, 1977.

2.1.1 *Le contrôle des institutions mutualistes*

La loi Le Chapelier balaye les corporations, les compagnonnages et les confréries. Mais, très vite, les ouvriers ressentent le besoin de s'organiser. Ils prennent l'initiative d'établir entre eux une solidarité par le biais de « sociétés de secours », qui prélèvent des cotisations sur leurs membres pour verser à ceux-ci des allocations en cas de maladie. Lorsque après 1820, la création d'associations de plus de vingt personnes est soumise à autorisation gouvernementale, les sociétés mutualistes servent de façade aux premières organisations ouvrières. L'idéologie bourgeoise craint et rejette le pouvoir syndical ; il faut éviter que les mutuelles se transforment en syndicats. Pour mettre fin à l'isolement des ouvriers dans leurs propres associations, on se propose de réunir dans une même institution toutes les classes de la société : c'est l'objectif du décret de 1852².

Deux catégories de mutuelles sont prévues. Celles qui acceptent de mettre à leur tête des « hommes de bien » sont « approuvées » et bénéficient de subsides de l'Etat et des oboles de membres bienfaiteurs. Celles qui, jalouses de leur indépendance, refusent l'intervention de l'Etat, ne sont qu'« autorisées » ; à l'écart de la manne de l'Etat et des bienfaiteurs, elles ne peuvent offrir que de maigres prestations. Le patronat trouve dans les sociétés approuvées le cadre qui lui convient : les chefs d'entreprises offrent leur généreuse tutelle et sont choisis par le Préfet sur la liste des membres bienfaiteurs pour présider à la destinée des caisses. Bien vite, ils transforment celles-ci en œuvres patronales et les alimentent par des retenues sur les salaires ; les prestations dépendent de leur bon vouloir et constituent des libéralités beaucoup plus que des droits. A la fin du XIX^{ème} siècle, « la mutualité est devenue totalement indépendante du mouvement ouvrier et très largement étrangère à la classe ouvrière elle-même »³.

Ce n'est que plus tard qu'elle retrouvera son autonomie et se constituera sur la base de groupes socioprofessionnels ayant des affinités.

2.1.2 *Les restrictions de l'assistance publique*

En 1874, les trois quarts des nécessiteux sont encore tenus à l'écart de la médicalisation⁴. L'intervention de l'Etat apparaît de plus en plus nécessaire. Elle est acceptée par la loi de 1893 qui crée l'assistance médicale gratuite, mais de façon très restrictive.

Cette assistance n'est pas automatique. L'indigent n'a aucun droit sur la collectivité ; celle-ci a simplement un devoir moral à son égard. C'est aux Pouvoirs Publics de déterminer jusqu'où ils souhaitent aller en fixant les conditions de ressources exigées pour bénéficier de l'assistance médicale.

C'est pourquoi les syndicats ouvriers, reconnus par la loi de 1884, vont très vite lui préférer un système d'assurance dans lequel la garantie reposerait sur les versements préalables effectués par les intéressés.

² J. Gaillard, « Le Mutuellisme au XIX^{ème} siècle », H. Hatzfeld, « Note sur la Mutualité au XIX^{ème} siècle », *Prévenir*, mai 1984, n° 9, pp. 9-23.

³ H. Hatzfeld, *Du Paupérisme à la Sécurité Sociale, 1850 à 1940*, Armand Colin, Paris, 1971, p. 213.

⁴ J. Léonard, *La Médecine entre les Pouvoirs et les Savoirs ?* Aubier, Collection historique, Paris, 1981, p. 304.

2.1.3 *La naissance difficile du salaire indirect*

Entre les indigents et l'élite mutualiste subsiste une couche importante de salariés non protégés. Désirant combler l'écart entre la mutualité et l'assurance obligatoire, Nadaud propose de garantir les salariés contre les accidents du travail en s'appuyant sur la notion de responsabilité sans faute : celle-ci est automatique du simple fait de la survenance de l'accident.

Pour se prémunir contre les conséquences de ce principe, les employeurs vont s'assurer⁵. En échange des primes collectées, les compagnies d'assurances prennent en charge le paiement d'indemnités forfaitaires aux accidentés. En 1905, ces compagnies sont substituées à l'employeur légalement responsable dans toutes les procédures juridiques qui aboutissent à une indemnisation. Les employeurs affectent automatiquement une fraction des salaires au paiement des primes. Cette affectation forcée ouvre la voie à une intervention réglementaire de l'Etat en vue de fixer le montant de ce « salaire indirect ».

Le retour de l'Alsace-Lorraine à la France, en 1918, fournit une nouvelle occasion à l'intervention de l'Etat pour développer le salaire indirect. Celle-ci ne se produira qu'en fin de période et marquera l'étape suivante.

Le développement de l'industrialisation en Europe à la fin du XIX^{ème} siècle a entraîné la création d'une classe sociale nouvelle, les ouvriers, dont la caractéristique est que, dépendant uniquement de leur salaire, ils sont particulièrement vulnérables à la privation de celui-ci en raison du chômage ou de la maladie. La France a d'abord tenté de résoudre tant bien que mal ce problème par le mouvement mutualiste. L'Allemagne s'est orientée vers la création de caisses communales ou d'entreprises qui permettent aux ouvriers, moyennant une cotisation plus ou moins abondée par l'employeur, d'être soignés en cas de maladie ou d'invalidité. Face au développement du mouvement socialiste – élection de 12 députés sociaux-démocrates au Reichstag en 1877 – Bismark, sur les conseils du socialiste Lassalle, fait adopter une loi sur l'assurance maladie en 1883 et une autre sur les accidents du travail en 1884. Ces textes sont imposés à une majorité conservatrice en échange de mesures douanières protectionnistes. Comme si le capitalisme libéral ne pouvait devenir « social » qu'en se reniant au moins partiellement.

L'organisation du système est intéressante. Ne parvenant pas à faire créer un organisme étatique, Bismark se contente de rendre obligatoire l'adhésion des employeurs et de leurs salariés à l'une des nombreuses caisses existant déjà. Mais celles-ci vont avoir à résoudre le problème de leurs relations avec le corps médical. La notion de médecine à l'acte n'existant pas à l'époque, les caisses passent des contrats individuels avec certains praticiens qui, moyennant une rémunération forfaitaire par assuré, s'engagent à soigner les adhérents. Rapidement, la question se pose de savoir si les caisses doivent s'en tenir à ces contrats individuels avec quelques médecins ou passer un contrat collectif avec tous les médecins de la circonscription. La création, en 1900, de l'Association des médecins allemands (Hartmann Bund) aboutit, après une forte tension – menace de grève générale – à la signature en 1913 d'une convention dite « de Berlin » valable pour dix ans : l'Hartmann Bund se voit reconnaître la qualité de co-contractant des caisses qui sont obligées d'agréer un médecin pour 1 350 adhérents, les médecins contractants étant choisis par un comité paritaire.

C'est dans ce contexte qu'en 1918, constatant que les populations des départements recouverts sont très satisfaites du régime d'assurances sociales, le Gouvernement français se propose de l'étendre à l'ensemble du territoire. Le président du Conseil Alexandre Millerand, ancien socialiste et ancien

⁵ J.J. Dupeyroux, *Droit de la Sécurité Sociale*, 8^{ème} éd., Précis Dalloz, Paris 1980, p. 44.

Haut Commissaire à Strasbourg, confie le ministère du travail à un député du Bas-Rhin, M. Jourdain et le charge de préparer un projet de loi. Celui-ci réunit en 1920 une commission d'étude qui élabore un projet soumis à la chambre des députés l'année suivante par son successeur, M. Vincent. Ce texte, qui reprend dans ses grandes lignes les dispositions du code allemand, est vivement combattu par le syndicalisme médical, qui va mener contre lui une contre-offensive couronnée de succès.

2.2 Le pluralisme de structures hospitalières encore peu développées

2.2.1 La dispersion du secteur public

Durant l'Ancien Régime, des établissements s'étaient créés, souvent sous l'égide de congrégations religieuses, afin de recueillir les indigents non valides ; ceux-ci étaient hébergés gratuitement, dans des conditions frustrées, le financement étant assuré par les revenus des dons et legs qui formaient la « dotation ».

A la Révolution, ils deviennent dans un premier temps propriété de la Nation. Mais la responsabilité va très vite être confiée aux collectivités locales, à l'exception de quelques établissements nationaux, dotés d'un régime juridique propre et à caractère très spécialisé : pour les aveugles (Quinze-Vingts), les sourds-muets (Paris, Bordeaux, Chambéry, Metz), les aliénés (Charenton). La loi du 7 octobre 1796 prévoit en effet que les administrations municipales auront la surveillance des « hospices civils » situés sur leur circonscription ; elle préfigure la création, par la loi de 1851, des établissements publics communaux, dotés de la personnalité civile mais placés sous l'administration du maire.

La loi de 1838 sur le sort des aliénés conduit à la création d'une nouvelle catégorie : les hôpitaux psychiatriques départementaux, gérés directement par le département. La plupart des hôpitaux publics sont donc rattachés à une collectivité locale et acquièrent avec beaucoup de difficultés la personnalité civile et l'autonomie financière.

Par ailleurs, au lendemain de la Première Guerre mondiale, avec la mise en œuvre d'une politique d'hygiène sociale, apparaissent de nouvelles structures en dehors du cadre hospitalier traditionnel pour les soins aux tuberculeux et la protection de l'enfance.

Le manque d'unité et l'absence de politique d'ensemble sont caractéristiques de la période.

2.2.2 La division du secteur privé

Le développement du secteur d'hospitalisation privé est, lui aussi, le fruit d'une longue évolution historique.

Les établissements non commerciaux sont d'abord les héritiers des institutions religieuses charitables du Moyen Age, réapparues lorsque les congrégations sont autorisées ; ils sont aussi le fait de fondations constituées à l'intention de la population ouvrière par de grands industriels, notamment dans les chemins de fer, l'extraction charbonnière, le fer et la sidérurgie ; la loi de 1901 sur les associations permet le développement de nouvelles institutions de bienfaisance tandis que l'extension du mouvement mutualiste se concrétise par l'ouverture d'établissements réservés aux adhérents. Dans tous les cas, les établissements jouissent de la personnalité morale mais ils sont financièrement soutenus par leurs créateurs.

Le secteur privé commercial apparaît plus tardivement, à la fin du XIX^{ème} siècle, lorsque l'évolution des techniques médicales rend de plus en plus difficile la poursuite de certains traitements à domicile. Des médecins, mais surtout des chirurgiens, des obstétriciens et des sages-femmes, qui ne peuvent faire admettre leurs malades à l'hôpital public dès lors qu'ils n'y ont pas été nommés, créent, seuls ou en groupe, des cliniques privées où ils peuvent traiter une clientèle ayant les ressources suffisantes pour les honorer.

Avec un tel passé, il n'est pas étonnant que le système de soins français soit devenu une « mosaïque de structures agissant chacune pour leur propre compte en fonction d'objectifs propres sans insérer leurs actions dans une vision d'ensemble⁶.

2.3 La décentralisation des responsabilités politiques

On assiste dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle à un développement extrêmement important de la puissance des communes. C'est à elles, puis au département, qu'incombe la charge de l'assistance. L'Etat n'intervient qu'en troisième position.

La prise en charge des indigents par les établissements hospitaliers cesse d'être gratuite. Les communes doivent acquitter un prix de journée pour les malades hospitalisés. La procédure n'est certes pas entièrement nouvelle : déjà la loi de 1851 prévoyait que les établissements pourraient exiger des communes extérieures le remboursement des frais d'hospitalisation de leurs habitants ; mais aucune obligation ne leur était imposée et de nombreuses communes ne s'étaient pas acquittées de leur dette. Il fallut d'ailleurs attendre une circulaire de 1888⁷ pour qu'en soient fixées les modalités de calcul. La loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite (A.M.G.) prévoit le caractère obligatoire du paiement des frais de séjour et en généralise le principe en le dégageant de toute condition de domiciliation.

A cette époque, le prix de journée est très loin de couvrir les dépenses engagées par les établissements. Il est fixé pour cinq ans – heureuse période de stabilité des prix – par le Préfet après avis du conseil général. Son montant est calculé sur la base du prix de revient des périodes antérieures et n'intègre pas les dépenses d'amortissement. Il s'agit plus d'un forfait que d'une rémunération en fonction du service rendu.

La meilleure preuve en est que, lorsqu'il s'agit de faire payer l'hospitalisation des ouvriers accidentés couverts par des assurances privées, on convient de demander le prix de journée de l'A.M.G., majorée à 50 %. Quant au prix de journée des malades payants, il était laissé à la discrétion des établissements. Le système discriminatoire imposé par les responsables publics de l'assistance, qui étaient à la fois juges et parties, n'est pas sans rappeler les avantages dont bénéficient actuellement, aux Etats-Unis, les « blues » par rapport aux compagnies d'assurances privées⁸. Ce n'est qu'à partir de 1941 que les mêmes prix de journée calculés en fonction du prix de revient seront appliqués à tous les hospitalisés quel que soit leur mode de prise en charge.

Participant financièrement à la marche des établissements, invoquant la notion traditionnelle d'assistance à la charge de la communauté, les communes réclament la haute main sur la gestion des hôpitaux. La loi de 1879 précise que parmi les membres de la commission administrative, deux

⁶ P. Gallois, A. Taib, *De l'Organisation du système de Soins*, Rapport au Ministre de la Santé, La Documentation Française, Paris, 1981.

⁷ M. Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours*. Thèse pour le Doctorat en Droit, Université de Dijon, Faculté de Droit, 1957, pp. 183-188.

⁸ P. Ginsburg, F. Sloan, « Hospital Costs Shifting », *New England Journal of Medicine*, vol. 310, n° 14, pp. 893-898 (5 avril 1984).

seront élus par la municipalité, quatre seront nommés par le Préfet. On peut se demander si ce savant dosage a réellement permis au Gouvernement d'exercer son pouvoir. Les membres nommés par le préfet sont choisis par les conseils municipaux et, bien souvent, les majorités sont renversées : l'hôpital est considéré comme un établissement purement communal et la commission administrative est une sous-commission du conseil municipal : c'est elle qui exerce le pouvoir, nommant l'économiste et les médecins hospitaliers.

La tutelle du Pouvoir central s'exerce fort rarement de façon directe. Les créations et les suppressions d'établissements doivent être soumises à son approbation. C'est surtout par l'intermédiaire des Préfets que la tutelle se manifeste. Au fur et à mesure que les institutions hospitalières vont acquérir le caractère d'un service public national, l'Etat va renforcer son contrôle sur les hôpitaux au détriment des pouvoirs locaux qui seront progressivement dépossédés de leur compétence. Le caractère inachevé de cette politique témoigne de l'intensité des résistances locales à la volonté centralisatrice de l'Etat.

2.4 L'émergence et la consolidation du monopole professionnel

Dès le début du XIX^{ème} siècle, le corps médical tente, pour accroître son influence, de restaurer le monopole, d'unifier la profession et d'éloigner le spectre de la médecine d'Etat ou de caisse⁹.

2.4.1 L'unification du statut de médecin

Pendant onze ans, la France a connu un système de certification volontaire dont Milton Friedman entretient la nostalgie parmi les économistes. Le 8 août 1792, les facultés sont supprimées : tout citoyen payant patente peut soigner ses semblables, seul le verdict de l'opinion publique dégage le mérite et sanctionne les résultats thérapeutiques.

Ce système ne semble pourtant pas avoir laissé un souvenir impérissable dans la mémoire nationale. Dès 1803, le monopole est reconstitué. Deux catégories de praticiens, correspondant implicitement à deux sortes de clientèles, sont recrutées : les docteurs pour les riches et les officiers de santé pour les pauvres. Les uns et les autres doivent faire enregistrer leur titre pour que soient dressées les listes officielles départementales de praticiens autorisés.

La France a mis cent ans à se débarrasser de cette médecine à deux vitesses. Les docteurs étaient tentés de faire disparaître les officiers pour accaparer la clientèle, mais ils répugnaient à distendre trop tôt une hiérarchie qui les valorisait aux yeux de leur clientèle fortunée. Les gouvernants souhaitaient unifier le corps, mais ne voulaient pas compromettre la médicalisation des plus défavorisés. Le dynamisme des facultés de médecine finit par mettre un terme à ces tergiversations : l'augmentation du nombre de doctorats délivrés et l'élévation du niveau de l'officiat permirent la fusion des deux corps. L'article 1^{er} de la loi Chevandier pose, le 30 novembre 1892, le principe de base de la médecine française :

« Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement supérieur d'Etat ».

⁹ M. Léonard, *op cit.* ; Voir également M. Bungener, « Une éternelle pléthore médicale », *Sciences Sociales et Santé*, vol. II, n° 1, février 1984, pp. 77-105 et M. Steffen, *Régulation politique et stratégies professionnelles : médecine libérale et émergence des centres de santé*, Thèse de Doctorat d'Etat de science politique, Université des Sciences Sociales de Grenoble II, Institut d'Etudes Politiques, 1983.

L'ampleur des efforts déployés pour arriver à ce résultat explique probablement la violence des réactions que suscitent aujourd'hui les tentatives de différenciation de la profession, voire la querelle des deux secteurs, ou la remise en cause de l'universalité du titre.

2.4.2 *La prise en main du marché par la profession*

Le corps médical organise le marché, dont les lois de 1803 et 1892 lui assurent la capture en trois temps.

Dans un premier temps, le corps médical veut écarter la menace d'une médecine d'Etat. Ni les consultations externes des hôpitaux, ni les bureaux de bienfaisance auxquels collaborent gratuitement certains médecins ne suffisent à prendre en charge les détreffes des indigents. Une solution existe qui donne satisfaction dans l'Est de la France: le système allemand des médecins cantonaux, nommés et appointés par les Pouvoirs Publics pour remplir certaines tâches gratuitement. Dès 1845, les Etats Généraux de la profession réunis à Paris, à l'initiative du ministre Salvandy, en rejettent catégoriquement le principe.

Dans un deuxième temps, le but recherché est de produire une demande solvable pour les services des médecins. On demandera à l'Etat d'organiser un système d'assistance au bénéfice des catégories sociales dont on veut obtenir la clientèle. L'association générale des médecins de France, opportunément créée en 1858, met en place les services de la médecine rurale gratuite. Plusieurs médecins membres du Conseil supérieur de l'Assistance Publique, dont les docteurs Roussel et Thulié, préparent dès 1876 le projet de loi sur l'assistance médicale, votée en 1893. Simultanément, les médecins se prononcent pour la collaboration de classes et encouragent le mouvement mutualiste.

Dans un troisième temps, c'est l'indépendance du corps médical face aux payeurs que les intéressés veulent assurer. Les lois d'assistance de 1893 pour les malades indigents et de 1903 pour les vieillards nécessiteux laissent aux conseils généraux le soin d'en fixer les modalités. Ceux-ci renoncent au monopole du médecin agréé et abandonnent peu à peu le système de rétribution forfaitaire : le paiement à l'acte se dessine. Les indigents inscrits sur la liste établie par les élus locaux reçoivent des bons donnant droit à des soins gratuits et les médecins qui leur rendent visite se font rembourser par le bureau d'aide médicale.

Avec la loi de 1898 sur les accidents du travail, les compagnies d'assurances et le patronat sont amenés à recruter des médecins « dociles à leurs directives »¹⁰ ; chargés de constater les accidents et de traiter les accidentés, ils sont payés au forfait. Les ouvriers ont toutefois la possibilité, en vertu de l'article 4 de la loi, de recourir à des médecins libres. La liberté de choix pour le malade et la liberté de prescriptions pour le médecin deviennent simultanément, pour les syndicats ouvriers et médicaux, la pierre d'angle de la défense des intérêts du peuple. En 1905, le docteur Divernesse obtient du Parlement que soit punie d'amende « toute personne qui aura porté atteinte ou tenté de porter atteinte au droit de la victime de choisir son médecin ».

L'essor de la mutualité fait planer la menace d'une médecine de caisse d'autant plus dangereuse que le mouvement mutualiste affecte de plus en plus d'argent aux retraites et de moins en moins aux soins. En 1906, une commission médico-mutualiste réaffirme la primauté du paiement à la visite et du libre-choix. Mais c'est le projet de loi sur les assurances sociales de 1921 qui paraît le plus dangereux. Il prévoyait des contrats collectifs entre les caisses et les groupements professionnels de médecins ; le groupement recevrait un forfait pour tout malade ayant droit à la prise en charge ; les

¹⁰ J. Léonard, *op. cit.*, p. 308.

médecins seraient rémunérés par le groupement au prorata du nombre d'actes effectués. Ce système dissociant la rémunération du paiement à l'acte fut abandonné sous la pression des syndicats médicaux. Ceux-ci rédigent en 1927 la « charte médicale » et en font insérer les quatre principes (liberté de choix, liberté de prescription, entente directe et paiement direct) dans le texte de la loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928, modifiée par celle du 30 avril 1930 : les caisses discutent avec les médecins du tarif de remboursement des actes aux assurés et non de celui des honoraires réellement pratiqués.

Au moment même où émerge pour la première fois le concept de médecine libérale, celle-ci cesse d'en présenter les caractéristiques. En s'immisçant dans le domaine législatif pour imposer un mode de relations sociales, le corps médical s'affirme « comme un partenaire d'un monopole bi-latéral, déviation hérétique des mécanismes de marché dont il se réclame »¹¹.

3. LE MODELE DE LA CAPTATION DU POUVOIR POLITIQUE (1930-1979)

A partir des années 30, la création et l'extension des régimes légalement obligatoires d'assurance maladie, le perfectionnement du savoir et des techniques médicales, la modernisation des hôpitaux publics et leur ouverture à toutes les couches de la population vont profondément modifier les relations entre les acteurs du système de santé.

L'assurance permet au malade de s'affranchir en tout ou en partie du coût du risque; elle le rend moins sensible qu'auparavant à ce coût car, la cotisation lui étant imposée, il ne perçoit pas directement que la consommation qu'il décide augmente la charge de l'assureur. L'assurance obligatoire « crée le risque ». Simultanément, le malade devenu solvable est soumis plus étroitement au « pouvoir médical » des médecins et au « prosélytisme » des institutions secondaires, soucieux les uns et les autres de s'attirer une clientèle, pour de simples raisons financières ou par souci d'affirmer une notoriété.

L'élévation des dépenses de santé, et notamment de la part prise par les organismes semi-publics que sont les caisses de sécurité sociale financées par des prélèvements obligatoires sur les assurés et leurs employeurs, conduit les administrations publiques à renforcer leur contrôle sur les deux marchés du premier recours et des soins secondaires, tandis que le marché de l'assurance disparaît. L'administration fixe le tarif des honoraires, les prix des produits et des établissements, les conditions de remboursement des prestations aux assurés.

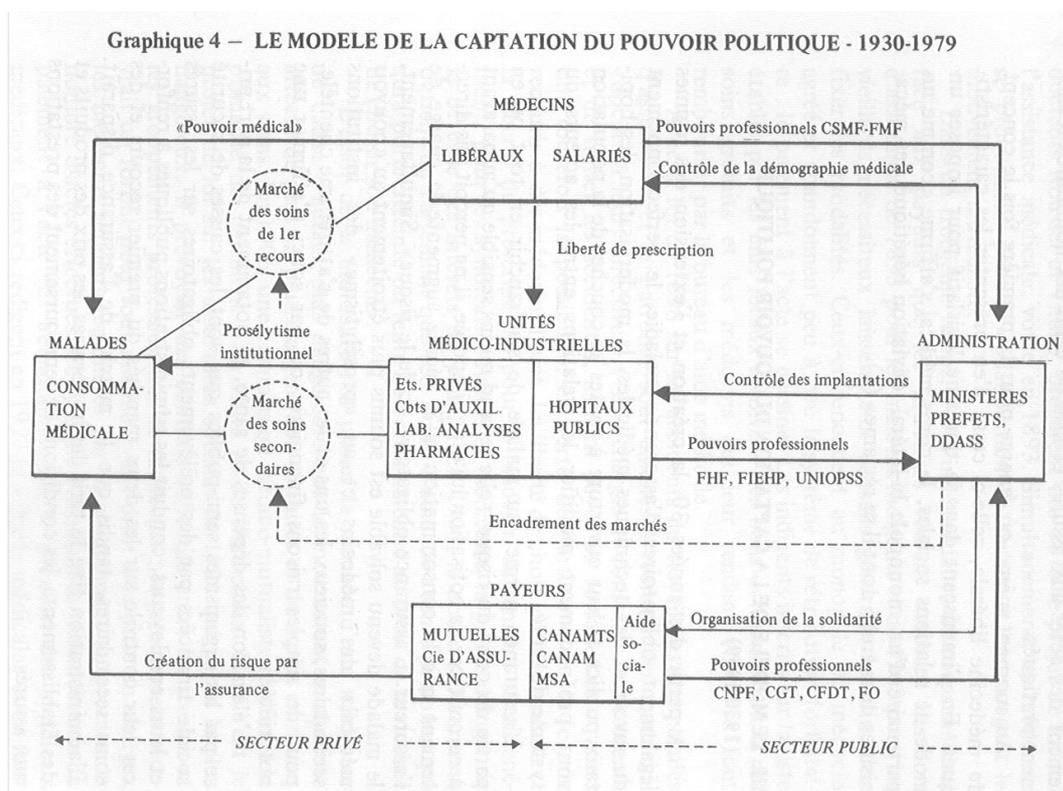
En droit ou en fait, elle ne peut le faire de manière totalement unilatérale. Les caisses d'assurance maladie participent à la fixation des tarifs dans le secteur privé, dans le cadre d'un système « conventionnel » dont les règles du jeu sont déterminées par l'administration. C'est donc face à celle-ci que s'organisent les professionnels de la santé afin de défendre collectivement leurs intérêts - syndicats médicaux, organisations patronales des hôpitaux publics et des cliniques privées - et les administrateurs des caisses représentant des cotisants - C.N.P.F., syndicats de salariés - mais aussi des assurés, malades potentiels.

Au cours de cette période, le système de santé a un caractère mixte : activités privées, semi-publiques, publiques, marchandes et non marchandes s'y entremêlent. Aussi n'est-il pas étonnant que certains¹² y aient vu un secteur où l'influence privée est prépondérante sous l'impact de la médecine libérale, tandis que d'autres le considèrent comme étant étatisé. Comme l'avancé Jean-

¹¹ J.C. Stephan, *Economie et Pouvoir Médical*, Economica, Paris, 1978, p. 68.

¹² J.F. Lacronique, «The French Health Care System», in *The Public/Private Mix for Health*, éd. G. McLachan, A. Maynard, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres, 1982.

François Lacronique en 1982, « qui oserait sérieusement prétendre que les rôles respectifs du secteur privé et du secteur public sont parfaitement définis » .



3.1 L'élargissement de la couverture sociale

3.1.1 Les assurances sociales

La mise en place des assurances sociales par les lois de 1928-1930 s'inscrit sous le signe de la liberté et s'appuie sur la grande loi de 1898 sur la mutualité. Des organismes peuvent se constituer librement, dans le cadre des entreprises, des syndicats, ou sur une base confessionnelle, pour gérer les risques de répartition (maladie, maternité, invalidité, décès) ou de capitalisation (retraite). Les assurés ont le choix entre ces « caisses d'affinité », une caisse départementale étant cependant créée pour recueillir tous ceux qui n'ont pas exercé leur choix.

Le principe mutualiste, auquel adhèrent tous les groupes sociaux, est à la base du système. Les syndicats ouvriers se félicitent des droits gestionnaires qui leur sont reconnus ; le patronat pense pouvoir en garder le contrôle par le biais de la nomination des membres honoraires ; les travailleurs indépendants y voient le moyen de mettre sur pied à terme une organisation structurée par profession. La liberté d'affiliation qui est laissée aux salariés dont les émoluments ne dépassent pas un certain montant annuel - les seuls concernés par les lois de 1928-1930 - flatte l'individualisme français.

Cette liberté est illusoire et n'offre aucun avantage réel. Le taux de cotisation est fixé par la loi à 8 % des salaires plafonnés, la charge en étant répartie par moitié entre le salarié et son employeur. Les conditions d'obtention des prestations sont également fixées par la loi et non par les institutions de gestion. Dès lors, aucune concurrence n'existe entre celles-ci ; pourquoi chercheraient-elles à réduire

leur coût de fonctionnement puisqu'il leur est impossible d'en faire bénéficier leurs adhérents par le biais d'une ristourne sur les cotisations.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que les travailleurs n'aient guère tiré parti de la liberté qui leur était offerte de créer des caisses d'affinité : en 1938, les deux-tiers des assurés, n'ayant pas fait ce choix, étaient inscrits dans une caisse départementale.

En réalité, la loi ne respectait pas le véritable principe mutualiste selon lequel des personnes se regroupent librement pour la couverture d'un risque dont elles déterminent les conditions de prise en charge et qui fixent les cotisations nécessaires pour assurer l'équilibre financier.

3.2. La sécurité sociale

Le régime de sécurité sociale institué par les ordonnances de 1945 prend la relève de celui des assurances sociales pour les salariés de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture qui ne dépendent pas déjà d'un régime spécial, comme les mineurs ou les marins, les agents de la S.N.C.F. et de la R.A.T.P. Il s'étend immédiatement à l'ensemble des salariés de ces secteurs d'activité, quel que soit le montant de leur rémunération, fait nouveau qui élargit le champ des solidarités en incluant dans un même régime ouvriers, employés et cadres.

Suit une longue histoire d'extension progressive de la sécurité sociale à la quasi-totalité de la population, active et non active, soit par intégration au régime général - fonctionnaires en 1947, étudiants en 1948 - soit par la création de régimes autonomes - exploitants agricoles en 1961, travailleurs indépendants-non agricoles en 1966-1970. La « généralisation » intervient en 1978 par rattachement de diverses catégories d'inactifs et création d'une « assurance personnelle » à laquelle peuvent adhérer les exclus de tous les régimes. Simultanément, les garanties offertes s'élargissent : la part des dépenses ne comportant pas de ticket modérateur est passée de 55 % du total en 1970 à plus de 70 % depuis 1980.

La possibilité de choisir sa caisse d'affinité est supprimée : la profession et le lieu d'emploi déterminent l'organisme d'affiliation.

Mais l'esprit de solidarité et d'entraide mutuelle est sauvegardé : les caisses de sécurité sociale ne sont pas des administrations publiques mais des organismes privés chargés d'une mission de service public, selon la définition qu'en donnait déjà le Conseil d'Etat en 1938 (Arrêt Aide et Protection - 13 mai 1938). Elles sont administrées par des conseils constitués de représentants des assurés et, pour les régimes de salariés, des employeurs qui, juridiquement, sont tenus de participer au financement des institutions¹³.

Mais, chargées de la gestion d'un service public, elles sont soumises à la tutelle de l'administration. De fait, quel que soit le mode de recrutement des administrateurs des caisses du régime général - désignation par les syndicats en 1945 -, élection de 1946 à 1967, puis présentation par les organisations syndicales et professionnelles de 1968 à 1983 et, de nouveau, élection depuis cette date -, quelle que soit la répartition des postes, paritarisme de 1968 à 1983, prépondérance des représentants salariés avant et après - force est de constater que les Conseils d'Administration ont toujours eu des pouvoirs réels limités aux problèmes de gestion administrative et d'action sanitaire et sociale, qui représentent environ 7 à 8 % des dépenses du régime. Pour les questions essentielles -

¹³ On ne discutera pas ici de la portée économique réelle de la distinction entre part « ouvrière » et part « patronale » des cotisations de sécurité sociale. Ce qui compte, pour l'entreprise, c'est l'ensemble des charges salariales et para-salariales ; pour le salarié, c'est son revenu direct net. La charge réelle des cotisations sociales résulte du rapport de force entre les deux parties, sans modifier la charge globale des entreprises.

taux des cotisations, quantum des prestations -, ils sont enserrés dans un dispositif législatif et réglementaire précis. La réforme Jeanneney de 1967, qui voulait donner une responsabilité aux instances nationales paritaires, est à cet égard un échec. Face à une situation financière obérée, les conseils d'administration n'ont jamais proposé, comme ils y étaient invités, de réforme du système de droits aux prestations, ni pris de mesures de redressement à l'encontre de caisses locales. Dans tous les cas, les administrateurs, qui représentent un pouvoir syndical, sont les mandataires des assurés, soucieux d'obtenir pour ceux-ci les meilleures conditions de prise en charge.

La situation est en tous points comparable dans les autres régimes. Le principe posé par la loi, en 1966, de donner une responsabilité aux caisses mutuelles régionales des travailleurs indépendants non agricoles en leur permettant de moduler les prestations et les cotisations en fonction des circonstances locales, n'a jamais été appliqué; il a été abandonné en 1970. La pluralité d'assureurs, admise pour les exploitants agricoles et pour les travailleurs indépendants non agricoles, est apparemment un retour aux caisses d'affinité en donnant le choix d'adhérer à des mutuelles ou des compagnies d'assurance agréées. Mais ce choix est illusoire dans la mesure où tous ces organismes doivent appliquer les mêmes cotisations et accorder les mêmes prestations.

Le système français de sécurité sociale est monolithique, il ne laisse de choix que pour une protection complémentaire. Ce monolithisme lui donne cependant du poids dans la représentation des assurés face aux Pouvoirs Publics et aux professionnels de santé, notamment dans les relations qui doivent nécessairement s'instaurer entre les financeurs, c'est-à-dire les caisses de sécurité sociale et les dispensateurs de soins.

Mais, d'un autre côté, l'amélioration de la couverture sociale, en solvabilisant la demande, favorise l'extension du secteur hospitalier et offre un pouvoir non négligeable à ceux qui le dirigent.

3.3 La naissance d'un complexe médico-industriel

Il n'y a aucune commune mesure entre les moyens dont disposait le corps médical en 1880 pour poser un diagnostic et fixer une thérapeutique et ceux que le progrès des techniques a mis à sa disposition un demi siècle ou un siècle plus tard.

Ainsi observe-t-on une technicisation progressive des pratiques médicales. Sur la période 1970-1980, le taux annuel moyen de croissance des séances de médecins généralistes est de 3,1 %, celui des actes de radiologie de 6,2 %, celui des séances de spécialiste de 7,4 %, celui des analyses de 11,8 % et celui des séjours hospitaliers de 13 %¹⁴. Les consommations médicales se déplacent vers les actes à plus fort contenu technique, qui sont plus coûteux, et vers l'hôpital privé et surtout public, qui a la possibilité d'acquérir des matériels sans cesse plus perfectionnés et plus coûteux.

L'intensité en capital de la production augmente, amplifiée par le caractère discrétionnaire de la gestion des hôpitaux et par l'absence de critère objectif de l'utilité d'équipements techniques supplémentaires. Bien couverts par le système de sécurité sociale, les malades comme les médecins choisissent les solutions les plus coûteuses en l'absence de contraintes financières immédiates.

De nouveaux acteurs apparaissent sur la scène¹⁵. Les industriels fabricants d'appareils biomédicaux, soucieux d'ouvrir et de conserver leur marché, d'autant plus incertain que les progrès entraînent une obsolescence rapide des matériels. Les médecins spécialistes, dont le pouvoir de

¹⁴ A. Charraud, « Formes et Evolutions de la Consommation Médicale aux Différents Ages », *Economie et Statistique*, n° 163, février 1984, pp. 47-66.

¹⁵ A. Relman, « The New Medical Industrial Complex », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, n° 17, pp. 963-970 (23 oct. 1980).

référence s'accroît en même temps que s'affinent les spécialisations et que le nombre des diplômés formés aux techniques nouvelles augmente. Faute, pour beaucoup, de capitaux suffisants pour une installation en cabinet individuel, la médecine de groupe et la médecine hospitalière se développent. Le corps médical reste uni sur les grands principes, mais se scinde par la force des choses en généralistes et en spécialistes, en libéraux et en hospitaliers salariés.

3.4 Le renforcement du contrôle administratif

Soucieux de préserver les grands équilibres économiques, et par conséquent celui des régimes de sécurité sociale financés par des prélèvements obligatoires, mais aussi de donner les meilleures conditions de prise en charge à une population protégée par des régimes sociaux légalement constitués, les Pouvoirs Publics ont pris une place de plus en plus active dans le fonctionnement du système de soins et dans son organisation.

3.4.1 L'encadrement des marchés

Il se manifeste alors dans tous les domaines de l'activité de santé. Jamais, depuis 1945, les prix des services de santé n'ont été placés sous un régime de complète liberté.

En matière hospitalière, les ministères de la santé et des finances déterminent, par voie de circulaire, les conditions dans lesquelles les Préfets peuvent arrêter les prix de journée applicables dans les hôpitaux publics et privés assurant le service public. Ces mêmes ministères explicitent les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale peuvent passer convention avec les cliniques privées, soit dans le cadre de la réglementation générale des prix, soit en fixant eux-mêmes les tarifs dans le cas de création ou de transformation d'établissements ou de services. Un rapprochement était bien prévu par la loi de 1970 entre les méthodes de tarification des services dispensés par les établissements assurant le service public et les autres; cette disposition n'a pas été mise en œuvre et, à la suite d'un décret de 1973, un nouveau classement des cliniques privées a été établi.

Le prix des médicaments est étroitement surveillé. Les prix n'ont été libérés en 1977 que pour les seuls produits non remboursables par la sécurité sociale. Pour tous les autres, le prix de vente au public est fixé sur la proposition des producteurs en accord avec les pouvoirs publics au moment où le produit est admis sur la liste des médicaments remboursables. Toute modification ultérieure ne peut intervenir qu'après accord des ministères de la santé et de l'économie. Les marges des intermédiaires (grossistes et pharmaciens d'officine) étant également fixées réglementairement, le prix public détermine automatiquement le prix à la production.

Enfin, les relations avec la médecine libérale sont établies dans le cadre de conventions passées entre le ou les syndicats représentatifs des praticiens et les caisses de sécurité sociale¹⁶ selon un dispositif législatif et réglementaire qui a varié dans le temps.

Dans le régime des assurances sociales de 1930, caisses et médecins ne discutaient pas des tarifs d'honoraires pratiqués par ces derniers, que ceux-ci fixaient librement, mais seulement des tarifs de remboursement des assurés par les caisses. En 1945, dans un contexte économique difficile, le Gouvernement a tenté de résoudre le problème de la coïncidence des honoraires demandés par les médecins et du tarif de remboursement des caisses. Le système mis en place a dû être modifié à

¹⁶ C. Prieur, « L'Evolution historique de l'organisation des relations entre la médecine libérale et les régimes d'assurance maladie : 1930-1976 », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, avril-juin 1976, pp. 113-133. -F. Steudler, « Médecine libérale et conventionnement », *Sociologie du Travail*, 1977, n° 2, pp. 177-198.

plusieurs reprises, le plus souvent à la demande et sous la pression de tout ou partie du corps médical libéral.

Selon l'ordonnance du 19 Octobre 1945, les tarifs proposés par les syndicats médicaux départementaux doivent être inscrits dans des conventions que passent ceux-ci avec les caisses régionales de sécurité sociale. Ces conventions doivent être approuvées par une Commission nationale des tarifs qui, en cas de désaccord, fixe elle-même des tarifs dits d'« autorité ». Tarifs conventionnels ou d'autorité servent de base de calcul au remboursement des assurés et doivent être respectés par les praticiens qui les soignent ; en cas de dépassement, une commission départementale de conciliation (caisse et médecins libéraux) doit en examiner les motifs et peut, en cas d'abus, inviter le praticien à rembourser le trop perçu ou le traduire devant des juridictions spéciales du conseil de l'Ordre.

C'est l'échec. Au début, l'on assiste à une véritable échelle de perroquet : des médecins obtiennent une hausse des tarifs dans un département où les syndicats ouvriers, majoritaires dans l'administration des caisses, offrent peu de résistance; le relèvement fait tache d'huile. Face aux conséquences financières des hausses, la commission nationale technique tarde à reconnaître les conventions, tandis que le tarif d'autorité n'est guère revalorisé. L'écart entre honoraires pratiqués et tarifs de remboursement des caisses se creuse, d'autant que les commissions de conciliation renâclent à sanctionner les dépassements, il est vrai justifiés par l'absence d'évolution raisonnable des tarifs.

En 1956, le projet Gazier reprend le problème et tente de donner des armes aux caisses : possibilité de créer une médecine de caisses ou de dispensaires ; sanction des dépassements de tarifs par le tribunal correctionnel. Il échoue devant la résistance du corps médical qui y voit une grave atteinte à l'exercice libéral et même à son honorabilité.

Tenant compte de cet échec, le décret du 12 mai 1960 constitue un système plus nuancé et aussi plus habile, car il va faire éclater le syndicalisme médical. Sont acceptées les conventions départementales qui s'inscrivent dans le cadre d'une convention type et respectent des tarifs « plafonds » fixés par le Gouvernement. Lorsque, dans un département, le syndicat médical ne signe pas d'accord, les praticiens peuvent, à titre individuel, adhérer à la convention-type. Enfin, pour faciliter les conventions et les adhésions, des motifs de dépassement sont admis – notamment pour notoriété du praticien, exigence particulière du malade ou situation de fortune de celui-ci - tandis que des avantages sociaux et fiscaux substantiels sont accordés aux médecins conventionnés ou adhérents.

Mais les frais de santé pris en charge par la sécurité sociale continuent leur progression rapide. En 1970, un document de travail du Plan (le rapport Flamme) évoque la possibilité de mettre en place une médecine salariée, rémunérée à la fonction et non plus à l'acte. La Confédération des syndicats médicaux français (C.S.M.F.) engage des négociations avec les organismes nationaux de sécurité sociale - notamment la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.) - qui ont reçu des pouvoirs étendus de la réforme Jeanneney de 1967. Elles aboutissent à la confirmation par la loi du 3 juillet 1971, du caractère libéral de la médecine « de ville » et à l'institution, par ce même texte, de la procédure de la convention nationale signée par les trois caisses centrales d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des travailleurs indépendants) et un syndicat médical représentatif. Cette convention s'applique de plein droit à tous les médecins ; ceux qui refusent les conséquences quant au montant de leurs honoraires doivent le manifester expressément en se plaçant « hors convention ». Les avantages sociaux et fiscaux sont maintenus, de même que certaines possibilités de dépassement. Les caisses obtiennent une nouvelle procédure pour l'examen des dépassements de tarifs et l'instauration d'une certaine autodiscipline du corps médical. Ces principes sont maintenus par la convention de 1976 qui a organisé un système

paritaire de contrôle de l'activité des médecins sur la base des tableaux statistiques d'activité professionnelle (T.S.A.P.) ou « profils médicaux ».

Le dispositif mis en place en 1971 est original. Le Gouvernement, qui se satisfaisait du système de 1960 même imparfait, a laissé les partenaires négocier longuement (15 mois), pensant sans doute qu'ils n'aboutiraient pas à un accord. Celui-ci réalisé, ils lui ont fait donner la sanction législative sous la pression d'une opinion publique qui pensait qu'après tant d'années de duels entre le corps médical libéral et la sécurité sociale, tous les problèmes allaient être résolus. Par ailleurs, jusqu'en 1979, ce sont les partenaires qui ont négocié et conclu les avenants tarifaires qu'a approuvés le Gouvernement. Mais il ne faut pas en conclure hâtivement que l'Etat s'est dessaisi : les parties à la négociation savaient, compte tenu de la politique suivie et de l'évolution économique, quel était le point d'arrivée probable qui ne serait pas remis en cause par l'Etat.

3.4.2. *Le contrôle de la formation du capital humain et matériel*

C'est essentiellement sous l'empire de deux grandes réformes hospitalières, celles de 1958 et de 1970, que s'est manifesté le contrôle de l'Etat sur l'organisation du secteur sanitaire.

L'ordonnance de 1958 a, d'abord, réorganisé les études médicales en imposant une liaison entre les soins, l'enseignement et la recherche au sein des centres hospitaliers et universitaires (C.H.U.). Dès lors que les C.H.U. étaient le lieu de formation des futurs médecins, il était possible de limiter le flux d'entrée dans la profession en fonction des capacités d'accueil de ces établissements. Cela ne fut cependant pas le cas : le nombre des C.H.U. s'est accru ; la « sélection » a été un moment abolie, après 1968, sans considération des capacités d'accueil des formations hospitalières.

Par ailleurs, cette ordonnance a créé une situation nouvelle pour les praticiens hospitaliers, celle de l'exercice à « plein temps ». Au début réservée aux seuls praticiens ayant des fonctions d'enseignement, les « hospitalo-universitaires », elle a été très vite étendue aux médecins ayant uniquement une fonction soignante, les « monovalents », non seulement dans les C.H.U. mais aussi dans l'ensemble des hôpitaux publics. L'exercice à plein temps a eu la faveur de l'administration : elle y a vu un moyen de soigner plus rapidement les malades, et, par conséquent, de mieux utiliser les équipements, et aussi de réduire les détournements de clientèle vers le secteur privé lorsque des médecins exercent simultanément à l'hôpital et dans une clinique. D'exercice libéral rémunéré par des « honoraires », la médecine devenait une « fonction » rétribuée comme telle par un « salaire ». Il s'agissait d'une mutation qui fut difficile et que l'on dû faciliter par l'autorisation de conserver des activités libérales à l'hôpital. Ces facilités, étendues aux non-enseignants, ont été maintenues jusqu'en 1983. Petit à petit, l'accroissement de l'effectif de médecins a incité un nombre croissant d'entre eux à choisir, de gré ou de force, une carrière bien définie plutôt que les aléas de la constitution d'une clientèle « de ville ».

En définitive, cette première réforme a eu deux conséquences majeures : accentuer la formation des médecins vers l'emploi des techniques de pointe offertes par les C.H.U. ; constituer à côté des médecins libéraux une classe de plus en plus nombreuse de médecins salariés.

La loi du 31 décembre 1970, d'inspiration technocratique, a eu l'ambition de rationaliser les institutions hospitalières.

A cet effet, elle a créé un grand « service public » hospitalier, qui devait progressivement couvrir les besoins de l'ensemble de la population. En sont membres à part entière tous les hôpitaux publics quels qu'ils soient et tous les établissements non commerciaux qui en font la demande : ce fut le cas pour environ 400 d'entre eux. A eux sont réservés les crédits de l'Etat en matière d'équipement et un

système de tarification par prix de journée reposant très largement sur le constat de leurs dépenses. Moins favorable est le sort attribué aux cliniques commerciales : le contrat de concession les oblige à remplir les missions de service public - notamment l'accueil de tous les malades quelles que soient les conditions de leur prise en charge financière et l'organisation d'un service pour les urgences - en contrepartie d'une simple garantie d'exclusivité d'exercice dans leur zone d'implantation pour une durée fixée au contrat. Bien peu demandèrent la concession et une dizaine seulement de contrats furent signés.

Par ailleurs, pour le secteur privé, l'ouverture de lits supplémentaires, la fusion d'établissements, la reconversion d'une discipline à une autre, l'acquisition de certains équipements lourds ne peuvent être réalisées qu'après une autorisation donnée par le Préfet de région ou, en dernier ressort, le ministère de la santé, dans le cadre d'une « carte sanitaire » établie par ce ministère sur proposition des autorités régionales et reposant sur les critères de nombre de lits dans les principales disciplines, ou de volume desdits équipements, par millier ou million d'habitants.

3.5 La résistance des professionnels

Ce schéma institutionnel n'a en réalité fonctionné que sous le contrôle diligent des professionnels. L'administration centralisée n'était qu'un « Pentagone de carton »¹⁷. Les intérêts des producteurs sont trop concentrés pour que les pratiques administratives puissent résister à la pression des corporatismes dans un système de cartellisation du marché.

Les médecins libéraux ont réussi à écarter le projet Gazier. Sans doute, le décret de 1960 les a-t-il divisés, entraînant une scission au sein de leur organisation syndicale entre ceux, minoritaires, qui le refusaient et ont formé avec le Dr Bellot la Fédération des médecins de France (F.M.F.) et ceux qui, avec le Dr Monnier et la Confédération des syndicats médicaux français (C.S.M.F.), ont accepté de jouer le jeu en espérant le contrôler. Et c'est ce qui fut fait, la C.S.M.F. obtenant dix ans plus tard l'acceptation par la sécurité sociale et le Gouvernement d'une convention nationale. Sous son influence, le dispositif des « profils médicaux » a tardé à se mettre en place et n'a guère été appliqué, les médecins se refusant à sanctionner des confrères. Lorsque les contraintes administratives ne pèsent que sur les prix, l'effet volume tend à se développer ; lorsqu'une tentative de contrôle du volume apparaît, un groupe professionnel puissant refuse la contrainte des prix. En 1979, des tarifs « syndicaux », non négociés avec la sécurité sociale, ont été appliqués : cela a conduit à une réforme du système avec la convention de 1980.

En matière de produits pharmaceutiques, la barrière du volume n'a jamais existé, les tableaux statistiques de l'activité professionnelle n'abordant le problème que de loin. Parmi les pays industrialisés, la France a sans doute les prix les plus bas, mais c'est aussi chez elle que la consommation par tête est la plus élevée.

En ce qui concerne les cliniques privées, le blocage partiel des tarifs a conduit les médecins qui y travaillent à compenser le déficit né de prix de journée insuffisants par des prélèvements sur leurs honoraires, ce qui a constitué une forte incitation à la productivité : soigner vite, faire des actes plus que des journées, moderniser l'outil de production pour obtenir des dérogations, et l'orienter vers des « créneaux » rentables.

Nombre de dérogations au pourcentage de hausse autorisée ont été accordées par les Préfets aux hôpitaux publics sur la base de considérations socio-politiques. La procédure de « coordination » des investissements privés n'a pas empêché que des autorisations soient données au delà des besoins

¹⁷ J.C. Sournia, *Ces malades qu'on fabrique. La médecine gaspillée*, Le Seuil, Paris, 1977, p. 255.

théoriques fixés par la carte sanitaire, et il en a été de même pour des programmes des établissements publics en excédent des besoins.

Pour s'être attaqué aux conséquences plutôt qu'aux causes de la croissance des dépenses, l'Etat se retrouvait paralysé.

4. LE MODELE DE LA SANTÉ RATIONNÉE (DEPUIS 1979)¹⁸

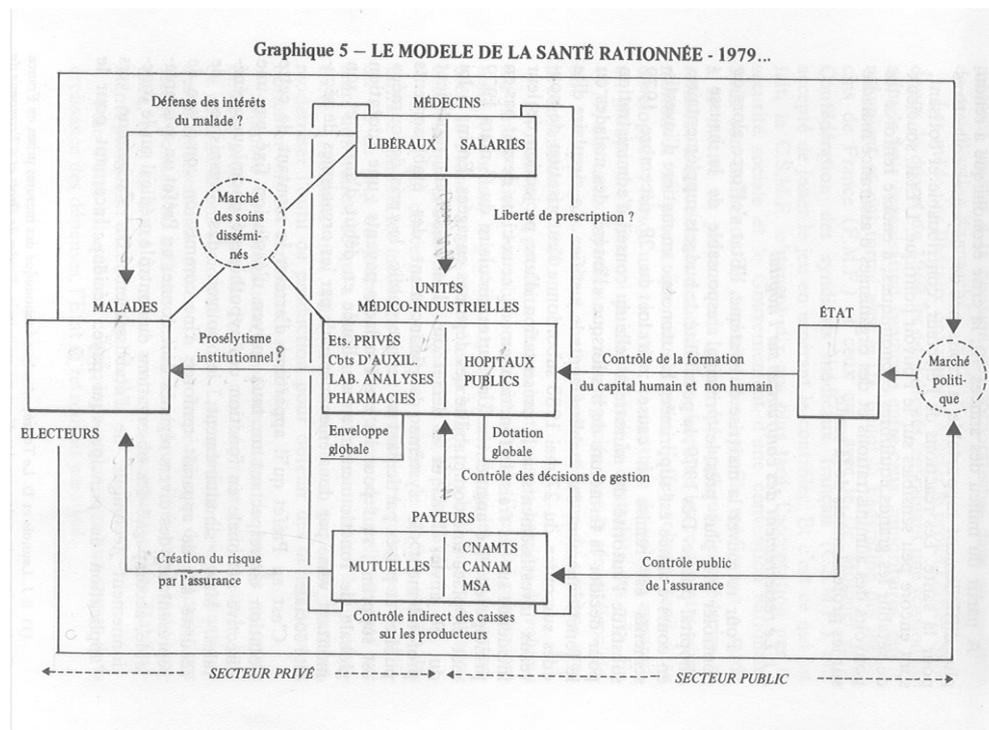
A partir du milieu des années 70, la crise économique a rendu plus difficilement supportable la croissance des dépenses collectives pour la santé. Les réactions de l'électeur, contribuable et cotisant, sont encore peu sensibles sur le Pouvoir politique. L'Etat, soucieux de rétablir les grands équilibres économiques, a encore renforcé les pouvoirs des administrations et des organismes d'assurance maladie sur les professionnels de la santé.

4.1 Le resserrement des contraintes sur l'hôpital

Pour retrouver la maîtrise du système, l'Etat s'efforce alors de contrôler de plus près le principal responsable de la hausse : l'hôpital public. Dès 1979, la possibilité de budgets supplémentaires en cours d'année est supprimée. L'autonomie en matière d'investissements est remise en cause : la loi du 29 décembre 1979 substitue l'autorité du ministre à celle du conseil d'administration pour décider la fermeture de lits lorsque « l'intérêt des malades ou le fonctionnement des établissements le justifie ». La circulaire dite « des surcoûts » ou 27 mai 1980 subordonne l'autorisation de nouveaux investissements à la présentation d'une projection de leur incidence sur les frais de fonctionnement, ceux-ci ne devant pas en principe en être augmentés. Une autre circulaire du 7 mars 1979 met en place une comptabilité des dépenses engagées. Enfin, la loi du 19 janvier 1983 et le décret du 11 août suivant modifient profondément le système de financement des établissements publics et privés participant au service public : le « prix de journée » est supprimé, sauf pour les rares malades payants ; une « dotation globale de fonctionnement » est allouée en début d'année et son montant versé par douzièmes mensuels par les organismes de sécurité sociale.

C'est au Préfet qu'il appartient d'arrêter le montant de cette dotation en respectant un taux moyen d'évolution fixé par une directive nationale en fonction des hypothèses économiques générales. Mais, simultanément, le pouvoir des organismes de sécurité sociale apparaît renforcé. Une commission composée de représentants des divers régimes doit donner au Préfet un avis préalable, accompagné des observations du contrôle médical sur le fonctionnement technique de l'établissement. On s'achemine vers l'application du principe « qui paye, décide ». Incarnant pour le moins le pouvoir d'expertise, on peut penser que les avis de cette commission seront largement suivis.

¹⁸ R.J. Launois et D. Le Touzé, « Analyse économique des mesures prises en France afin de maîtriser la croissance des dépenses sanitaires », *Etudes de Droit et d'Economie de la santé*. éd. D. Truchet, Economica, Paris, 1982, pp. 78-124.



4.2 L'« enveloppe globale » pour les honoraires médicaux

Vis-à-vis du corps médical libéral, les décisions nouvelles sont plus ambiguës. Sans doute, les négociations d'une nouvelle convention en 1980 ont-elles été dominées par le spectre de – « l'enveloppe globale », selon laquelle les dépenses d'honoraires prises en charge par la sécurité sociale devraient évoluer globalement comme le produit intérieur brut. C'était admettre que l'effet volume serait éventuellement annihilé par l'effet prix, avec les conséquences sur les revenus des praticiens dont l'activité est faible ou n'augmente pas. La mesure la plus directe figurant dans la convention est le renouvellement de la procédure de contrôle de l'activité dans le cadre des T.S.A.P.

Mais, simultanément, une soupape était ouverte avec la création du « deuxième secteur », celui dans lequel les médecins peuvent librement fixer leurs honoraires, les patients étant remboursés sur la base du tarif conventionnel. C'est une exception au mécanisme de cartellisation résultant des conventions antérieures. La possibilité a été utilisée par une faible minorité de praticiens, qui comprend surtout certains spécialistes ainsi que des généralistes installés dans des zones de vacances, qui appliquent, en fait, le tarif conventionnel à la clientèle locale, pour s'assurer sa fidélité, et pratiquent les dépassements à l'égard de la clientèle de passage. Force est de constater que l'Etat renonçait à faire assurer la concordance entre les horaires pratiqués et les tarifs de remboursement aux assurés, clé de son action en ce domaine depuis 1945.

L'avènement de cette convention a été l'occasion d'un changement radical dans les positions du syndicalisme médical. La Confédération des syndicats médicaux français, majoritaire, ne l'a pas signée car l'enveloppe globale ne garantissait pas les revenus. En revanche, la Fédération des médecins de France, jusqu'alors hostile au système conventionnel, l'a ratifiée en raison de la création du double secteur.

Ces contraintes sont dûment ressenties à tous les niveaux chez les professionnels de la santé, qui redoutent non seulement une baisse de leur revenu mais une réduction de leur potentiel d'activité, réduction qu'ils estiment souvent de nature à diminuer la qualité de leurs soins. C'est alors qu'à leurs actions vis-à-vis des Pouvoirs Publics peut se joindre celle de l'électeur - malade potentiel - soucieux de ne pas subir les effets du « rationnement » de la santé.