

La santé en France, un système en mal de liberté

R. Launois⁽¹⁻²⁾

Colloque franco-allemand d'économie de la santé. Trêves ; 25-26 septembre 1986. In la régulation des Systèmes de Santé en France et en RFA. Maison des Sciences de l'Homme (éd.). Paris 1988. pp. 69-85.

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

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

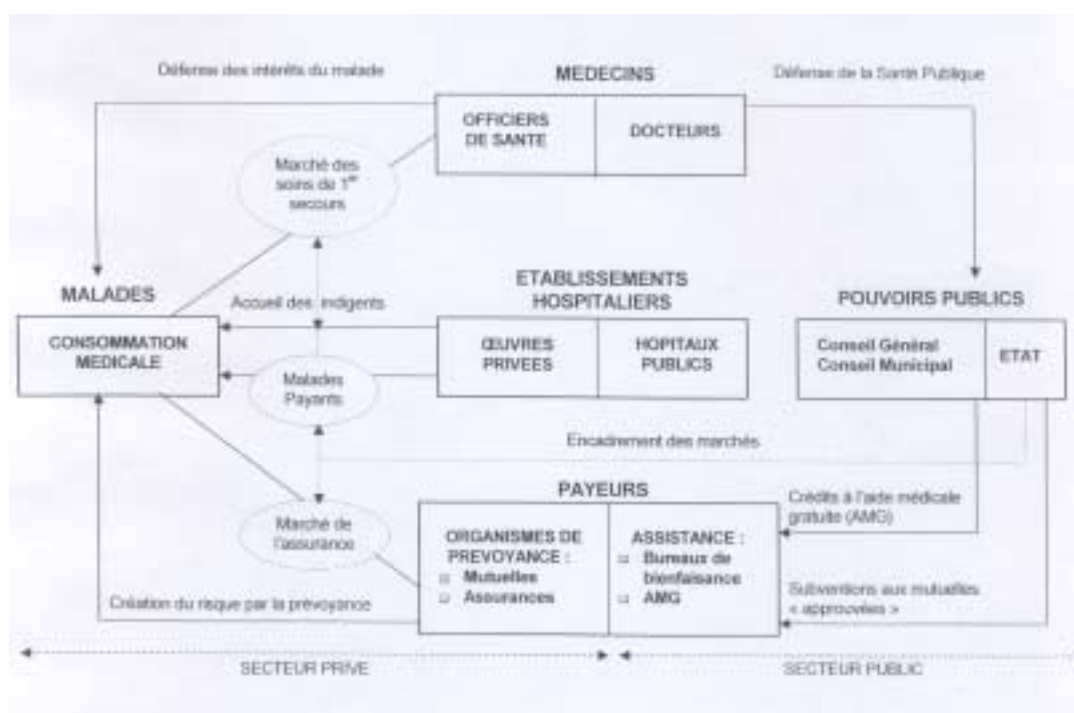
INTRODUCTION

L'analyse du fonctionnement d'un système de santé suppose une bonne connaissance des liens qui unissent les cinq acteurs qui le constituent: les malades, les médecins, les unités de soins secondaires, les payeurs et l'Etat. Ce réseau de relations n'est pas immuable dans le temps. On peut à cet égard distinguer trois étapes dans l'évolution du système français. Le système concurrentiel 1791-1930 ; le modèle de la captation du pouvoir politique 1930-1979 ; le modèle de la santé rationnée 1979-1986. Les contradictions qui caractérisent son stade actuel de développement interdisent le maintien du statu quo. Une stratégie de régulation par le marché est proposée pour donner une plus grande efficacité médicale et financière au système sanitaire français.

1. LE MODELE CONCURRENTIEL (1791-1930)

Durant le 19^{ème} siècle et le début du 20^{ème}, le secteur public de la santé est très peu développé. Au cours de cette période, ce que seront plus tard les parties au débat se mettent en place : la protection sociale se constitue ; la structure pluraliste des établissements de soins s'affirme ; la tutelle des pouvoirs publics se manifeste surtout à l'échelon local ; le corps médical libéral s'organise pour tenter d'instaurer un monopole professionnel.

Fig. 1 Le modèle concurrentiel : 1791-1930



1.1 Les balbutiements de la protection sociale

Le système de protection sociale associé au modèle libéral concurrentiel se caractérise par la coexistence de deux types d'institutions, les mutuelles et compagnies d'assurance à caractère volontaire et l'assistance à caractère public.

L'essor des institutions mutualistes. -Privés de la protection des corporations, les ouvriers ressentent le besoin de s'organiser. Des sociétés de secours mutuel sont créées, qui versent de maigres

indemnités aux malades dans le besoin. Elles constituent en réalité une façade derrière laquelle s'abrite le mouvement syndical, auquel le droit d'exister est refusé. L'idéologie bourgeoise trouve la parade en proposant de réunir toutes les classes de la société en une même institution. C'est l'objectif de la loi du 15 juillet 1850 et du décret de 1852 sur la Mutualité.

Trois catégories de mutuelles sont prévues, mais seules celles qui sont "approuvées" par l'Etat connaissent un franc succès. Les chefs d'entreprise leur offrent leur généreuse tutelle et sont choisis par le Préfet pour les diriger. Ils transforment souvent ces mutuelles en œuvres patronales. Ecartées de la gestion des caisses depuis le XIX^e siècle, les ouvriers n'auront de cesse d'en obtenir le contrôle. En fin de période, le recrutement des mutuelles se diversifie, outre les ouvriers, la formule séduit artisans, employés et fonctionnaires. C'est l'âge d'or de la Mutualité, qui compte, en 1900, 2 500 000 adhérents.

1.1.1 L'émergence de l'assurance

Une couche importante de salariés n'étant toujours pas protégée, la loi sur les accidents du travail de 1898 s'efforce d'étendre la protection sociale sans l'imposer. L'arme juridique utilisée est celle de la "responsabilité sans faute" : toutes les conséquences financières d'un accident sont mises automatiquement à la charge de l'entreprise, du simple fait de son occurrence.

Pour se prémunir contre les conséquences de ce principe, les employeurs vont s'assurer. En 1905, les assureurs vont se substituer à l'employeur légalement responsable, celui-ci affectant automatiquement une fraction des salaires au paiement des primes. La notion de salaires indirects s'ébauche.

1.1.2 La nécessité d'un secteur social

Mutuelles et compagnies d'assurances restant réservées à la population salariée, le reste de la population est tenue à l'écart de la médicalisation. L'intervention de l'Etat apparaît de plus en plus nécessaire. La loi de 1893 crée l'assistance médicale gratuite.

Cette assistance n'est pas automatique. Aucune dette légale n'existe en l'absence d'une définition stricte des obligations qu'elle implique. Les autorités communales fixent les conditions de ressources exigées pour l'ouverture des droits, elles vérifient que les conditions requises sont bien réunies. Le caractère arbitraire de leur intervention et les contrôles humiliants dont celle-ci s'accompagne expliquent les réticences du public à son égard.

Ainsi, au cours de cette période 1791-1930, un marché de la prévoyance volontaire apparaît, financé soit par des contributions individuelles des adhérents mutualistes, soit par des retenues sur salaires opérées par les employeurs. Après 1898, au rapport direct employeurs-salariés qui prévalait dans les institutions patronales et à l'autogestion des sociétés mutualistes se juxtapose un rapport triangulaire employeurs-salariés-institutions sociales. Une assistance étatique pallie les défaillances du marché.

1.2 L'émergence de la consolidation du monopole professionnel

Dès le début du 19^{ème} siècle, le corps médical tente, pour accroître son influence, d'unifier la profession et d'organiser son monopole.

1.2.1 L'unification du statut de médecin

En 1792, les facultés avaient été supprimées. Tout citoyen payant patente pouvait soigner ses semblables. Ce système conduisit à de nombreux excès, et le monopole fut reconstitué en 1803. Deux catégories de praticiens, correspondant implicitement à deux sortes de clientèles, sont

recrutées : les docteurs pour les riches et les officiers de santé pour les pauvres, les uns et les autres devant être homologués sur des listes officielles départementales.

Le dynamisme des facultés de médecine mit fin à ce système à deux vitesses. L'unicité du diplôme est restaurée par la Loi Le Chevandier le 30 novembre 1892.

1.2.2 *La consolidation du monopole*¹

Le corps médical applique la technique du monopole discriminant. Puisqu'il offre des services légalement identiques à des acheteurs différents, il peut moduler ses honoraires. Lorsqu'il collabore aux services médicaux de l'A.M.G. ou des sociétés de secours mutuel, il subit le prix que celles-ci lui imposent. Lorsqu'il offre ses soins aux couches aisées de la population, son activité décroît en fonction de la rétribution qu'il demande. En bon gestionnaire, il doit faire en sorte que chaque clientèle lui rapporte à la marge la même recette. Ce savant calcul ne tient que si les marchés sont indépendants, ce qui suppose une ségrégation franche des acheteurs en groupements socio-économiques homogènes. La visite à domicile permet au médecin d'évaluer la capacité financière de ses patients et d'établir ses prix en conséquence.

Mais en retour la discrimination des prix a un effet sur la structure des marchés, car elle renforce la dépendance des praticiens vis-à-vis des organismes de financement.

Le risque d'une intégration en aval des fonctions de soins par les financeurs paraît considérable. Pour prévenir ce risque, le corps médical va s'efforcer soit de contrôler le marché qu'il a contribué à faire naître, en s'abritant derrière le principe du libre choix pour préserver son indépendance, soit de neutraliser les effets du marché en imposant un type précis de comportement au nom de la discipline confraternelle.

“La norme d'action la plus importante”, écrit M. Steffen², est celle du libre choix. Elle est la pièce maîtresse qui permet de lier la régulation interne du système professionnel à une légitimité sociale plus vaste. En érigeant le libre choix en principe inaliénable, la profession a pu mener à bien une politique de clientèle: écarter les médecins publics et patronaux, répartir la clientèle sociale et mutualiste entre tous ses membres, protéger la clientèle libérale, aligner les honoraires en fonction de la situation de fortune des ses clients”. Bel exemple d'intégration verticale de l'aval vers l'amont. En contrôlant non seulement la distribution des soins mais aussi les modalités financières de la prise en charge, la médecine libérale a fermé le marché à toute autre forme d'exercice.

Mais la profession ne se contente pas de mettre en œuvre cette stratégie verticale. Son pouvoir se manifeste également horizontalement, et la discipline confraternelle sert en fait la maximisation des profits joints.

La fixation des tarifs minimaux interdit aux confrères en difficulté de casser leur prix pour accroître leur clientèle. Là stabilisation des parts de marché évite toute remise en cause des “quotas” des cartels locaux. Le malade à domicile “appartient au médecin traitant”³.

En définitive, le marché dit concurrentiel des soins de premier recours est extrêmement organisé. En fait les médecins ont cherché à exploiter ce marché à leur profil, en imposant à des financeurs éparpillés un mode d'exercice qui les libère de toute contrainte financière.

¹ Cette analyse reprend et synthétise, à l'aide des concepts micro-économiques traditionnels, les principales conclusions de M. Steffen (1983).

² M. Steffen (1983), p. 24

³ M. Steffen (1983), p. 237

1.3 Le pluralisme de structures hospitalières encore peu développées

1.3.1 La dispersion du secteur public

Durant l'Ancien Régime, des établissements s'étaient créés, souvent sous l'égide de congrégations religieuses, afin de recueillir les indigents non-valides.

La responsabilité va en être confiée très vite aux collectivités locales. La loi du 7 octobre 1796 prévoit en effet que les administrations municipales auront la surveillance des hospices civils situés sur leur circonscription. En 1851, ceux-ci deviennent des établissements publics communaux placés sous l'administration du maire.

La prise en charge des indigents par les hôpitaux cesse d'être gratuite à partir de 1851. La loi de 1893 sur l'Assistance Médicale Gratuite prévoit le caractère obligatoire du paiement des frais de séjour et en généralise le principe en le dégageant de toute condition de domiciliation.

A cette époque le prix de journée est très loin de couvrir les dépenses engagées. C'est plus un forfait qu'une rémunération des services rendus.

1.3.2 La division du secteur privé

Les établissements non commerciaux sont soit les héritiers des institutions religieuses, soit le fait de fondations constituées à l'intention de la population ouvrière par de grands industriels. La loi de 1901 sur les associations permet le développement de nouvelles institutions de bienfaisance tandis que l'extension du mouvement mutualiste se concrétise par l'ouverture d'établissements réservés aux adhérents. Dans tous les cas, les établissements jouissent de la personnalité morale mais ils sont financièrement soutenus par leurs créateurs.

Le secteur privé commercial apparaît plus tardivement. Des médecins, mais surtout des chirurgiens, qui ne peuvent faire admettre leurs malades à l'hôpital public dès lors qu'ils n'y ont pas été nommés, créent des cliniques privées où ils peuvent traiter une clientèle aisée.

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

A une longue tradition de bienfaisance se substitue progressivement un marché des soins secondaires où règne le prix de journée, qui n'englobe la totalité des dépenses qu'à partir de la loi de 1941.

1.4 La décentralisation des responsabilités des pouvoirs publics

On assiste dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle à un développement extrêmement important de la puissance des communes. C'est à elles, puis au département, qu'incombe la charge de l'assistance. L'État n'intervient qu'en troisième position.

Les communes, qui participent au financement, réclament la haute main sur la gestion des établissements publics. Très souvent, la commission administrative de l'hôpital n'est qu'une sous-commission du conseil municipal.

Au fur et à mesure que les institutions hospitalières vont acquérir le caractère d'un service public national, l'État va renforcer son contrôle sur les hôpitaux, au détriment des pouvoirs locaux, qui ne cesseront de s'opposer à la volonté centralisatrice de l'État.

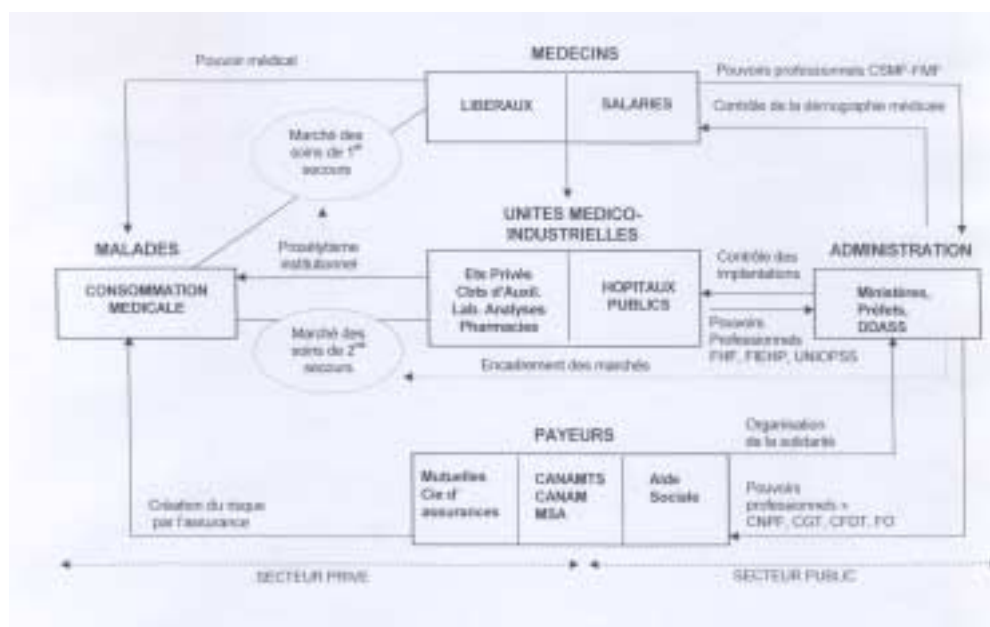
Ce modèle se caractérise par une faible présence du pouvoir central et une forte influence des collectivités locales: celles-ci, qui financent l'A.M.G., pratiquent vis-à-vis des hôpitaux publics une politique de bas prix de journée.

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

A partir des années trente, la création et l'extension des régimes obligatoires d'assurance-maladie affranchissent le malade du coût des soins: “ l'assurance crée le risque ”. Simultanément, le malade devenu solvable est soumis plus étroitement au “pouvoir médical” des médecins et au “prosélytisme” des institutions.

L'élévation des dépenses de santé conduit les administrations publiques à renforcer leur contrôle sur les deux marchés du premier recours et des soins secondaires, tandis que le marché de l'assurance disparaît.

Fig. 2 : Le modèle de la captation de pouvoir politique 1930-1979



2.1 L'élargissement de la couverture sociale

2.1.1 Les assurances sociales

En 1918, le retour de l'Alsace-Lorraine à la France permet de constater que leurs populations sont très satisfaites du régime d'assurances Bismarkien. Le Gouvernement français se propose d'en appliquer le principe sur l'ensemble du territoire.

Un premier projet est adopté le 8 avril 1924. Il prévoit des contrats collectifs entre les institutions gestionnaires et les groupements de praticiens. Le groupement recevrait un forfait pour tout malade pris en charge. Le médecin serait rémunéré par le groupement au prorata du nombre d'actes effectués. Il est prévu de confier la gestion du dispositif à des organismes publics gérés par des conseils élus.

Après bien des discussions, une première loi sur les assurances sociales est votée en 1928. Elle abandonne la médiation des groupements médicaux et rejette la capitation au profit du paiement à l'acte, mais laisse subsister la possibilité du tiers payant. Ce texte se heurte à l'opposition conjointe

de la Mutualité et du Corps Médical. Une nouvelle loi est votée deux années plus tard. Elle abandonne la notion de tarifs opposables: désormais, les caisses discutent avec les médecins des tarifs de remboursement des assurés, le montant des honoraires restant libre. La gestion du dispositif est confiée à la Mutualité.

La mise en place des assurances sociales veut s'inscrire sous le signe de la liberté, les assurés ayant le choix entre des caisses “ d'affinité ” et la caisse départementale, créée pour recueillir tous ceux qui n'ont pas opté pour une organisation particulière. Cette liberté est en réalité illusoire, le taux de cotisation et les conditions d'obtention des prestations sont fixées par la loi et non par les institutions de gestion. Ce qui explique qu'en 1938 les deux-tiers des assurés étaient inscrits dans une caisse départementale. Par ailleurs, le système n'offre aucune sécurité aux assurés. Lorsque les caisses réussissent à élever leurs tarifs de responsabilité à hauteur des tarifs syndicaux, ceux-ci sont immédiatement valorisés.

2.1.2 La sécurité sociale

En 1945, l'Etat a beau jeu de dénoncer le caractère factice du pluralisme apparent du système précédent. L'ordonnance du 15 octobre, qui crée la Sécurité Sociale pour les salariés, supprime les caisses d'affinité : la profession et le lieu de l'emploi déterminent l'organisme d'affiliation. Les caisses de Sécurité Sociale ne sont pas des administrations publiques, mais des organismes privés chargés d'une mission de service public. Leur gestion est confiée directement aux assurés, sans passer par l'intermédiaire des mutuelles ou des sociétés d'assurances. Leurs conseils d'administration ont des pouvoirs limités aux problèmes de gestion administrative. Pour les questions essentielles, taux de cotisation, quantum des prestations, les décisions sont prises par le gouvernement.

2.2 La naissance du service public hospitalier

Un “service public hospitalier” (S.P.H.), englobant les établissements publics et, sous certaines conditions, les établissements privés, est créé en 1970. Il ne porte pas atteinte au caractère privé des hôpitaux à but lucratif et non-lucratif qui y collaborent. Aux hôpitaux privés à but lucratif sont réservés les crédits de l'Etat en matière d'équipement et un système de tarification par prix de journée préfectoral reposant sur le constat de leurs dépenses totales. Aux hôpitaux à but non-lucratif est offert un système de concession: l'Etat leur accorde une garantie d'exclusivité d'exercice dans leur zone d'implantation. Leur financement est assuré sur la base d'un prix de journée conventionnel négocié avec les caisses régionales d'assurance-maladie, mais qui, au contraire du premier, ne couvre que les dépenses d'hébergement.

La sécurité sociale s'est d'emblée montrée réticente vis-à-vis de l'incorporation de l'ensemble du secteur privé dans le S.P.H., dans la mesure où la fixation par le Préfet des prix de journée lui était opposable. Elle fut amenée à exercer une forte pression pour conserver son pouvoir de négociation à l'égard du secteur privé à but lucratif. Cet affrontement entre l'Etat et la Sécurité Sociale est révélateur du conflit d'idéologie qui caractérise le système français. L'Etat; au nom de la solidarité, a essayé de mettre sur pied un service public, alors que la sécurité sociale, au nom du pluralisme, s'est efforcée de conserver un secteur commercial.

2.3 Des mécanismes de marché dévoyés

Jamais, depuis 1945, les prix des services de santé n'ont été placés sous un régime de totale liberté.

En matière hospitalière, les ministères de la santé et des finances déterminent par voie de circulaire, les conditions dans lesquelles les Préfets peuvent arrêter les prix de journée applicables dans les hôpitaux publics et privés assurant le service public. Ces mêmes ministères explicitent les conditions dans lesquelles les organismes de sécurité sociale peuvent fixer les prix de journée conventionnels des cliniques privées.

Pour le secteur ambulatoire, le décret du 12 mai 1960 substitue définitivement à l'entente directe médecins-malades une entente collective caisses d'assurances-syndicalisme médical. Les parties signataires doivent aménager leurs relations dans le cadre d'une convention-type dont les tarifs plafond sont fixés par arrêté interministériel. Faute d'accord, les praticiens peuvent adhérer individuellement au contrat-type. Les médecins conventionnés doivent respecter les tarifs conventionnels. Un droit à dépassement est autorisé pour les praticiens de grande réputation inscrits sur une liste de notoriété. On attendait une dynamisation de la concurrence, on obtint une fixation autoritaire des tarifs par l'Etat. C'est que tout était joué dès que des tarifs plafond étaient fixés. Ce fut donc autour d'eux que les négociations s'organisèrent au niveau national. Dans le difficile dialogue entre l'Etat et le syndicalisme médical, la Sécurité Sociale se trouva vite placée au rang des médiateurs indispensables.

La réforme du système en 1971 entérine cette évolution. La convention et donc les tarifs, sont nationaux. Leur négociation est abandonnée aux caisses nationales et aux syndicats représentatifs. Ce schéma organisationnel empêche tout conflit frontal entre l'Etat et les médecins et il fonctionne sous le contrôle des professionnels.

Le prix des médicaments est étroitement surveillé. Les prix n'ont été libérés en 1977 que pour les seuls produits non remboursables par la sécurité sociale. Pour tous les autres, le prix de vente au public est fixé sur la proposition des producteurs en accord avec les pouvoirs publics au moment où le produit est admis sur la liste des médicaments remboursables.

2.4 La résistance des professionnels

Ces mécanismes tarifaires n'ont en réalité fonctionné que sous le contrôle des groupes de pression. Les intérêts des producteurs sont trop concentrés pour que les pratiques administratives puissent résister à l'assaut des corporatismes dans un système de cartellisation du marché.

Nombre de dérogations aux pourcentages de hausse des prix de journée autorisés par les circulaires interministérielles ont été accordées par les Préfets aux hôpitaux publics. En ce qui concerne les cliniques privées, le blocage partiel des tarifs a conduit les médecins à compenser le déficit né de prix de journée conventionnels insuffisants par des prélèvements sur leurs honoraires, ce qui a constitué une forte incitation au productivisme.

Les libéraux ont réussi à freiner la mise en place du système des profils médicaux, créé par la Convention de 1971 pour contrôler l'activité et les prescriptions du Corps Médical. Lorsque les contraintes administratives ne pèsent que sur les prix, l'effet volume tend à se développer ; lorsqu'une tentative de contrôle de volume apparaît, les médecins refusent la contrainte des prix. C'est ainsi qu'en 1979, des tarifs syndicaux non négociés avec la sécurité sociale ont été appliqués.

En matière de produits pharmaceutiques, la barrière du volume n'a jamais existé, les tableaux statistiques de l'activité professionnelle n'abordent le problème que de loin. Parmi les pays

industrialisés, la France a sans doute les prix les plus bas, mais c'est aussi chez elle que la consommation par tête est la plus élevée.

Ce modèle est caractérisé par un système de tiers payant bâtard : lorsque la sécurité sociale finance directement les établissements, c'est pour se voir imposer un prix de journée qu'elle n'a pas pu négocier ; lorsqu'elle négocie les tarifs conventionnels, elle ne rémunère pas les praticiens, qui sont réglés par les malades eux-mêmes.

Dans cette situation de cartellisation des prix sous tutelle publique, la tarification à l'unité et le remboursement a posteriori produisent leurs traditionnels effets pervers.

3. LE MODELE DE LA SANTE RATIONNEE (depuis 1979)

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

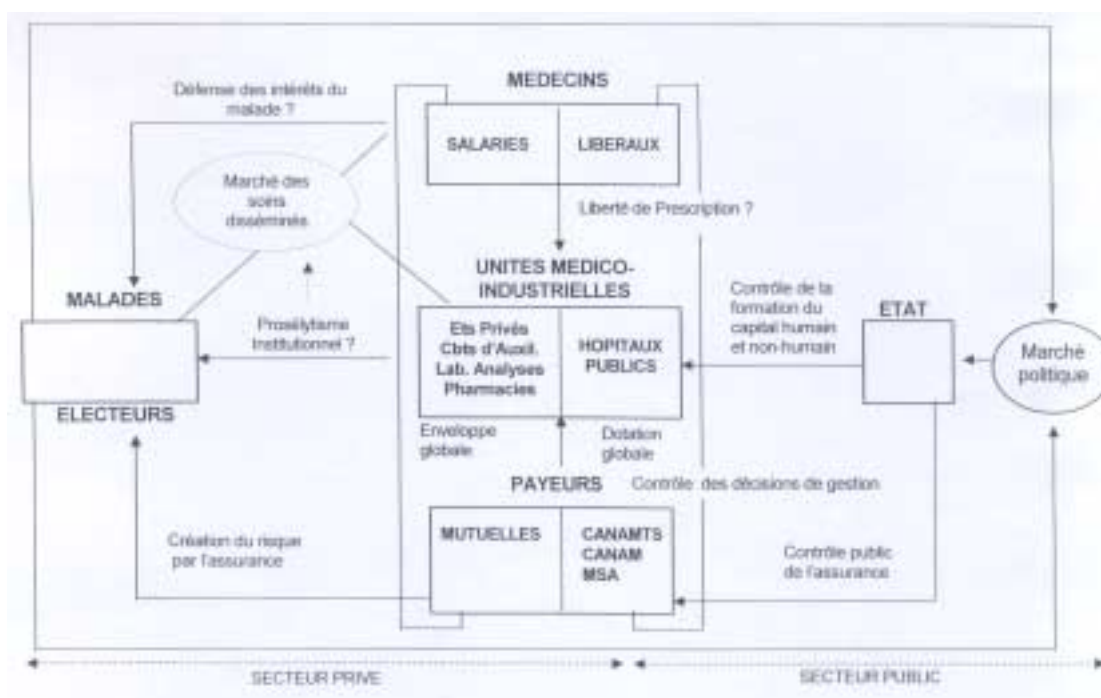
3.1 Le resserrement des contraintes sur l'hôpital

Pour retrouver la maîtrise du système, l'Etat s'efforce alors de contrôler de plus près le principal responsable de la hausse: l'hôpital public. Dès 1979, la possibilité de budgets supplémentaires en cours d'année est supprimée. L'autonomie en matière d'investissements est remise en cause: la loi du 29 décembre 1979 substitue l'autorité du ministre à celle du conseil d'administration pour décider la fermeture de lits lorsque "l'intérêt des malades ou le fonctionnement des établissements le justifie".

La circulaire dite "des surcoûts" du 27 mai 1980 subordonne l'autorisation de nouveaux investissements à la présentation d'une projection de leur incidence sur les frais de fonctionnement, ceux-ci ne devant pas en principe en être augmentés. Une autre circulaire du 7 mars 1979 met en place une comptabilité des dépenses engagées. Enfin, la loi du 19 janvier 1983 et le décret du 11 août suivant modifient profondément le système de financement des établissements publics et privés participant au service public: le "prix de journée" est supprimé, sauf pour les rares malades payants; une "dotation globale de fonctionnement" est allouée en début d'année et son montant versé par douzièmes mensuels par les organismes de sécurité sociale.

C'est au Préfet qu'il appartient d'arrêter le montant de cette dotation en respectant un taux moyen d'évolution fixé par une directive nationale en fonction des hypothèses économiques générales. Mais, simultanément, le pouvoir des organismes de sécurité sociale apparaît renforcé. Une commission composée de représentants des divers régimes doit donner au Préfet un avis préalable, accompagné des observations du contrôle médical sur le fonctionnement technique de l'établissement. On s'achemine vers la constitution d'un service national hospitalier.

Fig. 3 : Le modèle de la santé rationnée 1979 ...



3.2 “L’enveloppe globale” pour les honoraires médicaux

Vis-à-vis du corps médical libéral, les décisions nouvelles sont plus ambiguës. Sans doute, les négociations d'une nouvelle convention en 1980 ont-elles été dominées par le spectre de “l'enveloppe globale”, selon laquelle les dépenses de l'ensemble du secteur ambulatoire (honoraires et coût de prescription confondus), devraient évoluer globalement comme le produit intérieur brut.

C'était admettre que l'effet volume serait éventuellement annihilé par l'effet prix, avec les conséquences sur les revenus des praticiens dont l'activité est faible ou n'augmente pas. La mesure la plus directe figurant dans la convention est le renouvellement de la procédure de contrôle de l'activité dans le cadre des T.S.A.P.

Mais, simultanément, une soupape était ouverte avec la création du “deuxième secteur”, celui dans lequel les médecins peuvent librement fixer leurs honoraires, les patients étant remboursés sur la base du tarif conventionnel. L'Etat renonce à faire assurer la concordance entre les honoraires pratiqués et les tarifs de remboursement aux assurés, clé de son action en ce domaine depuis 1945. C'est une exception au mécanisme de cartellisation résultant des conventions antérieures. La possibilité a été utilisée par une faible minorité de praticiens.

Le rationnement de la santé, s'il permet de maîtriser les coûts, va à contre-courant des motivations des acteurs. Le système risque d'éclater à tout moment.

4. LE MODELE DE LA SANTE LIBEREE

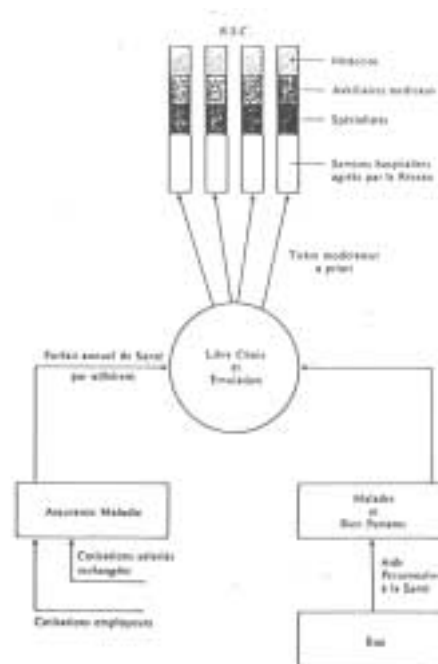
Les politiques récentes n'attaquent pas les racines d'un gaspillage moteur d'inflation: un mode de distribution de soins éclaté sans coordination entre la médecine ambulatoire et hospitalière, un mode de financement des soins disséminés incitant à la déresponsabilisation des assurés et des médecins.

Espérer pouvoir contrôler de l'extérieur les dérapages d'un système aussi vicié relève de l'utopie. Une politique de restrictions aveugle risque de détériorer la qualité des soins. Seule une réforme des modalités de distribution et de financement des soins peut dégager des gains de productivité tout en préservant cette qualité. Des articles et un livre récent avancent en ce sens des propositions. (Giraud, Launois 1985 ; Launois 1983-1984-1985-1986).

4.1 Les réseaux de soins coordonnés. une conception moderne et séduisante

Le principe consiste à créer des réseaux de soins coordonnés (R.S.C.), véritables structures de regroupement des professionnels de santé, animées par le médecin de famille et choisies par le malade, qui offrent à une population d'adhérents quantitativement définie une filière de soins complète et homogène en contrepartie d'un prix annuel fixé à l'avance.

Fig. 4 : Le Modèle de la santé libérée



Un contrat est passé entre les usagers et les professionnels de santé pour assurer la prise en charge complète des individus. Le client s'engage à se faire soigner exclusivement par le R.S.C. pour une durée limitée. Le R.S.C. lui garantit de dispenser les soins de toute nature dont il pourrait avoir besoin, y compris la prévention et la réadaptation.

4.1.1 *Les R.S.C., un système qui ne remet pas en cause la Sécurité Sociale, ni le principe de la médecine libérale*

Les structures fondamentales de la Sécurité Sociale sont maintenues, celles-ci conservent leur monopole.

Les cotisations continuent à être versées en pourcentage des salaires. Rien n'impose de modifier la répartition entre parts patronales et salariales, ni les mécanismes de compensation entre régimes.

Il n'y a donc pas de réforme du financement du système de protection sociale, ce sont les modalités de prise en charge des frais de santé qu'il convient de réviser. Il faut continuer à mutualiser les charges des assurés tout en individualisant les revenus des producteurs en fonction des risques dont ils assument la responsabilité.

Le principe de la médecine libérale est respecté, dans la mesure où les R.S.C. ne prétendent pas s'imposer comme modèle universel, mais constituer une forme de diversification de l'offre médicale laissée au libre choix de l'assuré.

4.1.2 *Les R.S.C., un dispositif qui introduit la concurrence tout en préservant la solidarité*

Le financement des réseaux est assuré sur la base d'un prix annuel global dont le montant est fixé en toute liberté par les dirigeants de l'organisation.

Les caisses d'assurance-maladie participent au financement du prix de la prise en charge par le versement d'un forfait annuel de santé (F.A.S.) dont le montant est identique quel que soit le réseau choisi, mais dont la valeur varie en fonction de l'âge et du sexe des personnes prises en charge.

L'assuré, qui ne verse que la différence entre le prix annuel global et le montant du forfait, est financièrement responsabilisé, mais la solidarité est, pour l'essentiel, sauvegardée : solidarité à l'intérieur d'une classe de risque, puisque la contribution de la sécurité sociale est indépendante de la vulnérabilité personnelle des individus qui en relèvent. Solidarité entre les classes de risques à l'intérieur d'un réseau, puisque la contribution personnelle d'un adhérent est la même pour tous. Solidarité entre les riches et les pauvres au niveau collectif, puisque les cotisations sont toujours prélevées en fonction du niveau des salaires perçus.

Il est dans la logique du système que les utilisateurs potentiels fassent pression sur les producteurs de soins pour diminuer le montant de leurs versements personnels, exigeant ainsi la concrétisation des économies espérées et promises.

Une concurrence bénéfique s'instaure à un triple niveau :

- Entre l'ensemble des R.S.C. et le système traditionnel,
- Entre les R.S.C. vis-à-vis de leur clientèle potentielle,
- Entre les professionnels de santé vis-à-vis des E.S.C.

Le système proposé respecte la liberté de chacun, celle de l'assuré, mais aussi celle des professionnels de santé. Il préserve la solidarité par l'instauration d'un forfait annuel de santé assorti d'une aide personnalisée aux plus défavorisés. Par la réintroduction de la concurrence entre les équipes de soins, il établit les conditions d'une autorégulation "en douceur", seule apte à assurer une maîtrise durable et effective des coûts, sans préjudice d'une baisse de la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

- GIRAUD, P. ; LAUNOIS, R.J. 1985. -*Les réseaux de soins. médecine de demain*. Paris, Economica.
- LAUNOIS, R.J. 1983. -"L'influence maligne de l'assurance-maladie sur le coût des soins médicaux", in *Travaux en économie sociale*, Paris, édition du C.N.R.S.
- LAUNOIS, R.J. 1985 c. -"Les réseaux de soins coordonnés", *Gestion Hospitalière* 250 : 759-763.
- LAUNOIS, R.J. 1987 b. -"Les H.M.O. : les arguments et les faits", Colloque *Systèmes de santé, pouvoirs publics et financeurs : qui contrôle qui ?* Commissariat Général du Plan, Paris, Documentation Française.
- LAUNOIS, R.J. ; GIRAUD, P. 1984. -" Peut-on réintroduire les mécanismes de marché dans le domaine de la santé ? " IVe Journées d'Economie Sociale. Association d'économie sociale, Commissariat Général du Plan, Paris 27-28 sept. 1984 (document photocopie).
- LAUNOIS, R.J. ; MAJNONI D.INTIGNANO, B. ; RODWIN, V.G. ; STEPHAN, J.-C. 1985 a. -"Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) : proposition pour une réforme profonde du système de santé", *Revue française des affaires sociales* 1: 37-61.
- LAUNOIS, R.J. ; VIENS, G. 1986 a. -"La Health Maintenance Organization : une approche bibliographique". *Reshus* (Centre de documentation des Sciences Humaines, C.N.R.S., Paris), 1: 13-24.
- LAUNOIS, R.J. ; TRUCHET, D. 1986 b. -"Vers une implantation des réseaux de soins coordonnés ? Objectifs économiques et problèmes juridiques", *Journal d'Economie Médicale*, 4 (3-4) : 155-189.
- STEFFEN, M. 1983. -"Régulation politique et stratégies professionnelles : Médecine libérale et émergence des centres de santé". Thèse de doctorat d'Etat de sciences politiques. Université des sciences sociales de Grenoble II, Institut d'Etudes Politiques.