

« L'Ajustement par un Quasi-Marché de la Santé »

P.Giraud⁽¹⁾ , B. Launois⁽²⁻³⁾

Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Economica 1985 ; Chap. V : 95-137

(1) Spécialiste des questions de santé et de sécurité sociale au Ministère des Finances & Cour des Comptes. A présidé en 1982 le groupe de travail du Commissariat au Plan qui a présenté le rapport « La Santé Choisie »

(2) UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny

(3) REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

Les développements qui précèdent montrent l'infirmité de l'intervention publique, se substituant aux véritables acteurs que sont les usagers et les professionnels, à réguler¹ d'une manière satisfaisante l'activité du système de santé et son coût pour la collectivité.

Il existe pourtant un faisceau de raisons qui militent en faveur d'une plus grande efficacité de ce système.

Il n'est plus nécessaire de revenir longuement sur les aspects économiques et financiers du problème.

Selon les modalités actuelles de fonctionnement et de financement, le secteur de la santé exerce une forte pression sur le maintien des grands équilibres économiques. Nul ne paraît contester que l'action à mener dans ce domaine entre dans la vocation de l'Etat, quand bien même elle est aussi de la responsabilité de chacun et de tous.

Les meilleures mesures de politique économique n'ont une chance réelle de succès que si elles recueillent, sinon un consensus général impossible à obtenir dans notre société, du moins une assez large acceptation du corps social qui doit les subir ou les mettre en œuvre. Ainsi, le blocage autoritaire des prix n'exclut pas des dérapages. Ainsi encore, des mesures d'incitation au développement de telle forme d'épargne ne produisent le résultat escompté que si, en dehors de l'existence d'une épargne disponible, les citoyens sont attirés vers le type de placement encouragé par des motivations qui ne sont pas celles de la pure rentabilité : la faveur marquée pour l'accession à la propriété de son logement et la défaveur manifestée à l'égard de l'investissement en actions d'entreprises industrielles en portent témoignage. Dans le domaine de la santé, l'intervention grandissante de Pouvoirs Publics se heurte aux résistances, souvent victorieuses, des professionnels et des usagers, qui trouvent des biais pour contourner les dispositions contraignantes.

Plutôt que d'intervenir de plus en plus massivement, l'Etat ne pourrait-il limiter son rôle à fixer un cadre général dans lequel les acteurs du système de santé seraient conviés à reprendre l'initiative. C'est cette voie qu'il semble opportun d'explorer.

On sera d'autant plus incité à le faire que l'organisation actuelle du système sanitaire et social présente des défauts quant à la satisfaction des besoins auxquels il est appelé à répondre.

Selon la définition qu'en donne l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « l'état de bien-être à la fois physique, mental et social dans lequel se trouve chaque individu ». La conservation de la santé est, sans doute, une préoccupation millénaire qu'exalte « une âme saine dans un corps sain ». Dans les cinquante dernières années, la transformation des conditions de vie et de développement d'un certain matérialisme lié à la régression des formes les plus traditionnelles de la vie spirituelle ont renforcé l'aspiration à conserver le plus longtemps possible une bonne santé, que ne cesse de glorifier et d'encourager les moyens de communication de masse.

Simultanément, les progrès accomplis dans les connaissances médicales et dans les moyens dont disposent les praticiens, ainsi que leur diffusion, ont permis d'apporter de nouvelles réponses à ces demandes. Ils l'ont fait dans des conditions qui valorisent la technique et qui poussent à la spécialisation.

¹ Ethymologiquement, le terme « régulation » désigne le « fait d'agir sur un système complexe et d'en coordonner les actions en vue d'obtenir un fonctionnement correct et régulier ou encore un processus par lequel un organisme se maintient dans un certain équilibre ou modifie son fonctionnement de manière à s'adapter avec circonstances ». Ces deux définitions sont valables au cas particulier.

Fondée autrefois sur la méthode « clinique », qui repose sur l'observation du sujet, la médecine s'oriente de plus en plus vers des méthodes qui font appel à la fois au généraliste et à des fondamentalistes (biologistes, radiologues, ...) dotés d'appareils de plus en plus performants et coûteux. Ainsi, le champ de compétence de chacun se rétrécit à sa spécialisation et l'exercice médical se parcellise. Comme l'a dénoncé le rapport Gallois², la médecine d'organes prend le pas sur la médecine de l'individu. Pour en revenir à la définition de l'OMS, on se préoccupe davantage de rétablir le bien-être physique que de préserver le bien-être moral et social.

Certes, il ne faut pas noircir le tableau. Le « médecin de famille » soucieux de l'ensemble des problèmes de son client existe encore : sa consultation devient cependant de plus en plus rare, sans doute parce que les changements de lieu de résidence sont plus fréquents et brisent les fidélités, mais aussi parce que beaucoup de malades, croyant aux vertus de la science pure, pensent résoudre plus rapidement leur cas en s'adressant directement au technicien de l'organe qu'ils estiment responsable de leurs douleurs. D'autre part, des filières informelles existent entre généralistes, spécialistes, services d'hospitalisation, fondées sur la communauté de formation dans une même Faculté ou sur des liens d'amitié ou d'estime. Mais, même dans ce cas, chaque intervenant ne se sent responsable que pour sa « partie ». Il n'est pas certain que le système fonctionne dans les meilleures conditions et au moindre coût.

Enfin, l'exercice du « droit à la santé » reconnu par le préambule de la constitution de 1946 a été grandement facilité par le développement des institutions de Sécurité Sociale. Mais les modalités de prise en charge des frais par l'assurance maladie orientent exclusivement vers la médecine curative. En dépit de quelques actions générales d'éducation sanitaire ou d'efforts ponctuels réalisés par certaines caisses, rien dans les mécanismes financiers de la protection sociale n'incite les médecins comme les assurés à porter une attention particulière à la prévention.

Pour ces divers motifs, la nécessité d'une médecine plus globale et plus humaine apparaît. Impératifs économiques, sanitaires et humains se conjuguent dans la recherche d'un système sanitaire et social plus efficace et moins coûteux pour la collectivité. En la matière, il ne s'agit pas d'imposer de nouvelles contraintes mais, à l'opposé, de favoriser les initiatives.

Promouvoir une médecine plus globale, organiser de véritables filières de soins gradués afin de limiter le recours à l'hospitalisation ou aux techniques les plus coûteuses et d'éviter les gaspillages par la concentration des équipements et des services, n'exigent pas forcément une planification rigoureuse et centralisée, une sectorisation à base géographique dans laquelle chacun ne serait pas libre du choix de son médecin et du processus de soins, dans laquelle aussi le praticien se verrait assigner une fonction sans fixer lui-même les moyens de l'exercer.

Tout au contraire, il doit être possible de parvenir à un meilleur résultat, parce que d'une manière plus souple, en faisant jouer l'émulation et la vraie concurrence des professionnels face à des usagers organisés et responsables. En d'autres termes, en introduisant un minimum de mécanismes marchands par l'organisation d'un « quasi-marché ».

Cela suppose réaliser certaines conditions :

- que les professionnels de santé constituent entre eux de véritables réseaux sanitaires offrant toute la gamme des prestations correspondant aux différents niveaux de soins, ainsi que la prévention et la réadaptation sociale ;

² P. Gallois et A. Taïeb « De l'organisation du système de soins », Rapport au Ministre de la Santé. La Documentation Française, Paris, 1981.

- que les usagers aient le libre choix entre ces réseaux qui prendraient en charge tous leurs problèmes, ce choix étant exercé une fois par an, sauf changement de résidence en cours de période, afin d'une part, que soit réalisée la continuité des traitements, et d'autre part, que le financement du système puisse être assuré ;
- que le financement à l'acte ou à la journée soit abandonné au profit d'une dotation globale annuelle accordée à chaque réseau sanitaire en fonction du nombre de personnes qui l'ont choisi.

Sur ces bases, diverses formules ont été ou peuvent être mises en place selon le rôle que l'on entend donner à un ou plusieurs régimes obligatoires d'assurance maladie. La limitation de l'intervention de ceux-ci à la couverture des « gros risques », n'apporte pas une réponse à la mesure des enjeux. La formule américaine des Health Maintenance Organizations (HMO) fournit une base de réflexion en raison même de son existence et de son expérience. Elle n'est pas transposable sans de sérieuses réserves à la situation française où l'on peut néanmoins envisager deux voies selon que l'on entend ou non maintenir les structures de la sécurité sociale.

1. UNE FAUSSE SOLUTION : LA SECURITE SOCIALE A DEUX VITESSES

Le principe de base d'une sécurité à deux vitesses est simple : les régimes légalement obligatoires d'assurance maladie limitent leur prise en charge à la couverture des risques lourds ; pour le surplus, les usagers, financièrement responsables ont, selon le cas, la possibilité ou l'obligation de recourir à une garantie complémentaire auprès des mutuelles ou de compagnies d'assurances.

1.1 Les modalités

Diverses formules peuvent être envisagées selon l'ampleur des modifications apportées à la législation actuelle de l'assurance maladie et suivant que l'on entend uniquement réduire les charges de celles-ci ou simultanément, réguler l'activité du système de santé.

1.1.1 Le désengagement partiel de la sécurité sociale³

Dans le premier cas, la sécurité sociale conserve la charge des seules prestations actuellement délivrées sans ticket modérateur (STM), c'est-à-dire la plus grande part des soins hospitaliers et les soins ambulatoires correspondant aux maladies longues et coûteuses, ainsi que l'ensemble des frais de maternité et les soins dispensés aux titulaires de pensions d'invalidité⁴. Pour le reste, c'est-à-dire les actuelles prestations avec ticket modérateur (ATM), les malades ont, comme actuellement, la possibilité, mais non l'obligation, de se couvrir par l'adhésion à une mutuelle ou la souscription d'une assurance.

A l'origine, les charges de l'assurance maladie maternité se trouvent donc réduites des prestations ATM, soit pour le régime général en 1983, de 25 % environ. Le maintien en équilibre du régime autorise alors une baisse des taux de cotisation, qui est globalement de 18,1 % des salaires, dont 12,6 % pour la part de l'employeur et 5,5 % pour celle du salarié. Compte tenu des charges demeurant inchangées au titre des indemnités journalières, des pensions d'invalidité, de la gestion des organismes et de l'action sanitaire et sociale, le taux de cotisation pourrait alors être abaissé d'environ trois points.

³ N. Floréal « Assurance maladie : faut-il réduire la couverture sociale obligatoire ? » Droit social n° 12, décembre 1979 : 516-527 . S. Nora, Entretien avec E. Maire « Sécurité Sociale : de l'impasse à la réforme ? », Le débat, septembre 1983 : 124-160.

⁴ La législation particulière aux accidents du travail n'est pas concernée, le principe demeure de la gratuité totale avec règlement des médecins, des prescriptions et des établissements en tiers payant.

La question se pose alors de savoir qui, de l'employeur ou du salarié, doit bénéficier de la baisse du taux de cotisation. En toute logique, il semble rationnel de faire porter la réduction sur la seule part salariale. En effet, l'assuré est moins bien garanti que précédemment ; d'autre part, la légère augmentation de salaire net dont il bénéficie ainsi peut faciliter le versement des cotisations mutualistes ou des primes d'assurances qu'il peut être amené à souscrire pour reconstituer sa garantie. Opération blanche pour l'employeur, le passage à une sécurité sociale réduite risque de l'être aussi pour l'assuré ; elle risque même d'être onéreuse sur le revenu à due concurrence de la réduction de cotisation, dès lors que le barème de cet impôt n'est pas modifié.

Par la suite, si un nouveau déficit du régime légal de sécurité sociale apparaît en raison d'une différence dans les rythmes de progression des prestations et de l'assiette des cotisations, le problème se reposera de savoir à qui incombe la couverture du supplément de charges. Aucune réponse rationnelle n'existe.

Or ce risque de retour au déficit est d'autant plus grand que la formule en cause n'a aucune action régulatrice sur les activités de santé : l'organisation générale du système demeure ce qu'elle était auparavant.

1.1.2 *La régulation de l'activité par les mutuelles complémentaires*

C'est une hypothèse plus élaborée, mais aussi plus radicale, qu'a envisagée le groupe de travail « Régulation de l'activité et des dépenses de santé » lors de l'élaboration du IX^{ème} Plan⁵. Elle suppose une modification plus profonde de la réglementation de la sécurité sociale et organise le fonctionnement du système de santé en juxtaposant la responsabilité de l'Etat à celle des usagers regroupés dans des mutuelles.

L'Etat limite son intervention à faciliter un égal accès aux soins fondamentaux : contrôle de la répartition de l'offre sur le territoire, couverture sociale minimale des frais de soins. Mais l'étendue de cette couverture par la sécurité sociale n'est pas définie *ne varietur* : elle est fonction des ressources disponibles, compte tenu du montant des prélèvements obligatoires qui peuvent être affectés à la santé. En d'autres termes, la réglementation des prestations (taux du ticket modérateur, cas de dispense de celui-ci) peut varier selon l'ampleur de la masse à distribuer : ce ne sont plus, comme aujourd'hui, les dépenses constatées de l'assurance maladie qui déterminent le volume des ressources nécessaires mais, à l'inverse, la masse des ressources disponibles qui limite le montant de la garantie accordée.

Pour le surplus, confiance est accordée aux usagers pour assurer, notamment par l'intermédiaire de mutuelles, non seulement leur couverture complémentaire mais aussi la régulation des activités de santé.

Cette formule ouvre, en effet, un champ d'interventions nouveau aux mutuelles – et aux compagnies d'assurances – afin d'organiser au mieux la protection des usagers privés d'une partie de leur couverture sociale traditionnelle. Or, ces organismes ont toute liberté pour déterminer les critères de leurs interventions à l'égard de tel ou tel professionnel de santé. Ils peuvent soumettre la prise en charge des frais engagés par leurs adhérents à des conditions qu'ils fixent eux-mêmes : par exemple, s'adresser à un praticien libéral avec lequel ils ont passé convention, à un groupe de praticiens exerçant en centre de santé, intégré ou non, à un service d'hospitalisation qu'ils souhaitent développer et avec lequel ils ont conclu un contrat précisant ses conditions de fonctionnement, quand ils ne créent pas eux-mêmes leurs propres dispensaires ou établissements d'hospitalisation.

⁵ Rapport, La Santé Choisie, Commissariat Général du Plan, La Documentation Française, Paris, 1983.

Du fait que ces organismes apportent non seulement leur financement mais aussi, indirectement, celui de la sécurité sociale qui garantie les prestations de base de leurs adhérents, les institutions et les professionnels de santé se trouvent soumis comme le souligne le rapport « La Santé Choisie », à une « rude émulation » qui peut les opposer individuellement mais qui devrait conduire à développer chez eux des comportements auxquels ils sont peu habitués : souci d'analyser la demande de leurs patients, interrogation sur le coût et l'efficacité respective des différentes pratiques.

Ainsi se mettraient en place des éléments d'un quasi-marché de la santé sur lequel d'effectuerait la régulation des activités, tandis que – et c'était un des enjeux majeurs de la proposition – la charge des prélèvements obligatoires demeurerait compatible avec les impératifs des grands équilibres économiques.

1.2 Les difficultés et les insuffisances

L'institution d'une Sécurité Sociale à deux vitesses se heurte à des écueils et présente des insuffisances graves : les uns sont spécifiques à l'une ou l'autre des formules évoquées, d'autres leur sont communs.

1.2.1 L'existence d'un double secteur

La première formule admet la coexistence de deux secteurs tels qu'ils se présentent dans la législation sociale : celui des prestations sans ticket modérateur (STM), fréquent pour les soins hospitaliers et celui des prestations avec ticket modérateur (ATM) qui, sauf maladies longues et coûteuses, concerne plus particulièrement les soins ambulatoires. Cette distinction repose sur un double fondement : les soins ne donnant pas lieu à ticket modérateur sont les plus coûteux et doivent donc être les mieux pris en charge car ils frappent lourdement toutes les familles qui doivent y avoir recours ; les soins STM constituent un ultime recours sur lequel la responsabilité du patient n'est guère engagée alors que l'accès aux soins ATM est à sa libre initiative. On pense ainsi pouvoir à la fois réaliser la justice sociale et modérer le recours inconsidéré aux soins en laissant une part de leurs coûts à la charge des assurés.

Cela n'est pas toujours vrai. Pour des raisons financières ou culturelles, le choix peut se porter sur le mode de soins le plus coûteux, justement parce qu'il est mieux remboursé. Tel est le cas notamment, aujourd'hui, pour le traitement de longue durée des personnes âgées : en raison des modalités de prise en charge, l'hospitalisation peut être préférée au placement en maison de retraite ou au maintien à domicile.

Dès lors, l'existence de deux secteurs conduit à privilégier les traitements lourds et coûteux. Il en résulte, d'une part une organisation irrationnelle du système sanitaire et d'autre part, des « surcoûts » qui accroissent les charges de l'assurance maladie.

Dans la première formule, les problèmes financiers de cette assurance ne sont pas résolus, les dépenses devant connaître une forte croissance qui entraînera un déficit.

Ce risque est, en principe, limité dans la seconde formule puisque la masse des prestations est fixée a priori. Mais il est évident que les usagers chercheront à bénéficier en priorité des prestations du régime de base, qui ne leur demande pas un effort de cotisation supplémentaire. La montée des dépenses du système de base conduira à réduire les conditions de prise en charge par celui-ci et l'effort supplémentaire devra être fait par la cotisation mutualiste qui deviendra de plus en plus lourde.

1.2.2 La capacité de gestion de mutuelles

On peut s'interroger sur la capacité de très nombreuses mutuelles autonomes, dont certaines ne rassemblent qu'un effectif réduit d'adhérents et ont un champ géographique localisé, à intervenir efficacement pour organiser le système de santé sur tout le territoire. Le régime minier de sécurité sociale fournit d'ores et déjà un bon exemple d'une telle difficulté. Il a organisé la dispense des soins à ses ressortissants sur la base d'une médecine de caisse, de centres de spécialités, de pharmacies mutualistes et d'établissements d'hospitalisation conventionnés. Le système fonctionne là où est concentrée la population minière ; il ne peut jouer pour les petits sièges et pour les retraités qui ont choisi de fixer leur résidence hors des régions minières ; force est alors pour eux de s'adresser au système normal de soins et d'être pris en charge par le régime minier dans les mêmes conditions que par le régime général.

Pour pallier ces lacunes, la tentation paraît grande d'un regroupement des mutuelles dans leur fédération nationale à laquelle serait remis le soin de passer les conventions, au nom des organismes de base, avec les professionnels et les institutions de santé. Ce serait alors passer le l'interventionnisme étatique au quasi-monopole de la fédération mutualiste.

1.2.3 *L'absence de couverture mutualiste*

Par définition, l'adhésion à une mutuelle est au libre choix de chacun. N'adhère pas à une mutuelle celui qui pense pouvoir faire face seul à ses charges de santé qu'il espère réduites ou celui dont le faible revenu ne permet pas d'envisager le paiement d'une cotisation mutualiste. De leur côté, les mutuelles autonomes peuvent choisir leurs adhérents : le danger est grand d'un « écrémage » éliminant les mauvais risques et les personnes les moins fortunées. Les exclus de la protection complémentaire seront les personnes les plus défavorisées à faible revenu.

Pour remédier à cette injustice, l'aide sociale, à la charge des collectivités locales, sauf en ce qui concerne les malades mentaux, devra suppléer l'absence de sécurité sociale. Ce transfert risque d'être difficilement accepté par des collectivités devenues de plus en plus autonomes avec les lois sur la décentralisation et dont les nouveaux champs de compétence engagent déjà lourdement les finances. Les décisions de prise en charge varieront d'un lieu à l'autre au détriment de l'équité et de la justice sociale.

On peut alors songer à rendre l'adhésion mutualiste obligatoire en permettant aux plus défavorisés de supporter la charge de cotisations complémentaires par une prestation nouvelle qui leur serait servie par la sécurité sociale ou par l'Etat sous la forme d'une « aide personnalisée à la santé »⁶ tenant compte de leurs ressources. Une telle mesure irait à l'encontre des principes de base de liberté et d'autonomie de la mutualité. Elle ne ferait que déplacer le problème : ce que la sécurité sociale ne supporterait pas par la prise en charge des prestations, elle ou l'Etat, le supporterait par l'aide personnalisée.

Au surplus, qu'il s'agisse de l'aide sociale ou de l'aide personnalisée, les dépenses correspondantes devraient, en toute logique, être comprises, selon la seconde formule, dans « l'enveloppe globale » allouée pour la santé compte tenu du montant des prélèvements obligatoires affectés à celle-ci. Dès lors, plus les dépenses de l'espèce augmentent, moins de fonds seront disponibles pour l'assurance collective, qui devra réduire encore le taux de ses prestations ... une spirale déformante se développera.

Au-delà de ces remarques, la « sécurité sociale à deux vitesses » ne paraît pas constituer une bonne solution parce qu'elle ne remplit pas les conditions qui ont été fixées ci-dessus : notamment, la

⁶ Cette mesure a été proposée dans un rapport confidentiel datant de 1979 par MM. S. Nora et J.C. Naouri et de nouveau évoquée dans le rapport « La Santé Choisie », précité.

rémunération à l'acte ou à la journée des producteurs demeure, ce qui laisse entier le problème du contrôle de leur activité et par conséquent, du montant ex-post des dépenses.

Mais le défaut majeur du système est qu'il repose sur la coexistence de deux secteurs, l'un soumis à des contraintes étatiques en dehors des règles du marché, l'autre libre. Toutes les expériences passées (produits alimentaires, monnaies, or) montrent que le double secteur entraîne des effets pervers et ne peut constituer une organisation durable : tout au plus s'agit-il d'un expédient transitoire en période de crise préparant le retour à la liberté du marché.

2. UNE EXPERIENCE AMERICAINE : LES HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS

Au pays du libéralisme triomphant, le marché de la santé est en liberté surveillée. L'Etat participe largement au financement des frais de soins et estime ne pas devoir payer « à l'aveugle » ; les professionnels, poussés par les usagers qui veulent obtenir des garanties de qualité, participent à une large autodiscipline. On se trouve en présence d'une organisation libérale décentralisée, tempérée par une réglementation étatique très générale, dont les HMO constituent une pièce maîtresse. C'est en se fondant sur leur exemple que le Professeur A. Enthoven propose un véritable plan de sécurité sociale pour les Etats-Unis.

2.1 Le système de protection

Il n'existe pas de système de sécurité sociale obligatoire financé par les cotisations des assujettis, ais seulement deux programmes gouvernementaux ayant les caractéristiques de l'aide sociale et qui concernent les plus déshérités.

« Medicare », institué en 1965 et financé par l'Etat Fédéral, prend en charge les frais d'hospitalisation et de soins ambulatoires de 29 millions de personnes âgées ou handicapées. « Medicaid » est financé conjointement par les Etats et le Gouvernement Fédéral et agit en direction de 22 millions de nécessiteux. Au total, ces deux programmes prennent en charge environ 40 % des dépenses de santé.

Le reste des américains ne dispose d'aucune protection publique. Cependant en très grand nombre, ils se garantissent contre le risque de maladie auprès de sociétés d'assurances ou d'institutions sans but lucratif. Il existe notamment, deux grandes associations non lucratives : « Blue Cross » (Croix Bleue) pour les soins médicaux de ville. Dans de nombreux cas, les salariés souscrivent leur assurance avec l'aide de leur employeur qui prend en charge tout ou partie des primes. En fait, très souvent, c'est l'employeur qui passe contrat avec un ou plusieurs assureurs et qui offre à ses salariés le choix entre un de ces contrats ... Par le jeu des déductions fiscales accordées aux individus et aux entreprises, l'Etat Fédéral supporte en fait 40 % du montant de ces assurances. Ainsi, plus de 60 % des frais de santé sont, directement ou indirectement, financés par les Etats ou le Gouvernement Fédéral. Paradoxalement, la proportion est sans doute plus faible en France si l'on ajoute au financement public direct (2,3 % de la consommation médicale finale en 1981), l'incidence sur les rentrées fiscales de la déductibilité des cotisations ouvrières et de l'admission des cotisations patronales comme charges des entreprises. La différence tient à la place relative des impôts sur le revenu et sur les sociétés dans les deux pays et au fait qu'en l'absence de sécurité sociale, l'aide sociale revêt une importance plus grande aux Etats-Unis.

2.2 Le contrôle des professionnels

Les prix des services de santé ne sont pas réglementés aux Etats-Unis et le coût de la santé y est relativement plus élevé qu'ailleurs - 10,6 % du produit intérieur brut en 1982 pour 9,3 % en France

(annexes 8 et 9). Sous l'égide du Gouvernement Fédéral, mais aussi des organismes d'assurances, des moyens de contrôle de l'activité et des dépenses ont été mis en place. Une de leurs caractéristiques majeure est que les consommateurs y ont une grande place et font contrepoids aux professionnels.

Une loi de 1972 rend obligatoire le contrôle du « bien fondé » et du « caractère approprié » des soins dans les établissements d'hospitalisation accueillant des bénéficiaires d'une assurance fédérale. La mission est dévolue à des organismes indépendants constitués par des médecins élus par au moins 50 % des confrères installés dans la région, des personnalités non médicales et des représentants des consommateurs : ce sont les « Professional Standards Review Organizations » (P.S.R.O.) Ils ont établi des normes portant sur le motif de l'hospitalisation et la durée des séjours par diagnostic. De l'avis des P.S.R.O. dépend la prise en charge ou non des frais par Medicare ou Medicaid, ce qui constitue une forte pression sur les établissements⁷.

Mais la confection de normes et la confrontation des cas individuels à celles-ci sont choses difficiles : elles ne sont possibles que dans la mesure où les praticiens intéressés acceptent de participer eux-mêmes à des travaux d'évaluation des soins, c'est-à-dire à un « audit » médical. Celui-ci est, aux Etats-Unis, régulièrement pratiqué dans les hôpitaux universitaires où il existe un département des dossiers médicaux organisé pour un contrôle interne, formule dont s'est inspirée, en France, l'organisation des hôpitaux publics par département prévue par un décret de 1983. L'audit est également pratiqué, mais de façon plus simplifiée, dans les autres hôpitaux – plus de 3 000 – qui adhèrent aux normes établies par la « Jointed Commission of Accreditation for Hospitals » (J.C.A.H.) institution professionnelle créée en 1951 pour garantir la qualité des soins.

La participation directe des professionnels au contrôle des prix et de la qualité des soins est très significative de la mentalité américaine. Elle n'a rencontré jusqu'ici que peu d'écho en France où l'on refuse plus fortement qu'aux Etats-Unis la remise en cause de ses décisions et de son « pouvoir » et où l'habitude est prise de subir des contrôles externes dont on conteste le bien fondé. Cette participation de la profession à la régulation de l'activité et des dépenses de santé se retrouve dans les H.M.O. qui offrent, en outre, la particularité de traiter d'une manière globale les problèmes de santé de leur clientèle.

2.3 Les Health Maintenance Organizations

Ce sont les assureurs, commerciaux ou non, qui ont été à l'origine des premières H.M.O. ou « organismes d'entretien de la santé ».

Avec le Health Maintenance Organization Act de 1973, les Pouvoirs Publics ont établi des règles minimales pour le fonctionnement de ces organismes dont ils favorisent le développement par l'octroi de subventions.

2.3.1 Les caractéristiques fondamentales

Une H.M.O. se propose d'offrir à une population librement adhérente l'ensemble des services médicaux, y compris d'hospitalisation, dont elle peut avoir besoin au cours d'une année moyennant le versement d'une prime fixée forfaitairement⁸.

⁷ M. Rochaix, « Aspects de l'évaluation des soins aux Etats-Unis », Revue Hospitalière, avril 1981.

⁸ H. Luft, Health Maintenance Organizations : Dimensions of Performance, New York, John Wiley Sons, 1981. – V. Mercks, « Sur les principes de la capitation », La Revue du praticien, Tome XXX, n° 38 (pp. 2495-2497), n° 40 (pp. 2625-2627), n° 42 (pp. 2786-2788). – J. Kimberley, « Les H.M.O. », L'Hôpital à Paris, n° 64, pp. 301-306.

Les quatre caractéristiques de base d'une H.M.O. sont donc :

1. Le libre-choix de l'utilisateur. L'adhésion à une H.M.O. n'est pas obligatoire. Depuis la loi de 1973, l'employeur doit offrir à ses salariés le choix entre plusieurs formules d'assurance maladie : la H.M.O. en est une, les autres étant constituées par les assurances traditionnelles offrant le remboursement plus ou moins complet et a posteriori des frais engagés par l'utilisateur qui s'adresse au médecin ou à l'établissement de son choix. L'adhésion est donnée pour une année au bout de laquelle l'intéressé peut librement se retirer pour adhérer à une autre H.M.O. ou à une police d'assurance traditionnelle.
2. Un système global de santé. Une H.M.O. offre toute la gamme des services de prévention, de soins, de réadaptation dans un système sanitaire intégré qui permet de répondre à tous les besoins de l'adhérent. La loi de 1973 prévoit qu'une H.M.O. doit comprendre au minimum un certain nombre de médecins consultants, des services de traitement à domicile, de consultations externes et d'hospitalisation, d'urgence, de radiologie, d'accueil de courte durée en santé mentale et de prévention.
3. Un paiement forfaitaire d'avance. Payée mensuellement ou annuellement, la prime est fixée en début d'année avant que l'adhérent potentiel n'exerce son choix. Elle est indépendante du recours effectif aux soins au cours de la période. La H.M.O. dispose ainsi d'un financement annuel, qui est fonction du nombre de ses adhérents et sur lequel elle doit assurer les services garantis à ceux-ci.
4. Un partage des risques financiers à l'intérieur de la H.M.O. Une fois la prime versée, l'adhérent use – ou abuse – des services offerts par la H.M.O. sans risquer de se voir réclamer une participation à proportion de sa propre consommation. Néanmoins, certaines H.M.O. prévoient un ticket modérateur de faible montant afin de prévenir les abus de consultations pouvant découler d'une médecine entièrement gratuite. Mais, ce qui est fondamental, c'est que le risque financier – pertes ou gains éventuels en fin d'année – est partagé entre la H.M.O. elle-même, les médecins et les établissements qui en sont membres.

Sur ce tronc commun de principes de base, les H.M.O. peuvent s'organiser selon des modalités très diverses.

Elles se constituent à l'initiative d'assureurs, de fondations, d'associations de consommateurs, d'entreprises désireuses de conserver leur personnel en bonne santé tout en contrôlant leur engagement financier, de praticiens qui se regroupent pour exercer une médecine en commun et s'assurer une clientèle en dehors des aléas de l'exercice libéral.

Le montant de la prime demandée varie en fonction de la gamme des services offerts, de l'organisation interne de la H.M.O. et donc de la qualité de sa gestion, de l'existence ou non de tickets modérateurs, ceux-ci permettant, outre leur effet dissuasif vis-à-vis de la surconsommation, d'exiger une prime plus basse et donc d'attirer ceux qui pensent n'avoir que peu l'occasion de recourir à des soins.

Le mode de rémunération des médecins est fixé contractuellement entre la H.M.O. et ceux-ci. Ce peut être un salaire, une capitation selon le nombre d'adhérents dont le médecin assure la prise en charge, ou une rémunération à l'acte. La loi fédérale de 1978, complétant celle de 1973, classe à cet égard les H.M.O. en trois catégories : le « staff model », dans lequel les médecins sont des employés salariés ; le « group model » dans lequel les médecins sont membres d'une association qui traite en leur nom avec la H.M.O. : l'« individual practice association » (I.P.A.) selon laquelle les médecins continuent à exercer dans leur cabinet personnel sur la base d'un paiement à l'acte. Les deux premières catégories sont qualifiées de « prepaid group practices » ou groupes médicaux à paiement

forfaitaire. La troisième concerne surtout les médecins libéraux dont une partie de la clientèle adhère à une H.M.O. et qui souhaitent la conserver.

De même, les établissements de soins peuvent-ils être la propriété de la H.M.O. ou conventionnés par celle-ci sur la base d'une rémunération globale annuelle, ou d'un forfait par type d'intervention pratiquée sur un adhérent ou à la journée.

Ce qui est important c'est que, dans tous les cas, par le jeu d'un bonus-malus, les praticiens et les établissements sont associés au partage du risque financier.

2.3.2 *Les enseignements à retenir*

Depuis une vingtaine d'années, la formule des H.M.O. connaît un relatif succès aux Etats-Unis. Le Gouvernement Fédéral en a reconnu l'opportunité et a admis que les bénéficiaires des programmes Medicare et Medicaid recourent aux services de H.M.O. – ils sont environ 600 000 à le faire. En 1974, 5,3 millions d'américains relevaient de 142 organismes de maintien de la santé ; ils sont 13,6 millions à être inscrits en 1984 dans 323 H.M.O.⁹, ce qui correspond à une multiplication par 2,5 en dix ans.

De nombreuses études américaines et quelques travaux menés par des européens¹⁰ ont procédé à l'évaluation des avantages et inconvénients de ce système, en lui-même et comparé aux formes traditionnelles d'assurance.

Il en résulte que le coût des H.M.O. serait, en moyenne, inférieure de 10 à 40 % à celui d'un système d'assurance pratiquant le remboursement a posteriori des frais. La baisse serait plus marquée dans les H.M.O. qui rémunèrent les médecins par « pré-paiement » (P.G.P.) que dans celles où les praticiens conservent une rémunération à l'acte (I.P.A.). La réduction des coûts proviendrait essentiellement d'une diminution des taux d'hospitalisation des patients, sans que les soins ambulatoires augmentent à due concurrence. Les différences observées dans la consommation de soins ambulatoires s'expliqueraient par le niveau de la couverture accordée : lorsqu'il y a gratuité totale pour le patient, cette consommation s'élève et la différence entre H.M.O. et assurance classique proviendrait du fait que cette dernière pratique généralement des tickets modérateurs plus élevés.

Le moindre coût des H.M.O. ne se traduirait pas par une baisse de la qualité des soins dispensés. Selon une étude réalisée sur ce point par l'école de santé publique, John Hopkins, sur 80 mesures effectuées, les H.M.O. se montreraient de qualité supérieure dans 53 cas, égale dans 19 et plus faible dans 8 seulement¹¹.

Du reste, si certains adhérents des H.M.O. se plaignent de la qualité humaine des services (modalités de prise de rendez-vous, continuité des soins ...) ils sont plutôt satisfaits de la garantie qui leur est accordée. Bien peu auraient recours, en supplément, à des services hors H.M.O. qui demeurent du reste intégralement à leur charge. Le taux de sortie annuel, de l'ordre de 10 % serait surtout relié aux changements d'emploi – et donc de couverture sociale offerte par l'employeur.

⁹ Source : H.M.O. Enrollment Census : Minneapolis. Interstudy

¹⁰ Notamment, H. Luft, op. cit. – K. Brown, Politics and Health Care Organization : H.M.O. as Federal Policy, Washington, D.C. The Brookings Institutions, 1983. – P. Zweifel et G. Pedroni, la « Health Maintenance Organization », La solution comme système de santé publique ?, Collection Economie et santé, 1.

¹¹ F. Cunningham, J. Williamson, « How does the quality of health care in H.M.O's compare to that in other settings », The Group Health Journal, hiver 1980, pp. 425 – W.G. Manning et alii, « A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services », New England Journal of Medicine ? vol. 310, n° 23 (7 juin 1984), pp. 1505-1510.

Quant aux médecins membres des H.M.O., leur rémunération est sans doute plus faible dans les P.G.P. qu'en exercice libéral ; mais leur temps de travail est aussi moindre. Leur plus grand regret est de ne pouvoir consacrer plus de temps à leurs patients, tout en reconnaissant que cela ne nuit pas à la qualité des soins ni ne limite leur autonomie d'action.

Les dépenses engagées pour les adhérents de H.M.O. progresseraient à un rythme très peu inférieur à celui des dépenses constatées dans les systèmes traditionnels d'assurance. Cela peut être interprété comme le fait que, quelles que soient les dispositions que l'on prend en vue de limiter la croissance des dépenses de santé, certains facteurs de hausse, comme l'inflation ou les conséquences des innovations techniques, sont difficilement réductibles.

Il n'en reste pas moins que les H.M.O. fonctionnent à moindre coût que la pratique libérale. Il convient d'analyser les mécanismes qui permettent d'obtenir ce résultat. Ce sont ceux d'un quasi-marché sur lequel les producteurs organisés se voient offrir le choix entre plusieurs formules plus ou moins onéreuses de garantie en cas de maladie.

- Les usagers ont le choix entre plusieurs systèmes. Ils s'adressent à celui qui leur paraît offrir le meilleur rapport qualité-prix.
- Les producteurs doivent alors s'organiser pour attirer la clientèle, tant par la qualité du service rendu que par le prix demandé. La rationalisation de la gestion et des coûts s'impose à eux.

C'est ce que tentent de réaliser les H.M.O. L'enveloppe de cotisations dont ils disposent les oblige à substituer des services moins coûteux – soins ambulatoires et à domicile – à des traitements plus onéreux – hospitalisation – dans tous les cas où cela est médicalement possible. Elle les oblige à rationaliser la structure de l'offre en centralisant les équipements afin d'éviter les doubles emplois, à réaliser des économies d'échelle dans les services ambulatoires en groupant les médecins et en répartissant l'activité des personnels paramédicaux. Encore faut-il pour cela que, dans leur pratique, les médecins soient sensibles aux économies potentielles ; leur mode de rémunération, avec un système de bonus-malus pour les salariés, les incite dans cette voie.

Dans le système des H.M.O., il n'existe aucun lien marchand entre l'utilisateur et le corps médical ; l'intérêt financier guide le comportement individuel de chaque participant, adhérent potentiel ou professionnel engagé dans le système.

2.4 Le « plan de santé au choix du consommateur »

Ce sont les expériences menées par les H.M.O. qui inspirent le « plan de santé au choix du consommateur » du Professeur A. Enthoven, de Stanford¹².

Celui-ci propose de les généraliser à l'échelle des Etats-Unis en se fondant sur les quatre principes suivants :

- Le libre choix du consommateur entre différents plans de couverture des dépenses de santé, étant entendu que tout plan d'assurance doit couvrir l'ensemble des fonctions sanitaires (prévention, soins de ville, hospitalisation) ;
- La responsabilisation de l'assuré dont le choix ne serait qu'aidé par une contribution forfaitaire de l'Etat au financement du contrat annuel ; cette contribution pourrait être plus

¹² A. Enthoven, *Health Plan : The only practical to the soaring of medical care*, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts, 1980, « L'Etat sans providence », *Prospective et Santé*, n° 24, printemps 1984, pp. 49-62, « L'Assurance Maladie. Crise et Remèdes. I. Assurance maladie et choix du consommateur », *Commentaires* n° 27, automne 1984, pp. 525-528.

élevée pour les titulaires de bas revenus et pour ceux ayant des besoins médicaux importants (personnes âgées ou handicapées).

- Le regroupement des risques en classes actuarielles de coût, de telle sorte que s'établisse une compensation entre individus à l'intérieur de chaque classe, les cotisations y étant les mêmes quelle que soit la vulnérabilité personnelle des individus ;
- La mise en place généralisée d'organisations de soins intégrés, le choix proposé aux citoyens étant entre ces organisations et non entre des niveaux de prestations.

Selon son auteur, ce plan respecterait la liberté de chacun, qu'il s'agisse du consommateur, libre de choisir l'organisme assureur, ou du professionnel de santé, libre de choisir son mode d'exercice et de rémunération. Il fixerait de manière objective le coût financier de l'intervention de l'Etat qui ne serait dépendant ni du volume des consommations individuelles, ni du coût des prestations délivrées. Surtout, les offreurs de soins subiraient une pression de la part des organismes d'assurance afin d'organiser les soins en recherchant un bon rapport coût-efficacité. Le système de santé évoluerait ainsi, volontairement et non sous une pression étatique, vers une organisation assurant aux consommateurs la qualité au moindre coût.

Dans l'esprit du Professeur Enthoven, il s'agit en fait de doter les Etats-Unis d'un système de sécurité sociale, dont ils sont dépourvus. Il échapperait aux défauts qui ont pu être constatés dans les pays possédant de tels systèmes, soit qu'ils aient conservé la pratique libérale, soit qu'ils disposent d'un système national de santé. En ce sens, le plan Enthoven apparaît comme une troisième voie.

Il n'est certainement pas applicable en France. La sécurité sociale existe et est considérée comme un acquis ; la médecine libérale existe et est considérée comme la seule solution par nombre de praticiens et d'usagers ; le « budget global » n'en est encore qu'à ses balbutiements et rencontre une opposition quasi-systématique parce qu'il dérange les habitudes.

Pourtant, la croissance des dépenses collectives pour la santé effraye tout le monde. Alors pourquoi ne pas aller à la recherche de solutions nouvelles ? Celles-ci peuvent être trouvées en dehors du système de sécurité sociale ou dans le cadre de celui-ci.

3. UNE SOLUTION RADICALE : LA PRIVATISATION DE LA SECURITE SOCIALE

Un bon système de santé devrait permettre de récompenser :

- Ceux qui fournissent des soins médicaux de qualité équivalente au moindre coût ;
- Les consommateurs, en l'occurrence les patients, dont le choix se porterait sur ces fournisseurs.

3.1 Le schéma de principe

La réintroduction des incitations économiques les plus élémentaires dans le système sanitaire et social suppose :

- La suppression des régimes légaux d'assurance maladie garantissant la couverture a posteriori des frais engagés par les assurés sociaux¹³ ;
- Leur remplacement par un système d'assurance obligatoire mis en œuvre par des « agences » (mutuelles ou compagnies d'assurances)¹⁴ concurrentes par le niveau des garanties qu'elles offrent et le montant des cotisations ou primes qu'elles réclament ;

¹³ L'Union Nationale pour l'Avenir de la Médecine songe bien à une solution de ce type mais dans laquelle l'assurance libre, se substituant à la Sécurité Sociale, s'accompagnerait du maintien de la rémunération à l'acte et de la liberté des honoraires. U.N.A.M. Protection Sociale et Santé. Des solutions pour l'Organisation de la Médecine dans une société de liberté et de responsabilité. Editions de l'Avenir, 1984.

- La contractualisation des rapports entre ces agences et les producteurs de soins qui, assurés de la clientèle qu'elles leur apportent, doivent garantir le service de soins de qualité aux personnes adhérentes moyennant une rétribution fixée à l'avance et de dépendant pas du nombre et de l'ampleur des services rendus à chaque adhérent (formule de dotation globale) ;
- La possibilité pour les personnes les moins fortunées ou présentant des risques particulièrement graves d'accéder aux soins qu'exige leur état sans contrainte financière majeure.

3.1.1 *Le remplacement de la Sécurité Sociale par l'assurance*

Les régimes obligatoires d'assurance maladie dans le cadre de la Sécurité Sociale sont supprimés et, par conséquent, les cotisations que leur versent employeurs et salariés. Il est alors possible, sans modifier les charges du secteur productif, de majorer les salaires effectivement versés d'un montant égal à celui de la double cotisation patronale et ouvrière, en d'autres termes, de faire coïncider le salaire-coût et le salaire-revenu. Les employeurs sont ainsi juridiquement dégagés de leur participation au financement de la branche maladie de la Sécurité Sociale ; si une hausse des frais de santé se produit par la suite, ils sont dégagés de toute contribution à son financement. Opération blanche pour les entreprises au départ, la réforme les exonère pour l'avenir de toute crainte de se voir imposer un relèvement des charges sociales.

Simultanément, les usagers potentiels du système de santé, c'est-à-dire la population, sont soumis à une « obligation légale d'assurance » auprès de la mutuelle ou de la compagnie de leur choix. Ils peuvent normalement y souscrire en raison de la hausse subie par leur revenu direct à raison de la suppression des cotisations. Mais ils ont en outre une liberté de choix qui ne s'arrête pas à la personnalité du gestionnaire. Elle porte sur le contenu de la garantie, qui peut être plus ou moins large, étant entendu que, comme en matière d'assurance automobile, un type de contrat minimum doit couvrir les risques graves.

Les cotisations mutualistes ou les primes d'assurance sont à la charge exclusive des intéressés, comme c'est déjà le cas pour la protection complémentaire libre ou les assurances dommages, vol, responsabilité. Il ne s'agit pas, comme en matière de régimes de retraites complémentaires, d'adhérer obligatoirement dans le cadre d'un accord collectif à une institution dont relève l'entreprise, financée conjointement par l'employeur et le salarié. Un tel système présente, du point de vue de l'organisation de la protection de la santé et de l'évolution de son coût, les mêmes inconvénients que les régimes légalement obligatoires d'assurance maladie. Son exclusion préserve les entreprises du risque d'avoir à accroître leur participation, ce qui reproduirait les mêmes effets sur leur compétitivité qu'une augmentation des cotisations.

3.1.2 *L'incitation à une bonne garantie*

Les usagers doivent être incités à se bien protéger tout en conservant la liberté de choix de leur mutuelle ou de leur compagnie d'assurance.

De la réintégration des cotisations sociales dans le revenu résulte un élargissement des ressources imposables et, par conséquent, des plus-values fiscales à barème inchangé. Plutôt que de chercher à réduire ou à supprimer cette surimposition par une modification du barème – opération du reste difficile à réaliser dans une totale équité eu égard aux conditions d'établissement de l'impôt sur le revenu (jeu des déductions du quotient familial, des tranches) – il est expédient de réutiliser les

¹⁴ B. Majnoni d'Intignano et J.C. Stephan, *Hippocrate et les Technocrates*, Calmann-Lévy, Paris, 1983, pp. 186-187.

ressources supplémentaires procurées à l'Etat en mettant en place un système d'aide aux individus pour leur permettre d'acquitter leurs cotisations ou primes.

L'occasion pourrait être saisie d'orienter davantage le système fiscal dans le sens de la justice redistributive. Au lieu d'admettre la déductibilité des cotisations ou primes d'assurance maladie dans la limite d'un certain pourcentage du revenu brut – technique actuellement employée pour les contributions aux régimes complémentaires d'invalidité et de vieillesse –, ce qui accorde un avantage d'autant plus grand que le revenu est élevé et la cotisation ou prime importante (et par conséquent le niveau de couverture contre le risque), il serait sans doute opportun d'instituer un crédit d'impôt, d'un montant identique à composition familiale semblable, quel que soit le revenu imposable. Ce crédit d'impôt pourrait être d'un montant supérieur à celui de la cotisation ou prime correspondant au contrat-type minimum, afin d'inciter les individus à rechercher une meilleure protection contre la maladie.

Il reste que, pour les personnes non imposables ou très faiblement imposables, le versement d'une cotisation ou prime d'assurance peut se révéler malaisé, même si le revenu disponible est majoré des actuelles cotisations sociales. Plutôt que de faire appel à l'aide sociale, dispensée inégalement par les collectivités locales, il apparaîtrait souhaitable de créer à leur intention une « aide personnalisée à la santé » (A.P.S.) comme l'aide personnalisée au logement (A.P.L.), elle serait fonction du revenu et de l'effort fourni pour mieux garantir sa santé.

Certes, s'agit-il d'une procédure bureaucratique, dont la gestion pourrait être confiée aux caisses d'allocations familiales qui liquident déjà des prestations de même type à d'autres personnes que leurs affiliés. Certes aussi, l'inégale connaissance des revenus est-elle à l'origine d'inégalités. Mais il s'agit d'une procédure a minima. L'aide personnalisée au logement, comme l'ancienne allocation de logement (A.L.), laisse entière le jeu des mécanismes économiques entre demandeurs et offreurs sur le marché du logement. Il en serait de même sur le quasi-marché de la santé.

3.1.3 *Les relations entre assureurs et producteurs de soins*

Mises en concurrence entre elles, les « agences » (mutuelles et compagnies d'assurances) se doivent, pour attirer la clientèle, de présenter à celle-ci des contrats offrant les meilleures garanties au moindre coût. Entre deux agences, la préférence du souscripteur va à celle qui propose la prime ou cotisation la plus basse pour la même garantie.

Elles sont donc conduites à faire pression sur les producteurs de soins (médecins et hôpitaux), avec lesquels elles sont appelées à passer des conventions, pour qu'ils adoptent les types de pratique les moins onéreux compatibles avec les soins les meilleurs.

Les formules les plus diverses sont concevables, allant de l'assurance traditionnelle avec remboursement a posteriori pour ceux qui désirent conserver l'accès à la pratique libérale, à des organisations sur le modèle des H.M.O. offrant une prise en charge globale des problèmes de santé, moyennant une contribution forfaitaire fixée à l'avance payée par l'assuré.

C'est aux usagers qu'il appartient de faire le choix du type de médecine qu'ils veulent et d'en payer le prix. C'est aux professionnels de santé qu'il appartient de faire le choix du mode d'exercice qu'ils entendent pratiquer et d'en prendre les risques. Le système envisagé peut être à l'origine de transformations profondes, mais non imposées de l'extérieur, dans l'exercice médical. L'exemple américain semble indiquer que des contrats de médecine globale bénéficiant d'un pré-paiement sont moins chers que des contrats admettant le remboursement a posteriori des frais engagés. Placés en compétition avec les autres, les assureurs de cette dernière catégorie seront sans doute contraints,

soit d'augmenter le niveau des tickets modérateurs – ce qui détournerait la clientèle –, soit de mettre en place un système de contrôle de l'activité et de la rémunération des producteurs de soins – ce qui dissuaderait ceux-ci. En d'autres termes, ils se trouveraient dans la situation actuelle des Pouvoirs Publics alors que se dérouleraient parallèlement d'autres expériences d'organisation sanitaire plus librement acceptées.

3.2 L'évaluation du système

Le système ainsi esquissé présente des avantages certains. Il permet de concilier trois objectifs apparemment contradictoires : l'équité et le libre accès aux soins, l'efficacité de l'appareil productif, la maîtrise des dépenses¹⁵. Mais on ne peut ignorer qu'il heurte trop d'avantages acquis, d'habitudes et de tabous pour être aisément adopté dans la société française contemporaine.

La maîtrise des dépenses de santé et l'efficacité de l'appareil sanitaire peuvent être atteintes simultanément dès lors que la compétition peut jouer en deux points : celui du libre choix de l'organisme assureur et de la garantie qu'il offre ; celui du contrôle des producteurs de soins par les organismes d'assurance.

Tel est bien le cas : une véritable concurrence peut s'instaurer entre les organismes d'assurance, qui risquent de perdre une clientèle insatisfaite si la qualité des soins se détériore ou si les cotisations sont trop élevées. La concurrence s'exerce aussi entre les producteurs de soins qui risquent de perdre leur agrément par les assureurs et donc de voir baisser leur revenu si leurs soins sont trop dispendieux. Ainsi se réalise une autorégulation de l'offre.

L'équité et le libre accès aux soins peuvent être satisfaits dès lors que l'on met en place un marché institutionnel pour empêcher la sélection des risques.

L'obligation d'assurance combinée à la liberté de choix de l'organisme assureur interdit à celui-ci de refuser les mauvais risques, du moins au niveau du contrat minimum.

D'un autre côté, on peut craindre que la liberté de choix entre plusieurs contrats donnée aux souscripteurs leur permette d'opter à vingt ans pour une garantie partielle et peu chère et à soixante ans, quand le risque augmente, pour une prise en charge plus complète. Le fait que les assureurs doivent offrir des prestations de base identiques élimine en grande partie ces comportements de resquilleurs. Au surplus, il suffit, comme cela existe déjà pour les contrats d'assurance vie ou décès, de subordonner le choix d'un nouveau type de contrat à des conditions d'âge, mais non d'état de santé.

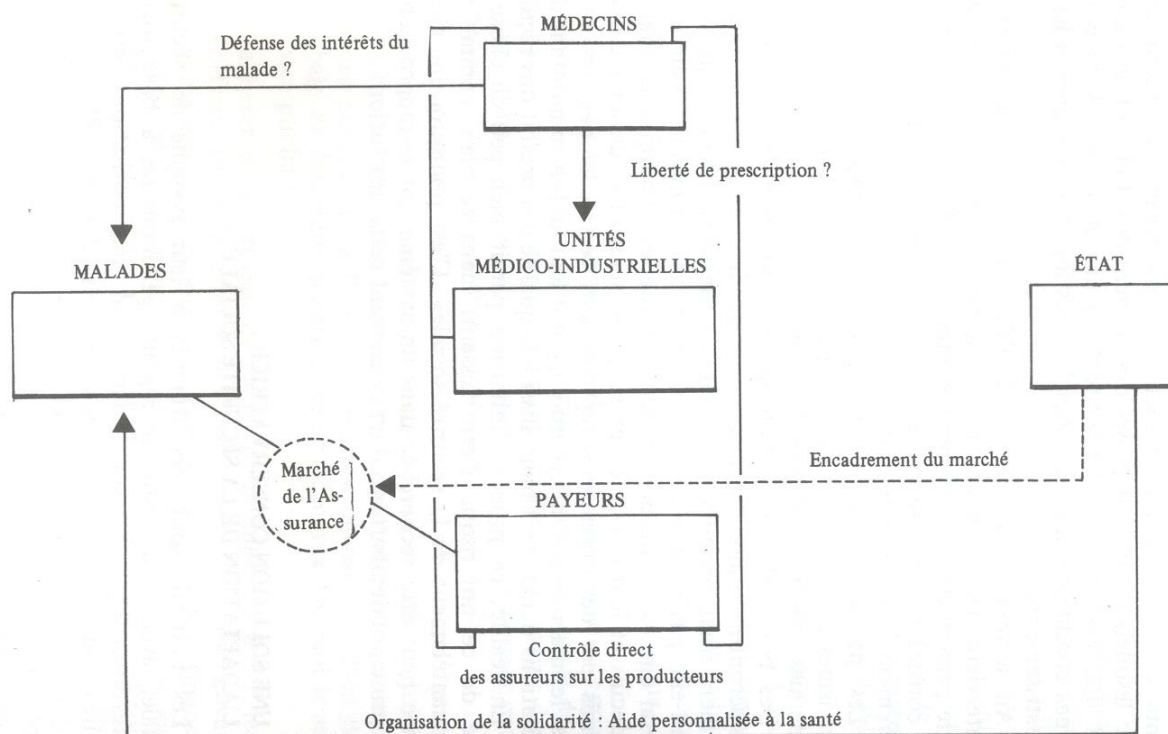
Enfin, la prise en charge par l'Etat d'une fraction des cotisations, par l'allocation personnalisée à la santé pour les plus défavorisés, par le crédit d'impôt pour les autres, assure à la fois libre accès aux soins, solidarité et redistribution. La solidarité s'exerce par l'intermédiaire d'une fiscalité assise sur l'ensemble des revenus et non plus par le biais de cotisations établies sur les seuls salaires ou les revenus de l'entreprise pour les travailleurs indépendants. Grâce au crédit d'impôt, la redistribution est mieux assurée.

¹⁵ Ces arguments ont déjà été développés par R.J. Launois et B. Majnoni d'Intignano, « Comment réformer l'assurance maladie française », Commentaires, n° 27, automne 1984, pp. 529-534.

L'introduction de cette nouvelle forme de protection contre la maladie remettrait profondément en cause les schémas du système de santé présentés dans le premier chapitre. Du modèle actuel de la « santé rationnée » on passerait à celui de la « santé libérée » (graphique 1).

Dans celui-ci la distinction si marquée entre secteur public et secteur privé s'estompe jusqu'à disparaître, aussi bien au niveau des producteurs de soins qu'à celui des financeurs.

Graphique 1 – Le modèle de la santé libérée



Au premier niveau, rien ne devrait plus distinguer les établissements d'hospitalisation publics et privés sur lesquels l'Etat exerce aujourd'hui des tutelles différentes mais également tatillonnes. Plus n'est besoin de ces contrôles : dans tous les cas, les établissements sont mis en concurrence face aux organismes d'assurance avec lesquels ils doivent passer des conventions. Celles-ci leur assurent des ressources qui les incitent les uns et les autres, dans les mêmes conditions, à rationaliser leur gestion et à programmer leurs investissements.

Au second niveau, le rôle de l'Etat se minimise également. Il n'intervient dans le financement que pour assurer la solidarité par l'aide personnalisée et le crédit d'impôt. Il ne fixe plus le montant des cotisations, mais se limite à édicter les règles générales de l'encadrement du marché de l'assurance. Les payeurs ne sont plus passifs. Ils choisissent parmi les organismes d'assurance. Ceux-ci organisent et contrôlent le système de manière contractuelle avec les professionnels.

Des points d'interrogation apparaissent cependant. Les médecins seront-ils toujours à même de défendre les malades comme ils estiment traditionnellement le faire ? Leur liberté de prescription ne sera-t-elle pas réduite par les exigences des organismes assureurs ? A vrai dire, ces craintes paraissent peu fondées. Pourquoi le rôle des médecins et leur liberté de prescription seraient-ils davantage compromis par des organismes représentant, certes les payeurs, mais aussi les malades potentiels, qui jugeront leur action au montant des cotisations demandées mais aussi à la qualité des prestations reçues.

En réalité, ce procès d'intention paraît bien peu de chose à côté de ce qui risque d'être ressenti, dans ce plan, comme un « démantèlement de la sécurité sociale ». C'est pourquoi une alternative peut être recherchée dans un système qui se rapprocherait des principes de liberté tout en conservant cette institution.

4. UNE SOLUTION CONSERVATRICE : L'ADAPTATION DE LA SECURITE SOCIALE

Les Français sont très attachés à leur système de sécurité sociale, avec sa diversité de régimes gestionnaires à base socioprofessionnelle, avec son financement par cotisations sur les salaires ou les revenus professionnels des travailleurs indépendants. Ils sont aussi attachés au mode de couverture des frais de santé par remboursement a posteriori des dépenses qu'ils ont engagées, seul système, il est vrai, qu'ils connaissent, à l'exception des travailleurs de la mine et, dans une certaine mesure, des agents de la S.N.C.F. et de la R.A.T.P. pour lesquels existe une « médecine de caisse » avec tiers-payant.

Bien peu ont véritablement conscience des lourdes conséquences financières de ce mode de prise en charge des frais de santé. Depuis longtemps pourtant, les Pouvoirs Publics tentent de réagir en « rationnant » de plus en plus la santé par des mesures ponctuelles et détournées.

Le problème principal n'est pas celui de l'organisation administrative des régimes, ni même celui de leur mode de financement, mais bien celui des modalités d'exécution des dépenses. Celles-ci ne peuvent être déterminées qu'ex-post et le financement doit suivre. Ni les producteurs de soins, ni les assurés – si ce n'est de manière limitée par le fait de tickets modérateurs – n'ont un intérêt personnel à utiliser les processus de soins les moins onéreux. L'accent est mis sur la seule médecine curative, au détriment de la médecine préventive dont l'activité peut difficilement être insérée dans une nomenclature d'actes médicaux et paramédicaux établie en vue du remboursement des soins délivrés.

Ce sont donc les modalités de prise en charge des frais de santé qu'il convient en priorité de réviser afin de réduire le coût de l'assurance maladie sans abaisser la qualité des soins, en d'autres termes en améliorant l'efficacité des producteurs. Le programme prioritaire d'exécution (P.P.E.) n° 11 du IX^{ème} plan semble aller dans cette voie puisqu'il s'intitule « moderniser et mieux gérer le système de santé ».

Cet objectif paraît pouvoir être atteint de manière souple grâce à la mise en place d'une nouvelle formule de prise en charge de la santé par les régimes actuels d'assurance maladie. Au moins dans une phase transitoire, les affiliés auraient le choix, à exprimer pour une période annuelle renouvelable, entre deux possibilités :

- Conserver le système en vigueur de remboursement a posteriori, avec ou sans ticket modérateur selon les conditions actuelles, et sur la base, suivant le cas, d'une rémunération des producteurs à l'acte, à la journée ou par « dotation globale de fonctionnement » pour les hôpitaux assurant le service public ;
- Adhérer à un « réseau de soins coordonnés » (R.S.C.), leur offrant toute la gamme des traitements dont ils peuvent avoir besoin, y compris les actions de prévention, le financement du R.S.C. étant assuré par un « forfait annuel de santé » (F.A.S.) versé par les caisses d'assurance maladie et complété par une contribution, également forfaitaire, des assurés eux-mêmes.

La loi du 19 janvier 1983, dans son article 17 et ses décrets d'application du 22 juin 1984 autorisent d'ores et déjà la mise en œuvre de cette seconde formule. Ces textes disposent, en effet, que des conventions peuvent être passées entre les organismes d'assurance maladie et des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, faisant l'objet d'un agrément des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé en vue de mener des expériences dans le domaine médico-social. Les dépenses correspondantes peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.

C'est de cette nouvelle formule qu'il convient de préciser les conditions de fonctionnement et d'évaluer les chances qu'elle offre aux divers partenaires.

4.1 Le schéma de principe

Trois conditions fondamentales doivent être réalisées :

- L'existence de réseaux de soins coordonnés,
- La prise en charge d'un forfait annuel de santé par les caisses d'assurance maladie,
- La concurrence des filières de soins constituées par les réseaux.

4.1.1 Les réseaux de soins coordonnés

Un « réseau de soins coordonnés » (R.S.C.) est un organisme qui offre à sa clientèle toute la gamme des services dont elle peut avoir besoin pour se maintenir en bonne santé, les actions proposées étant à la fois préventives et curatives. La notion de « médecine globale » grâce à une organisation unique est ainsi mise en œuvre.

A l'instar des H.M.O., un R.S.C. doit donc disposer de médecins consultants généralistes et spécialistes, de personnels paramédicaux pour les traitements à domicile, de moyens de diagnostic et d'hospitalisation pour toutes les affections.

Le modèle ne saurait en être unique ; plusieurs types de R.S.C. doivent, au contraire, pouvoir se constituer à l'initiative de « promoteurs » divers agissant en raison de l'intérêt qu'ils pensent eux-mêmes retirer de la constitution d'un réseau. Les initiateurs peuvent donc être¹⁶ :

- Un hôpital public en association avec des médecins généralistes exerçant « en ville » afin de cogérer un ensemble comprenant des services hospitaliers et des services médico-sociaux de traitement à domicile,
- Une clinique privée qui, de la même façon que l'hôpital public, offre son plateau technique en s'associant avec des praticiens généralistes et spécialistes « de ville »,
- Des médecins associés avec d'autres professionnels (dentistes, kinésithérapeutes, infirmières) s'organisant en cabinet de groupe et qui passent convention avec des hôpitaux de secteur ou des cliniques privées,
- Une mutuelle, ces sociétés ayant déjà l'expérience du conventionnement avec les praticiens et de la gestion d'œuvres et d'établissements divers,
- Une compagnie ou un groupe de compagnies d'assurances pratiquant la garantie du risque maladie ; tel pourrait être le cas pour celles qui sont déjà engagées dans l'assurance maladie des exploitants agricoles et des autres travailleurs indépendants : comme les mutuelles, elles seront soucieuses de conserver une clientèle.

¹⁶ V. Rodwin, « Proposition pour une expérience HMO en France », Document ronéotypé, octobre 1984.

D'autres initiatives peuvent encore être envisagées de la part de syndicats patronaux ou ouvriers, d'associations familiales, de collectivités locales.

Pour donner une assise juridique à ces réseaux où, par la force des choses, collaboreront le plus souvent des collectivités publiques, comme les hôpitaux, des organismes privés et des professionnels de santé et statut libéral, une nouvelle catégorie juridique devra sans doute être créée. La formule de l'association de la loi de 1901 paraît inadaptée, ne serait-ce que parce qu'elle interdit de faire des bénéfices ; le groupement d'intérêt économique (G.I.E.) pourrait servir de modèle.

Quoiqu'il en soit de la variété des formules possibles et de la structure juridique adoptée, deux points paraissent particulièrement importants :

- En premier lieu, un R.S.C. doit pouvoir organiser une filière de soins complète et homogène à l'intention des assurés sociaux qui y adhèrent. Cela ne veut pas dire que le réseau doive disposer lui-même de tous les moyens de soigner toutes les affectations ; il en résulterait à l'évidence des redondances et un suréquipement générateur de coûts disproportionnés. Il suffit que le R.S.C. passe convention avec un établissement d'hospitalisation proche – un C.H.U. par exemple, ou un centre psychiatrique pour les maladies mentales – qui mette ses moyens à la disposition des adhérents du R.S.C. moyennant une rémunération fixée contractuellement entre le réseau et l'établissement hospitalier. Pour ce dernier, la contribution apportée par le réseau reste en dehors de la « dotation globale de fonctionnement » qui lui est allouée par les caisses d'assurance maladie, cette dotation n'était plus calculée que pour les seuls assurés sociaux qui déclarent conserver le mode de couverture sociale traditionnel.
- En second lieu, il est nécessaire, ou du moins souhaitable, que plusieurs réseaux existent dans une même zone géographique – même si cette condition peut se révéler difficile à réaliser dans des régions relativement faible densité de peuplement où le nombre de médecins et la diversité des établissements sanitaires sont limités. En effet, il importe que les assurés sociaux aient une possibilité de choix : la condition de concurrence entre les réseaux est primordiale. Le système ne peut s'accommoder d'un monopole de fait ou de droit. Il est à l'opposé d'une « sectorisation » qui, dans un système national de santé, imposerait le recours aux praticiens et établissements du secteur, comme il est à l'opposé d'une « médecine de caisse » dans laquelle l'organisme de sécurité sociale imposerait à ses affiliés l'usage d'un praticien ou d'un établissement qu'il désignerait.

4.1.2 *Le forfait annuel de santé*

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des réseaux de soins coordonnés par le versement d'une contribution annuelle forfaitaire, véritable capitation par assuré ayant fait choix d'un réseau déterminé et qui est indépendante à la fois du coût de fonctionnement du R.S.C. et de l'utilisation de celui-ci par chaque adhérent.

Il importe donc, en premier lieu, de déterminer de manière objective des coûts standards susceptibles d'être pris en charge par les organismes de sécurité sociale.

Chaque année, un comité de « sages » indépendants des Pouvoirs Publics, des institutions de sécurité sociale, des professionnels et des établissements de santé – le Centre d'étude des revenus et des coûts, par exemple – calcule le « coût actuariel national des soins » (C.A.N.S.) par grandes catégories d'assurés classés en fonction de leurs caractéristiques démographiques et épidémiologiques : sexe, âge, catégorie professionnelle, type de pathologie pour certains grands fléaux (cancer, maladies mentales, par exemple). Ces coûts actuariels par classe tiennent également

compte de l'évolution des techniques qui conduit, selon le cas, à abaisser ou à augmenter le coût relatif de certains traitements. Il prend encore en considération, bien évidemment, les hypothèses économiques d'ensemble relatives aux prix et aux revenus.

Ces coûts actuariels nationaux constituent en quelque sorte la base du « tarif de responsabilité » des caisses de sécurité sociale vis-à-vis des réseaux de soins coordonnés. Celles-ci s'engagent à verser à chaque R.S.C. le forfait annuel de santé correspondant à la structure par classe actuarielle des assurés sociaux qui l'ont choisi. Ainsi se trouve évitée la tentation de l'écramage de bons risques par les R.S.C. ou, à l'inverse, la pénalisation de ceux qui accueillent une population ayant des besoins de santé importants – réseaux situés dans une région où résident de nombreuses personnes âgées, par exemple.

En second lieu, il convient de décider du niveau du forfait annuel par rapport au coût actuariel des soins, en d'autres termes, le forfait doit-il couvrir la totalité du coût actuariel ou n'en représenter qu'une fraction, le surplus étant laissé à la charge du consommateur selon des modalités à établir entre le R.S.C. et ses adhérents ?

Selon les comptes de la santé, les individus auraient supporté 24,4 % directement financés par les ménages et 3,5 % par l'intermédiaire de leurs mutuelles. Dans ce chiffre figure une part non négligeable, mais difficile à établir avec certitude, due à l'autoconsommation (achats de produits pharmaceutiques sans ordonnance) qui n'a aucune raison de fléchir sensiblement dans le nouveau système. Y figurent aussi les dépassements d'honoraires par rapport au tarif conventionnel, pratique qui disparaît avec le R.S.C. On peut donc raisonnablement estimer que la part résiduelle à la charge des consommateurs est de l'ordre de 20 %, peut-être légèrement inférieure à ce chiffre.

Si le système des réseaux de soins coordonnés rétribués forfaitairement procurait, en France, les mêmes résultats qu'aux Etats-Unis, les H.M.O. par rapport à l'assurance traditionnelle, alors le rêve de la « santé gratuite » grâce à la sécurité sociale serait théoriquement réalisable sans accroissement des charges de celle-ci. Mais l'observation des comportements conduit à tempérer cette vision optimiste des choses.

D'une part, en l'absence de tout frein financier, le recours aux R.S.C. est appelé à augmenter, soit que cesse l'automédication, soit que des consommations différées se transforment en consommations effectives. Même si les comportements se normalisent à terme, la création d'un régime de sécurité sociale, ou l'amélioration de la couverture offerte par celui-ci, s'accompagne d'un recours accru au système de santé. C'est ce qui s'est produit par exemple, au moment de la création du régime d'assurance maladie des exploitants agricoles pour les soins dentaires et ceux des spécialistes, ou lors de l'extension de la prise en charge à 100 % pour les victimes de maladies longues et coûteuses. Davantage sollicité, le réseau sanitaire doit accroître son activité. Le coût actuariel national des soins doit nécessairement s'en ressentir.

D'autre part, pour attirer et conserver leur clientèle, les réseaux de soins coordonnés seront appelés à se livrer à une dure concurrence par la seule qualité. On évitera alors difficilement des suréquipements et des gaspillages qui, à terme, conduiront également à infléchir en hausse le coût actuariel des soins.

Enfin, la santé gratuite est en totale contradiction avec la logique du système proposé, qui est de « responsabiliser » les acteurs – professionnels et usagers – pour organiser et gérer le meilleur appareil sanitaire possible au moindre coût.

Par conséquent, afin de ne pas augmenter les charges de l'assurance maladie, le forfait annuel de santé des caisses doit être fixé, en principe à un certain pourcentage, par exemple 80 % du coût actuariel national des soins pour chaque classe de risque. Tout au plus, pourrait-on envisager, dans la mesure où il serait possible de déterminer un coût actuariel pour certains traitements particulièrement coûteux, d'admettre que coût actuariel et forfait annuel coïncident pour les personnes reconnues médicalement justiciables de ces traitements.

4.1.3 *La concurrence des réseaux*

Chaque réseau de soins coordonnés a intérêt à se constituer un volume de clientèle correspondant aux capacités dont il dispose, soit par lui-même, soit grâce aux conventions qu'il passe avec d'autres professionnels ou institutions de santé. Il ne faut pas perdre de vue que l'adhésion d'un assuré social à un réseau apporte et garantit à celui-ci le forfait correspondant de la sécurité sociale, qui peut lui être versé mensuellement comme c'est déjà le cas pour la dotation de fonctionnement des hôpitaux publics.

La concurrence entre les réseaux se réalise par la qualité des prestations qu'ils peuvent offrir et par les conditions financières proposées à leurs adhérents. Cela les conduit à rechercher une organisation et un mode de gestion qui minimise les coûts tout en assurant le meilleur service. Le problème est, dans une large mesure, celui de la répartition du risque financier – pertes ou gains constatés ex post – entre les professionnels et les institutions de santé membres du R.S.C. et les assurés sociaux qui y adhèrent, dans une organisation où l'essentiel du financement est déterminé ex ante.

Chaque réseau s'organise librement. Il fixe le mode de rémunération des médecins qui en sont membres, soit par un salaire, soit par une capitation en raison des malades pris en charge par le praticien, soit à l'acte. En cas de pré-paiement des médecins (salarier et capitation), le contrat peut, et même doit, prévoir les modalités appropriées de leur intéressement aux résultats. C'est une incitation pour eux à mener une pratique qui, en évitant les hospitalisations ou les examens diagnostiques inutiles, par exemple, réduit les coûts pour l'ensemble du réseau de soins coordonnés. En d'autres termes, la bonne gestion d'un R.S.C., et donc la survie, suppose que s'instaure par accord mutuel des professionnels qui y participent, un système d'évaluation, un « audit interne » de leur pratique.

De leur côté, pour être compétitifs, les établissements d'hospitalisation doivent rationaliser leur gestion et dimensionner leurs équipements afin d'éviter des sous-emplois et des redondances générateurs de frais fixes importants. Si un établissement de soins est trop cher, le R.S.C. devra imposer des contributions élevées aux assurés adhérents, au risque de les perdre ; si cet établissement est simplement conventionné avec un R.S.C., celui-ci lui retirera son agrément. Ainsi doit se réaliser d'une manière souple une planification informelle des équipements.

Dès lors que le forfait annuel de santé accordé par la sécurité sociale n'est pas aligné sur le coût actuariel national des soins mais ne représente qu'un certain pourcentage de celui-ci – solution qui a été préconisée ci-dessus – les versements de l'assurance maladie ont peu de chance de couvrir l'intégralité des coûts du R.S.C.

D'une manière générale, les réseaux de soins coordonnés sont donc amenés à demander une participation financière aux adhérents afin de compléter les ressources procurées par la somme des forfaits annuels de la sécurité sociale. Or, afin d'exercer son choix en pleine connaissance de cause, le futur adhérent désire connaître à l'avance le montant de sa participation. Encore une fois, il doit être incité à s'adresser à un R.S.C. en fonction du rapport qualité-prix que celui-ci lui offre et pour

lui le prix n'est pas le forfait annuel de santé versé pour son compte par l'assurance maladie mais le montant de sa participation personnelle.

Dès lors, cette participation ne saurait être dépendante de l'utilisation qu'il fera, au cours de l'année, des services du R.S.C. Le choix ne serait pas clair puisque la contribution de l'adhérent serait incertaine. Au surplus, une telle méthode serait un moyen pour un réseau de pratiquer l'écramage de la clientèle : s'adresseraient à lui ceux qui s'estiment en bonne santé. La caractéristique d'un quasi-marché est que les règles du jeu peuvent être fixées par un minimum de réglementation étatique. La loi de 1983 prévoit l'agrément ministériel des organismes qui mettent en œuvre de nouvelles formules sanitaires. Il suffit que le cahier des charges à établir en vue de l'agrément proscrive une formule de participation de l'adhérent liant celle-ci à sa consommation.

C'est donc la formule du forfait annuel fixé ex ante qui doit être adoptée pour la participation de l'adhérent comme pour celle de la sécurité sociale. Cela ne veut pas dire, pour autant, que la contribution de l'adhérent doive, comme celle de l'assurance maladie, dépendre de sa classe de risque en fonction de ses caractéristiques démographiques et économiques. Tout au contraire, elle peut, et elle doit, être la même pour tous : vis-à-vis du R.S.C., l'importance du risque est déjà prise en compte par le forfait annuel de la sécurité sociale qui constitue sa source principale de financement : vis-à-vis de l'usager, il faut éviter de l'exposer à la gravité des épisodes morbides qui peuvent le frapper de manière aléatoire.

Le mode de financement proposé par les réseaux de soins coordonnés organise en fait une solidarité à deux niveaux : entre les bien portants et les malades à l'intérieur de chaque classe de risque par le forfait annuel de santé de la sécurité sociale, lui-même financé par des cotisations proportionnelles aux salaires – ou aux revenus professionnels pour les travailleurs indépendants – ; entre les bien portants et les malades adhérents au même réseau par la contribution forfaitaire de ceux-ci. Faut-il utiliser cette dernière pour élargir la solidarité entre riches et pauvres ?

Il ne semble pas qu'il soit du domaine des R.S.C. de faire varier la contribution de leurs adhérents en fonction de leurs revenus. Ceux-ci dans la tradition française, n'ont pas à être connus de personnes privées qui, à la différence des organismes de sécurité sociale, ne participent pas à la gestion d'un service public. Principalement, adopter cette solution pour un R.S.C. alors que d'autres ne le feraient pas, serait pour lui suicidaire. Or, les réseaux étant libres de fixer la participation des adhérents, quelle « raison d'Etat » pourrait les obliger à adopter un système d'assiette proportionnel ou progressif en fonction du revenu ?

Il reste que les plus démunis peuvent éprouver des difficultés à acquitter leur contribution personnelle. Le recours à l'aide sociale pourrait être envisagé pour résoudre ces situations, en dépit des imperfections de ce système sur le plan de l'équité. Mieux vaudrait sans doute se tourner vers un système d' « aide personnalisée à la santé », déjà évoqué, remarque étant faite que le montant des contributions prises en considération devrait être plafonné à un niveau relativement bas, afin d'éviter que les bénéficiaires de cette aide ne soient incités à se tourner vers les R.S.C. les plus coûteux.

Les ressources de réseaux de soins coordonnés sont déterminées ex ante par la somme des forfaits attribués par l'assurance maladie et des contributions des adhérents.

Les excédents dégagés éventuellement peuvent être affectés à l'amélioration des rémunérations des médecins membres du R.S.C. par un système d'intéressement ou à l'autofinancement de nouveaux équipements qui valorisent la qualité des soins et l'image de marque auprès du public. Les R.S.C.

peuvent aussi décider d'accorder des ristournes aux adhérents qui, voyant leur participation diminuer, seraient attirés vers le réseau ou du moins lui resteraient fidèles.

Un résultat négatif est, en revanche, dangereux pour le R.S.C. Dans l'immédiat, la rémunération des professionnels qui en sont membres peut s'en trouver réduite. A moyen terme, le rééquilibrage de la situation financière exige un relèvement des participations demandées aux adhérents, ce qui risque de les détourner de lui, soit en recourant à un autre réseau, soit pour les plus faibles consommateurs, en revenant à l'assurance traditionnelle avec remboursement a posteriori des frais engagés.

Le libre choix des assurés crée les conditions d'une concurrence entre réseaux qui les incite à rationaliser leur gestion dans le maintien du service de prestations de qualité.

4.2 L'évaluation du système

On ne saurait minimiser les difficultés, principalement d'ordre psychologique et politique¹⁷, que peut rencontrer la mise en place d'un nouveau mode de prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie dans le cadre d'une réorganisation du système sanitaire et avec un financement forfaitaire des producteurs de soins. Tenter de vaincre ces difficultés constitue cependant autant de chances d'apporter des solutions à la crise que subit le régime sanitaire et social français sous la pression d'une progression difficilement contrôlable des dépenses de santé alors que la nécessité apparaît d'utiliser au mieux des ressources collectives rares ; Il faut pour cela montrer que tous les interlocuteurs – usagers, professionnels de santé, organismes de sécurité sociale et Pouvoirs Publics – peuvent avoir intérêt à une réforme innovante.

Les usagers ont pris l'habitude de leur protection contre la maladie, qu'ils considèrent comme un acquis social majeur. Ils sont favorables au libre choix de leur praticien et leur filière de soins, quand bien même ce choix est en fait, limité, soit par des motifs de facilité d'accès, soit du fait du pouvoir d'expert que détient le médecin quant à l'orientation des traitements ; pour ceux qui ont la possibilité d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire une police d'assurance complémentaire, la santé est presque gratuite, voire totalement gratuite lorsque mutuelle ou assurance leur accorde un remboursement à 100 % des tarifs et parfois même prend en compte les dépassements. Les seules réticences des usagers se manifestent finalement lorsqu'il est décidé une majoration de leur cotisation personnelle – part ouvrière – afin de rééquilibrer le régime.

Mais justement, de la mise en place de réseaux de soins coordonnés concurrentiels, on peut attendre un abaissement du coût global des soins et partant de moindres difficultés financières pour les régimes de sécurité sociale. Par ailleurs, la protection de la santé devient financièrement moins aléatoire pour l'utilisateur en fonction des épisodes morbides qu'il peut subir, sa contribution étant fixée a priori et non ex post, au hasard des frais non couverts par l'assurance maladie. La possibilité de choix demeure très ouverte : elle ne s'exerce certes plus entre une multitude de praticiens, mais entre filières de soins dont la qualité peut être appréciée. Enfin, la médecine globale qui est offerte peut faciliter les actions de prévention et constituer un élément de sécurisation.

Les producteurs de soins ont pris l'habitude d'un marché protégé où la demande est rendue solvable par l'assurance maladie, quand bien même ils protestent contre les limitations de tarifs qui leur sont imposées par le groupe administratif constitué par les organismes de sécurité sociale et les autorités de tutelle dans le domaine sanitaire et social. Les médecins libéraux dans leur majorité, considèrent le paiement à l'acte et l'entente directe comme une garantie du libre exercice de leur profession,

¹⁷ Voir sur ce point R.J. Launois, B. Majnoni d'Intignano, V.G. Rodwin, J.C. Stéphan « les Réseaux de Soins Coordonnés (R.S.C.), Propositions pour une réforme profonde du système de santé », Revue Française des Affaires Sociales, N° 1, 1985, 3^{ème} partie : Les Enjeux Politiques.

alors même que la cartellisation du marché par la convention nationale est la négation même des principes libéraux.

Mais ils ressentent, au niveau de leur revenu et des conditions d'exercice de leur activité, les contraintes que leur impose la fixation conventionnelle d'honoraires qui sont sous surveillance. Celles-ci sont aggravées par la formidable expansion des médecins en exercice, qui rend de plus en plus difficile une installation en cabinet avec des résultats aléatoires. Aussi nombre d'entre eux, surtout parmi les nouveaux diplômés, se tournent-ils vers une carrière salariée, à temps plein ou partiel, qui leur offre une garantie de revenu dans les débuts.

Les réseaux de soins coordonnés peuvent leur offrir cette sécurité matérielle. Ils doivent leur permettre d'exercer une médecine plus globale et plus intéressante en liaison avec les services médico-sociaux et les établissements hospitaliers : le médecin de ville peut ainsi « avoir sa blouse à l'hôpital ». Enfin, le libre choix de leur mode d'exercice est intégralement protégé.

Dans le secteur hospitalier, public ou privé, les contraintes budgétaires se font de plus en plus lourdement sentir. Le suréquipement devient de plus en plus patent avec, depuis plusieurs années, la baisse du nombre de journées réalisées et plus récemment, du nombre d'admissions elles-mêmes.

La création de réseaux de soins coordonnés concurrentiels peut aider les hôpitaux publics et certains établissements privés à réaliser par eux-mêmes – et non sous la contrainte aveugle et déplaisante des autorités de tutelle – le nécessaire redéploiement de leurs moyens vers des activités nouvelles – moyen séjour, hôpitaux de jour ... - propres à la mise en place d'un véritable système de soins gradués qui permettra une meilleure utilisation des équipements.

Les organismes de sécurité sociale ont pour principal souci de servir aux assurés les prestations auxquelles ceux-ci ont droit dans le cadre d'une réglementation qui échappe aux administrateurs et que ceux-ci doivent appliquer. Ils sont aussi confrontés aux difficultés d'une gestion financière rendue malaisée par l'incertitude sur le volume de dépenses qui ne sont pas à leur initiative.

Le forfait annuel de santé leur apporte la certitude en ce domaine : les engagements sont connus à l'avance, la trésorerie est régularisée, les charges globales devraient être allégées. L'adhésion des assurés à des réseaux de soins coordonnés laisse aux administrateurs la possibilité de veiller à une bonne protection des affiliés. A cet égard, elle valorise leur mission : il ne s'agit plus de chercher à mettre en œuvre des procédures de paiement rapide des usagers, mais d'apprécier la qualité, l'efficacité et le coût des divers réseaux qui s'offrent à ceux-ci. Rien n'interdit à une caisse de créer son propre R.S.C., à la condition toutefois que celui-ci ne bénéficie pas d'un monopole et que les affiliés ne soient pas tenus d'y adhérer.

L'Etat enfin, ou plus exactement le « pouvoir administratif » a pris l'habitude de s'ingérer dans le détail du fonctionnement du système sanitaire et des régimes de protection sociale. Faute de pouvoir faire lui-même dans une organisation où les centres de décision sont multiples – usagers, professionnels, organismes de sécurité sociale – il tente de restreindre au coup par coup la liberté d'actions de ceux-ci afin de maintenir l'équilibre financier d'un système qui lui échappe.

Sa responsabilité de la fixation du volume des prélèvements obligatoires qui peuvent être affectés à l'assurance maladie et de l'équilibre financier de cette branche demeure. Elle est grandement facilitée par la rétribution a priori des producteurs de soins grâce aux forfaits annuels de santé. Il ne s'agit plus de « naviguer à vue » mais de déterminer ex ante les ressources nécessaires.

L'exercice de la tutelle devient tout autre. Il suffit d'organiser le quasi-marché de la santé en donnant un agrément aux réseaux de soins coordonnés. Cela suppose l'établissement d'un cahier des charges évitant les déviations et une appréciation a posteriori de la qualité et du rendement des R.S.C., pouvant aller jusqu'au retrait d'agrément de ceux qui ne respectent pas les règles du jeu. De négative, l'action des Pouvoirs Publics devient positive.

Le « rationnement de la santé » par la contrainte publique est de moins en moins supporté par les usagers et par les professionnels de santé. N'est-il pas temps de leur redonner la parole ? L'institution d'un quasi-marché avec réseaux de soins coordonnés concurrents et financés a priori, dans le maintien des structures fondamentales de la sécurité sociale, apparaît comme un moyen de donner, dans la liberté, une plus grande efficacité financière et humaine au système sanitaire français.

5. CONCLUSION

- 1) Dans un régime d'inspiration libérale et une économie de concurrence pure et parfaite, le marché maximise les avantages de chacun et permet la régulation d'un secteur en fonction de l'évolution de l'offre et de la demande.

Le consommateur de soins – c'est-à-dire le malade ou celui qui se ressent comme tel – exprime librement son choix quant au médecin qu'il consulte – et il peut en consulter plusieurs pour le même trouble - , quant à l'établissement auquel il recourt, quant à la filière qu'il entend suivre – soins ambulatoires ou hospitaliers – pour son traitement. Il assume pleinement les conséquences financières de ses décisions ; tout au plus a-t-il la possibilité de souscrire une police d'assurance dont la prime sera fonction de sa classe actuarielle et, par conséquent, variera avec son âge, son sexe, ses caractéristiques de risques.

Simultanément, les professionnels de santé ont entière liberté pour décider de leur mode d'exercice, de sa localisation, de l'ampleur des moyens techniques qu'ils mettent en œuvre pour affirmer le diagnostic et poser le traitement, des honoraires qu'ils demandent à leur clientèle en rémunération des services qu'ils lui rendent.

En courte période, le prix se fixe sur le marché à un point d'équilibre tel, que les demandeurs solvables maximisent l'utilité qu'ils ont de recourir à des professionnels qui, à ce niveau de prix, tirent le maximum de profit de leur capital intellectuel et matériel et de leur travail. En moyenne et longue période, l'offre – c'est-à-dire le nombre de médecins, la capacité d'accueil des établissements, les processus de diagnostic et de traitement – tend à s'adapter automatiquement à une demande qui dépend de l'évolution des revenus des individus, de leurs préférences pour tel ou tel type de consommation, de l'utilité qu'ils estiment pouvoir retirer d'un appel au système de santé, compte tenu de l'évolution des techniques que celui-ci peut mettre en œuvre. Dès lors, offre et demande s'équilibrent spontanément dans les meilleures conditions d'efficacité, chacun, producteur et consommateur, maximisant ses propres utilités et bénéfices.

A supposer qu'elle n'eût jamais existé – ce qui n'est pas démontré – une telle organisation du système de santé n'a pas de réalité contemporaine et elle est impensable.

La santé n'est pas un bien ordinaire. Son utilité n'est pas mesurable en termes économiques et financiers pour un individu donné : sans elle, les autres biens n'ont plus d'utilité ou, du moins, voient leur utilité passer au second plan. C'est en ce sens que l'on peut dire que « la santé n'a pas de prix ».

La relation malade (patient)-professionnel de santé est asymétrique. Sans doute le premier décide-t-il librement de s'adresser au second. Mais il ne possède pas, ou très rarement, l'information suffisante pour évaluer la méthode la plus efficace et la plus économique pour améliorer son destin. Au mieux, la décision peut-elle être partagée ? C'est en ce sens que l'on peut parler du « pouvoir médical ».

Enfin, le risque est très aléatoire et très inégalement réparti : sa probabilité n'est pas en relation avec le revenu que chacun, isolément, peut consacrer à sa santé. Combien de Français disposent-ils d'un revenu mensuel supérieur au coût d'une hospitalisation de vingt jours dans un service de médecine ou de quatre jours en réanimation ? Dans ce domaine, le libéralisme à l'état pur peut être qualifié de « sauvage » ; il prive de l'accès aux soins une grande partie de la population.

- 2) Tout à l'opposé, dans un régime d'inspiration socialiste et d'économie centralisée, c'est l'Etat qui organise le système de santé et le finance dans une optique d'égal accès de tous, quels que soient les risques personnels et les situations de fortune.

Peu importe que le financement soit assuré par le budget de l'Etat, c'est-à-dire principalement la fiscalité, ou par un régime de sécurité sociale alimenté par les cotisations imposées à toute la population. C'est par des décisions centralisées que s'organise le système de santé, que sont déterminées les conditions d'accès des usagers.

Ceux-ci n'ont pas, à tout moment, le libre choix de leur praticien, mais doivent s'adresser à celui auprès duquel ils ont choisi, pour une année, de s'inscrire (Grande-Bretagne), ou à la polyclinique de leur lieu de travail ou d'habitation (U.R.S.S.) dans laquelle ils seront pris en charge par le médecin de service. Le recours à des spécialistes ou à des services hospitaliers n'est pas libre (sauf en cas d'accident ou d'urgence), il ne peut être décidé qu'après approbation du médecin de premier recours. En contrepartie, les soins sont gratuits ou ne donnent lieu qu'au versement d'un forfait symbolique.

Les médecins et les autres professionnels de santé ne sont pas entièrement libres de leur mode d'exercice (en ville ou en établissement), de leur localisation (en Grande-Bretagne des avantages sont accordés à ceux qui s'installent dans des zones défavorisées), ni surtout de leurs honoraires, ne pouvant en demander à leurs patients. Ils sont rémunérés à la fonction soit par un salaire fixe, soit par capitation en raison du nombre de personnes inscrites à leur cabinet – (généralistes en Grande-Bretagne). C'est le pouvoir centralisé qui décide de l'importance et de la localisation des établissements et de leurs équipements ; les hôpitaux reçoivent une dotation annuelle pour faire face à leurs frais d'exploitation.

Tout le système fonctionne en dehors du marché. Les moyens mis en œuvre dépendent de la somme globale qu'une décision politique centralisée fixe pour la santé. Le critère de l'utilité sociale prime celui de la rentabilité économique dans les choix d'investissements et leur localisation.

Sur la seule foi des statistiques internationales, un système centralisé paraît moins coûteux que d'autres types d'organisation du système de santé. Il est évident que la maîtrise du coût global est grandement facilitée, ce qui ne veut pas dire qu'en toutes circonstances l'allocation des ressources est la meilleure ni que l'efficacité sociale de l'organisation soit optimale.

Les usagers peuvent regretter l'absence de choix, se plaindre de l'indifférence et du peu de disponibilité de médecins qu'ils sont d'autant plus enclins à solliciter que l'accès au cabinet est gratuit. Ils peuvent aussi souffrir des contraintes de « files d'attente » qui résultent d'une insuffisance de l'offre, localisée ou générale. Les praticiens peuvent regretter la faiblesse de leur rémunération et leur manque de liberté, bien que leur pouvoir de décision thérapeutique demeure.

Quant aux effets sur l'état sanitaire, les statistiques ne permettent pas de confirmer les craintes que certains expriment sur la qualité des soins. Il convient de remarquer que les dénationalisations entreprises par le gouvernement conservateur de Madame Thatcher ne touchent pas le système de santé. Le pragmatisme britannique aurait-il compris que la gratuité des soins exige des contraintes sociales et que la sécurité dans ce domaine se paie par une restriction des libertés individuelles ?

- 3) Le système sanitaire et social français repose sur un compromis, non explicitement formulé, entre libéralisme et socialisme.

Si la « santé gratuite » n'existe pas en principe, une part de plus en plus grande des frais est prise en charge par la sécurité sociale et les dépenses ne donnant pas lieu à l'application d'un ticket modérateur prennent une place de plus en plus importante. En dépit de cette socialisation du risque, l'usager assuré peut s'adresser au médecin de son choix, il peut en voir autant qu'il le désire pour le même trouble, il peut recourir directement au spécialiste ou à l'hospitalisation.

Une contrainte financière nulle ou faible ne limite pas son choix puisque l'assurance le rembourse a posteriori et parfois même fait sa trésorerie dans le cas de tiers-payant. La réglementation peut même l'inciter à choisir la filière la plus chère qui est la mieux couverte par la sécurité sociale ; tel est notamment le cas pour l'hospitalisation des malades chroniques et des vieillards.

Les médecins ont le libre choix de leur mode d'exercice – qui peut être : libéral en cabinet, individuel ou de groupe, ou en clinique privée ; salarié à l'hôpital, en dispensaire ou en centre de santé ; mixte avec un cabinet en ville et une fonction hospitalière, de leur lieu d'installation, des procédures diagnostiques et thérapeutiques qu'ils utilisent.

Mais ils ne fixent pas leur rémunération, sauf pour les praticiens libéraux ayant opté pour le « deuxième secteur ». Pour les autres, la grande majorité, il s'agit soit d'émoluments à la fonction dans les hôpitaux publics et les dispensaires, soit d'honoraires à l'acte dont le barème est fixé par une convention passée entre les syndicats médicaux et les organismes de sécurité sociale. Cette convention traduit une certaine cartellisation de l'exercice libéral.

Parce que la rémunération est établie par acte, il ne faut pas s'étonner que, face à une demande rendue solvable par la sécurité sociale, certains cherchent à maximiser leurs recettes en multipliant le nombre d'actes. Parce que la valeur de l'acte est la même sur tout le territoire, il ne faut pas davantage s'étonner que les médecins se concentrent dans les villes et dans les zones où résident les plus gros consommateurs – les personnes âgées notamment – ce qui minimise leurs frais d'exploitation pour une même activité.

Le système hospitalier fait l'objet d'une plus étroite surveillance de la part des Pouvoirs Publics. Les « plans directeurs » des hôpitaux publics, c'est-à-dire leurs programmes d'extension et de modernisation, sont soumis à l'approbation de l'administration. Toute opération de création d'extension ou de conversion d'un établissement privé doit être

autorisée dans le cadre d'une « carte sanitaire » établie sur des normes de besoins. Le prix des prestations est arrêté sur la proposition des établissements par des autorités représentant le pouvoir central (Préfets ou organismes de sécurité sociale selon le cas). On se trouve ainsi, en principe, dans la situation de l'économie centralisée et la main de l'Etat tend à se faire de plus en plus lourde.

Mais les quelques 3 000 établissements publics et privés jouissent de la personnalité civile et de l'autonomie financière : ils doivent, au pire, équilibrer leurs comptes, au mieux, s'agissant notamment des privés, réaliser des bénéfices. Avec la tarification à la journée – abandonnée seulement pour les établissements participant au service public en 1984 et 1985 – et à l'acte, il n'est pas surprenant que chacun pris isolément tente de maximiser son avantage. Il recherche la clientèle la plus rentable, celle qui implique l'exécution d'actes bien rémunérés dans un bref séjour ou, à l'inverse, celle qui relève de simples soins de nursing peu coûteux mais de longue durée. De même, chacun cherche à dégager des ressources propres qui lui permettent de perfectionner son équipement et ainsi d'être plus attractif. Ainsi, dans le secteur public, un hôpital qui vient de réaliser sa modernisation grâce, en partie, aux subventions de l'Etat, dispose d'une marge d'autofinancement qu'il utilise pour acquérir des matériels supplémentaires, améliorant encore son image de marque et permettant une extension d'activité.

Ainsi apparaît l'ambiguïté du système qui n'incite pas à l'économie. La notion de coût est très limitée pour le consommateur dès lors que sa participation aux frais est nulle ou minime, faute d'autres critères, il a même tendance à croire que du prix dépend la qualité du traitement. Le producteur n'est pas encouragé à mettre en œuvre les techniques et les moyens les plus économiques. Il a, au contraire, avantage à multiplier les actes et à employer les moyens qui lui permettent la plus grande recette. Les uns et les autres font pression sur l'administration, qui fixe les tarifs, les seconds pour assurer la rentabilité de leur exploitation, les premiers pour éviter toute discontinuité dans les soins, pouvoir bénéficier des techniques les plus modernes. La seule parade trouvée jusqu'à présent réside dans un interventionnisme administratif au coup par coup, de plus en plus lourd et difficilement supporté par les médecins et les gestionnaires.

- 4) En dépit des efforts qu'ils déploient, les Pouvoirs Publics ne parviennent pas à maîtriser correctement la croissance des dépenses de santé.

Cependant, la crise a révélé que les prélèvements obligatoires qui sont effectués pour la santé – et pour les autres formes de protection sociale – ne pouvaient être indéfiniment augmentés. Il y va de la compétitivité de l'économie française, d'autant que plus de 60 % des contributions sont assises sur les salaires et sur les revenus des entrepreneurs individuels et pèsent sur les prix de revient du secteur productif. Une décision devra bien être prise quant aux sommes que le pays entend et peut accepter pour les prélèvements obligatoires.

La solution a pu être différée aussi longtemps que la charge des régimes de retraite demeurait relativement modeste, que celle de l'indemnisation du chômage était faible et que le poids des aides accordées à la famille par rapport au produit intérieur brut allait en décroissant. La crise économique et l'évolution démographique ont mis à jour la nécessité d'une nouvelle donne. Une fraction de plus en plus grande de la population active connaît le chômage. La proportion des personnes âgées dans la population totale s'accroît et l'âge de la retraite s'abaisse, par souhait des travailleurs qui aspirent à des temps plus libres, mais aussi afin de libérer des emplois pour les plus jeunes. Le déclin de la natalité suscite un regain de la politique d'aide aux familles et notamment aux plus défavorisées. Les arbitrages qui ont

pu être rendus dans le passé au profit de la santé – relèvements des cotisations de l'assurance maladie – deviennent de plus en plus difficiles puisque des ressources rares sont absorbées dans d'autres fins sociales pressantes.

La contrainte économique qui va nécessairement peser de plus en plus lourdement sur un système de santé habitué à une certaine facilité peut susciter deux attitudes opposées :

- Un refus d'adaptation : chacun, consommateur et producteur, entend maintenir ses droits et ses comportements antérieurs en dépit de la crise. C'est dans un premier temps, accepter le fait d'une certaine stagnation médicale tout en vitupérant le manque de moyens financiers mis à la disposition de l'exercice professionnel. C'est à terme, admettre une baisse de la qualité des soins que ne souhaitent pourtant ni les usagers ni les médecins et contre laquelle ils feront aisément l'unanimité de l'opinion. C'est la politique de « Gribouille » ou celle de l'« apprenti-sorcier ».
- Une volonté de réforme : consommateurs et producteurs prennent conscience de la situation et reconnaissent qu'il est nécessaire, et possible, de redéfinir leurs relations et d'obtenir ainsi une meilleure utilisation de l'ensemble des ressources disponibles. La qualité des services peut être maintenue, voire améliorée, sans pour autant que l'accès aux soins soit rendu impossible, notamment pour les moins fortunés. C'est la politique de l'« homme responsable ».

C'est à l'évidence la seconde voie qu'il convient d'explorer même si elle est malaisée en raison des changements de comportements et d'habitudes qu'elle exige. Comme le note R. Soubie¹⁸ : « Notre société est dans une phase de mutation qui bouleverse les technologies, les comportements et les structures. Il faut définir les politiques sociales et économiques en fonction des nouvelles règles du jeu qui sont imposées : laisser une place accrue à des initiatives décentralisées, simples et ponctuelles ; redistribuer l'effort social de la Nation.

La proposition d'un « forfait annuel de santé » va dans cette direction. Quelles qu'en soient les difficultés psychologiques d'appréhension, elle semble bien constituer la voie la plus aisément acceptable.

Dans leur très grande majorité, les Français ne sont pas prêts à sacrifier leur liberté de choix en matière médicale – même si elle est, en fait, limitée par le caractère technique des décisions à prendre – et à accepter les contraintes d'un service national pour continuer à bénéficier de la quasi-gratuité des soins.

Ils sont encore moins disposés à abandonner le bénéfice de la sécurité que leur donne le système de protection sociale, même s'il leur est démontré que le libéralisme économique, qui les rend financièrement responsables de leurs décisions, est capable de leur offrir une organisation sanitaire plus efficace et moins coûteuse. Ils pèsent ce qu'il peut leur en coûter, en argent et en renoncements.

Le forfait de santé se place à la fois aux antipodes et à la convergence de ces deux extrêmes. Sans doute, introduire des éléments de marché dans la protection de la santé, bien non marchand par excellence, peut apparaître, à première vue, comme une forme de « régression sociale ». Comme l'écrit Alain Minc¹⁹ « dans l'inconscient collectif ce n'est pas un acte marchand que de régler des honoraires à un médecin avant de se faire rembourser par un organisme de sécurité sociale auquel sont versées des cotisations obligatoires ; c'en est un de souscrire une police de rente-éducation pour

¹⁸ R. Soubie, Le Monde, octobre 1984.

¹⁹ A. Minc, L'après crise est commencée, Gallimard, ch. 13, Paris, 1982.

ses enfants auprès d'une compagnie d'assurances, l'acte étant considéré comme moins marchand si la garantie est obtenue auprès d'une mutuelle ». Le caractère factice de ces subtiles distinctions n'est que trop certain : il est temps de réviser le dictionnaire des idées reçues.

Dans la proposition formulée, le recours aux mécanismes marchands se limite à redonner aux « partenaires », usagers et producteurs, les motivations qui leur permettent d'organiser en commun, au moindre coût, un système de santé n'impliquant aucune contrainte financière qui ne soit acceptée. Ce système offre aux professionnels la possibilité d'exercer leur activité dans les meilleures conditions techniques et morales. Il offre aux usagers les garanties de qualité qu'ils sont en droit d'exiger avec en plus, une prise en charge complète de leur état sanitaire, de la prévention du risque à la réadaptation, ce que ne fait pas entièrement l'organisation actuelle et qui est pourtant primordial. Les moins fortunés reçoivent l'assurance, par l'aide personnalisée, qu'ils ne seront pas des exclus.

Le forfait annuel de santé n'est pas une sécurité sociale à deux vitesses ni une médecine à deux niveaux. Il permet, enfin, aux usagers de dire leur mot et d'organiser avec les professionnels leur propre protection de la santé : « responsables » plutôt qu' « assistés ».