

## DU GRAND SOIR AU CLAIR-OBSCUR

Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie

**Daniel Benamouzig**

**Le Seuil** | *Actes de la recherche en sciences sociales*

2012/3 - n° 193  
pages 56 à 73

ISSN 0335-5322

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-actes-de-la-recherche-en-sciences-sociales-2012-3-page-56.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Benamouzig Daniel, « Du grand soir au clair-obscur » Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie,  
*Actes de la recherche en sciences sociales*, 2012/3 n° 193, p. 56-73. DOI : 10.3917/arss.193.0056  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Le Seuil.

© Le Seuil. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



JEAN-FRANÇOIS MATTEI (3<sup>e</sup> à g.), ministre de la Santé, arrive pour présider le « Ségur de la santé », réunion qui marqua le lancement de la concertation sur la réforme de l'assurance maladie. Paris, 9 février 2004.

# Du grand soir au clair-obscur

## Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie

Dans la filiation des ordonnances créant la Sécurité sociale en 1945, les décennies d'après-guerre voient un élargissement progressif de la socialisation des dépenses de santé<sup>1</sup>. Le niveau de prise en charge collective atteint 80 % au début des années 1980, avant de décroître, d'abord de manière insensible, puis de manière progressive à partir de 2000. Si la couverture des dépenses de santé reste importante en France, plusieurs évolutions indiquent un mouvement récent de désocialisation. Entre 2004 et 2010, la couverture de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale baisse de 77,1 % à 75,8 %, au profit des assurances complémentaires (+ 0,5 %) et des dépenses transférées aux ménages (+ 1,1 %)<sup>2</sup>. Faibles, ces pourcentages se rapportent à d'importantes masses financières (137 milliards d'euros en 2010). Lorsque l'on passe au détail des comptes, le phénomène d'érosion apparaît plus nettement. Alors qu'une partie des dépenses est reportée sur les assurances complémentaires, qui prennent en charge 24 milliards d'euros, soit 13,5 % des dépenses de santé, une proportion croissante de résidents déclare des difficultés d'accès aux soins pour des raisons financières. L'écart se creuse entre la prise en charge des personnes confrontées aux situations graves, couvertes à hauteur de 80 %, et le financement des soins courants, qui ne seraient plus couverts par la Sécurité sociale qu'à hauteur de 55 %<sup>3</sup>. L'érosion de la couverture ne laisse pas seulement certains résidents dans des situations difficiles. Elle mine plus fondamentalement la cohérence du disposi-

tif : bénéficiant de droits différents en matière d'assurance, les assurés peuvent légitimement récuser l'application du principe de solidarité aux seuls prélèvements, plutôt qu'aux droits ouverts au remboursement, sapant ainsi le principe constitutif de la Sécurité sociale conçue comme dispositif élargi de mutualisation des risques.

Devenues plus nettes au milieu des années 2000, ces tendances résultent d'une accumulation de mesures techniques, comme la création de franchises médicales, l'augmentation de forfaits hospitaliers ou le déremboursement récurrent de médicaments. Elles traduisent une forme masquée de privatisation de l'assurance maladie. Le risque de désengagement de la Sécurité sociale n'est pas le seul effet de choix conjoncturels, liés à l'exigence de maîtrise financière des comptes sociaux. Dans la durée, il peut être appréhendé à l'aune des stratégies convergentes d'acteurs institutionnels et d'experts sectoriels. Ces dynamiques ne sont pas simples à analyser car leurs principes sont peu explicites. Une comparaison entre le contexte des années 1980 et celui des années 2000 se révèle éclairant : dans les deux cas, le renforcement du rôle des assurances privées en matière d'assurance maladie est un enjeu central, ce qui justifie une référence à la notion de privatisation. Mais alors que, dans les années 1980, la privatisation de l'assurance maladie correspondait à un projet politique explicite et controversé, ses dynamiques deviennent beaucoup plus tacites vingt ans plus tard. Il s'agit

1. Laurent Caussat, Annie Fénina et Yves Geffroy, « Les comptes de la santé de 1960 à 2001 », *Série statistiques*, Document de

travail, DREES, 54, juin 2003, p. 1-44.

2. Annie Fénina, Marie-Anne Le Garrec et Malik Koubi, « Les comptes nationaux de

la santé en 2010 », *Études et résultats*, DREES, 773, septembre 2011, p. 1-8.

3. Didier Tabuteau, « Pour les soins cou-

rants, il y a déjà privatisation de la protection sociale », *Le Monde*, 13 janvier 2010.

alors moins de privatisation que de désengagement de la Sécurité sociale au bénéfice d'assurances privées. L'évolution d'un débat ouvert et controversé, mais finalement avorté, à une évolution effective mais plus tacite ne manque pas d'interroger : comment le désengagement de la Sécurité sociale a-t-il pu être entamé de manière discrète dans les années 2000 alors qu'il était l'objet de controverses quinze ans plus tôt ?

L'évolution des débats sur la privatisation de l'assurance maladie invite à une réflexion plus large sur le confinement de débats économiques au sein d'espaces d'expertise. Dans le domaine de la santé, le confinement des débats économiques semble constituer une inflexion récente dans les rapports entre expertise et décision. À partir des années 1970, la critique des usages « technocratiques » du raisonnement économique avait abouti à l'autonomisation d'un segment académique spécialisé, rendant possible son association à des intérêts extérieurs voire hostiles à l'administration, ainsi qu'un degré inédit de controverse<sup>4</sup>. La dernière décennie voit s'opérer un mouvement inverse, avec la formation de « nouvelles bureaucraties techniques »<sup>5</sup>. Dans ce contexte, le risque de « privatisation » de l'assurance maladie acquiert une acception non seulement économique mais aussi sociologique. Il ne désigne pas seulement un recours accru aux acteurs privés. En référence aux travaux de sociologie économique, il apparaît d'abord comme une construction sociale, plus précisément institutionnelle, dans laquelle des administrations et des hauts fonctionnaires sont directement impliqués, en plus des acteurs marchands<sup>6</sup>. Cette construction sociale est aussi cognitive : elle mobilise des savoirs économiques dont l'usage favorise la conceptualisation et la mise en œuvre du recours aux acteurs privés. Enfin, elle est le contraire d'une « publicisation » : elle s'accompagne d'une soustraction au débat public d'importants enjeux. Dans sa genèse comme dans ses modalités, la privatisation de l'assurance maladie apparaît bureaucratique, voire technocratique.

Pour comprendre ce processus, il est possible de formuler une hypothèse morphologique liée aux positions des principaux acteurs : le passage d'un débat économique controversé à un débat technique plus discret est associé, d'une période à l'autre, à un processus d'intégration institutionnelle. Ce processus est décrit comme le rapprochement organisé de groupes d'acteurs auparavant plus distants les uns des autres, à travers leur inclusion dans de nouvelles institutions. Il associe des acteurs publics et privés ainsi que des experts sectoriels, notamment des économistes et des hauts fonctionnaires spécialisés<sup>7</sup>. Il circonscrit un espace de débat, transformant le problème public relatif à la place des assurances privées par rapport à l'assurance maladie en une question technique.

L'enjeu de cet article est de caractériser cette transformation en décrivant successivement les configurations des années 1980 et 2000. D'une période à l'autre, les positions des acteurs se rapprochent dans de nouvelles institutions. Certains acteurs sont impliqués à titre opérationnel, d'autres comme experts économiques. D'autres types d'acteurs, issus des mondes médicaux, syndicaux ou patronaux, doivent aussi être pris en compte. Il faut distinguer, parmi les premiers, les acteurs publics (régimes obligatoires d'assurance maladie, administrations concernées) des acteurs privés (assurances, mutuelles)<sup>8</sup> et, parmi les seconds, des experts académiques et des experts administratifs. Entre ces catégories d'acteurs opérationnels et d'experts, publics ou privés, académiques ou administratifs, de nouveaux espaces institutionnels sont créés d'une configuration à l'autre. L'intégration des acteurs dans un nouveau complexe intégré limite l'espace des différends et transforme l'espace des débats auparavant politiques et idéologiques en questions techniques.

Les jeux de positions entre acteurs et les processus institutionnels qui s'y rapportent ne rendent pas compte à eux seuls de transformations. Un moment-clé du basculement des débats économiques sur la privatisation de l'assurance maladie dans l'implicite

4. Daniel Benamouzig, « Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990) », *Sociétés contemporaines*, 73, 2009, p. 73-95.

5. Sur ce point, voir Daniel Benamouzig et Julien Besançon, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France », *Sociologie du travail*, 47(3), 2005, p. 301-322.

6. Pierre Bourdieu et Rosine Christin, « La construction du marché. Le champ administratif et la production de la "politique du logement" », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 81-82, mars 1990, p. 65-85.

7. Pour une analyse portant plus spécifiquement sur les économistes de la santé, voir Marina Serré, « De l'économie médicale à l'économie de la santé. Genèse d'une discipline scientifique et transformations de l'action publique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143, juin 2002, p. 68-79, et Daniel Benamouzig, *La Santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, coll. « Sociologies », 2005. Pour une analyse portant sur les hauts fonctionnaires du secteur de l'assurance maladie, voir notamment William Genieys et Patrick Hassenteufel, « Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une "élite du Welfare" ? », *Revue française des affaires sociales*, 4, 2001,

p. 41-50 ; William Genieys, « La constitution d'une élite du Welfare dans la France des années 1990 », *Sociologie du travail*, 47(2), 2005, p. 205-222.

8. La caractérisation de ces différents acteurs sous les catégories d'acteurs « publics » et « privés » présente un caractère simplificateur, étant donné la diversité du paysage institutionnel de l'assurance maladie. De fait, certains acteurs que nous considérons ici comme « publics » disposent d'une réelle indépendance par rapport à l'État, y compris d'un point de vue financier, et incluent dans leur organisation des acteurs gouvernés par des règles de droit privé, comme les caisses primaires d'assurance maladie. À l'inverse,

des acteurs que nous qualifions de « privés » développent des activités sans but lucratif dans le tiers secteur, à l'image de certaines mutuelles. La division en deux groupes d'acteurs publics et privés a ici une vocation analytique : elle se justifie d'un point de vue formel dans la mesure où elle donne à voir des évolutions qui autrement sont plus difficiles à mettre en évidence. Elle se justifie aussi d'un point de vue empirique dans la mesure où, au cours de la période considérée, les acteurs ne relevant pas du « public » à proprement parler s'en rapprochent singulièrement, et que les acteurs opérant dans le secteur de la mutualité tendent parallèlement à se rapprocher de la sphère privée (voir *infra*).

et la technicité est, de manière plutôt inattendue, la création de la Couverture médicale universelle (CMU) en 1999. L'objet de cette réforme sociale, orientée vers les populations précaires, masque des enjeux secondaires plus tacites, relatifs à la place des assurances privées dans le dispositif. Cette réforme inaugure une nouvelle association entre acteurs publics et privés, d'abord de manière conceptuelle et expérimentale, à travers la popularisation du principe du « panier de biens et services remboursables », véritable motif récurrent des débats sur l'assurance maladie au cours de cette période, puis de manière plus tangible et transversale, élargie à l'ensemble de l'assurance maladie lors de la réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Cette réforme scelle de nouvelles articulations entre acteurs publics et privés de l'assurance maladie, ainsi qu'entre experts économiques administratifs et académiques, dans un nouveau complexe institutionnel intégré.

### L'élaboration d'un scénario libéral

Au cours des années 1980, le rôle accru des assurances privées en matière d'assurance maladie est discuté en France pour la première fois depuis la Libération. Après des difficultés récurrentes de financement dans les années 1970, une partie de la droite s'inspire au début de la décennie suivante des succès de Ronald Reagan et de Margaret Thatcher pour envisager en France un programme élargi de privatisation. La démarche peut s'inspirer de l'essor des *Health Maintenance Organizations* (HMO) aux États-Unis. Ces organisations proposent à leurs adhérents des prestations sanitaires contre le paiement préalable d'un abonnement, supposé inciter les gestionnaires des HMO à une gestion avisée des ressources<sup>9</sup>. Les HMO associent des acteurs de soins et des acteurs issus du monde de l'assurance. Cette association est encouragée par le monde de l'assurance, qui acquiert à travers elle la possibilité d'une maîtrise plus directe des coûts en intervenant dans la gestion des organisations de soins, plutôt qu'après coup, pour le seul remboursement. En pleine effervescence, le secteur de la santé apparaît comme un marché potentiellement lucratif, comme en témoigne l'introduction en Bourse de grandes HMO américaines. Menée grandeur nature, l'expérience retient l'attention dans le monde entier.

En France, la démarche intéresse un *think tank* libéral regroupant des décideurs privés issus des secteurs du bâtiment, de la grande distribution et de l'assurance. Fondé en 1979, l'Institut La Boétie est proche de la droite, et notamment du Parti républicain

qui affiche des ambitions libérales. Animé par Bernard de La Rochefoucauld, il travaille sur des « chantiers » thématiques comme la santé. Dans ce domaine, il s'associe à des économistes académiques, parmi lesquels Robert Launois fait figure de leader en tant que rapporteur du groupe de travail. Agrégé d'économie et formé aux États-Unis, il est l'un des experts les plus actifs dans la promotion des théories microéconomiques. Il en décline les principes dans un projet politique de mise en concurrence de nouveaux « Réseaux de soins coordonnés » associant professionnels de santé et assureurs<sup>10</sup>. L'idée est d'adapter à la France les initiatives des assureurs américains en associant des assureurs français à la dispensation des soins. Parmi les assureurs les plus importants, la Compagnie du Midi se montre intéressée. Son président, Bernard Pagési, membre actif de l'Institut La Boétie, se fait le promoteur des réseaux de soins coordonnés. Au fur et à mesure que le projet prend corps et devient l'objet de débats techniques ou plus politiques, d'autres assureurs s'associent au débat, non parfois sans quelque surenchère. Certains se situent sur le plan des idées et des projets, comme Alexi Lehmann, le charismatique président de La Strasbourgeoise, qui propose un projet de « Sécurité libérale » destiné à remplacer la Sécurité sociale. Les assurances privées se verraient confier le secteur ambulatoire en laissant le secteur hospitalier et les risques les plus coûteux à la Sécurité sociale. Adoptant une démarche pragmatique, le président d'AXA, Claude Bébéar, participe à l'expérimentation d'un réseau de soins dans l'est de la France, en s'associant à Sarreguemines avec un groupe des médecins libéraux de la Confédération des syndicats de médecins de France, le principal syndicat de la profession. La démarche reste cependant modeste : un secrétariat permanent est mis à la disposition des médecins.

L'implication des assureurs s'explique par différentes raisons. Certains participent de longue date à l'assurance maladie, au titre de l'assurance complémentaire, voire au sein des régimes obligatoires, pour les professions indépendantes notamment. Les initiatives américaines offrent en outre une inspiration dans un contexte d'internationalisation accrue de la vie économique. Enfin, la santé apparaît comme un marché potentiellement rentable, les risques étant concentrés sur un dixième de la population. Si la prise en charge des soins lourds est assurée par un acteur public, l'assurance du reste des soins devient avantageuse. Les assurances privées ont intérêt à soutenir un nouveau partage des rôles entre acteurs publics et privés de l'assurance maladie.

9. Alain Enthoven, *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*, Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1973. 10. Pierre Giraud et Robert J. Launois, *Les Réseaux de soins, médecine de demain*, Paris, Economica, 1985.

De manière plus inattendue, le projet libéral de mise en concurrence des réseaux de soins coordonnés s'articule aux travaux du Commissariat général du Plan, qui développe alors de nouvelles formes d'expertise économique. Sous la tutelle de Michel Rocard, la définition d'un Plan démocratique respectueux de l'autonomie des acteurs est à l'ordre du jour. Des économistes en formalisent les principes. Tandis que le principe d'autonomie se substitue à la hiérarchie, des groupes de travail plangent sur l'organisation du système de santé. Leurs travaux permettent de suivre la formalisation d'un mode de raisonnement à partir duquel la privatisation devient pensable. En 1983, un rapport du Plan intitulé *La Santé choisie* précise dans le nouvel esprit de la planification : « Responsabiliser les acteurs, c'est d'abord une nécessité politique pour le développement d'une société fondée sur la démocratisation des choix et non sur l'autoritarisme érigé en principe de gouvernement : le système de santé ne doit pas échapper à cette nécessité. Ce peut être aussi, fait important, un atout technique important pour l'efficacité de ce système<sup>11</sup>. » Le rapport décrit différents scénarios fondés sur la schématisation du rôle des principaux acteurs, et allant d'une accentuation du rôle de l'État jusqu'au renforcement des assurances complémentaires, en passant par la délégation accrue de responsabilités aux collectivités locales. À ce stade, le raisonnement n'est pas économique. Aucune hypothèse sur la rationalité n'est introduite.

Un pas est franchi en 1985, lorsqu'un autre groupe de travail étudie la « Décentralisation du système de santé et de la Sécurité sociale »<sup>12</sup>. Michel Mougeot, un économiste de la santé favorable au renforcement théorique de l'économie de la santé, formalise les relations entre acteurs en introduisant des hypothèses sur la rationalité des acteurs en contexte d'information imparfaite<sup>13</sup>. Ce faisant, il opère un changement crucial : aux anciennes représentations du système de santé qui insistaient sur son caractère historique et original, mais statique, succède une représentation dynamique dans laquelle chaque relation apparaît comme une variable susceptible d'être modifiée. Le raisonnement offre des perspectives d'action. Technique sous la plume de Michel Mougeot, le débat devient partisan lorsque Robert Launois et l'Institut La Boétie présentent le projet des réseaux de soins coordonnés.

## Les trois cercles d'une controverse sur la privatisation

En 1985, l'ouvrage *Les Réseaux de soins, médecine de demain* offre une analyse décapante de la gestion centralisée du secteur sanitaire et propose la création d'« entreprises de santé » concurrentielles prenant en charge les patients dans leur globalité contre un abonnement préalable, abondé par la Sécurité sociale. Il s'agit de donner aux patients la possibilité de choisir leurs prestataires de santé, sans menacer la péréquation des risques à l'échelle de la Sécurité sociale. À l'heure du marketing politique, l'Institut La Boétie ne ménage pas ses efforts : conférences, tables rondes, articles dans la presse médicale, fiches adressées aux décideurs se succèdent. Une rhétorique entrepreneuriale agrmente le projet d'une phraséologie anti-étatiste : « Et si l'on s'attaquait aux racines du gaspillage médical ? On l'a bien vu, l'intervention publique est infirme et doit céder perpétuellement devant les groupes de pression. [...] ne serait-il pas préférable de remettre à nouveau la régulation du système de santé aux mains des usagers et des professionnels<sup>14</sup> ? »

Certains médecins se disent intéressés par l'initiative « libérale »<sup>15</sup>. D'autres signalent que le caractère libéral du projet n'a rien à voir avec la médecine du même nom, puisqu'il s'agit d'intégrer la pratique médicale dans des entreprises, et de transformer le médecin en exécutant<sup>16</sup>. Non sans ironie, les médecins les mieux disposés sont ceux qui militent depuis longtemps pour un exercice socialisé de la médecine, délaissé par la majorité socialiste<sup>17</sup>. Du côté des assurances, certains assureurs aimeraient jouer un rôle plus actif sur le « marché de la santé ». La Compagnie du Midi avait été directement associée au projet, avant d'être absorbée en 1986 par le groupe AXA qui ne cache pas ses ambitions, se lance dans l'expérimentation d'un projet de soins coordonnés<sup>18</sup>. Dans le secteur de l'assurance complémentaire, la surprise vient de la Mutualité française, qui se rallie au projet libéral. D'ordinaire situés à gauche, les responsables de la Mutualité estiment que le projet peut favoriser une prise en charge globale des patients, à travers un exercice plus collectif et organisé de la médecine, en faveur duquel la Mutualité milite depuis longtemps. Il est vrai que le projet vise à accroître la part de marché réservée aux assurances santé aux dépens des soins couverts par la Sécurité sociale, ce qui apparaît

11. Commissariat général du Plan, *La Santé choisie*, Paris, La Documentation française, 1983, p. 67.

12. Commissariat général du Plan, *Systèmes de santé, pouvoirs publics et financiers*, Paris, La Documentation française, 1985.

13. Commissariat général du Plan, *Une décentralisation du système de santé*, Paris, La Documentation française, 1986 ; Michel Mougeot, *Le Système de santé : centralisation ou décentralisation ?*, Paris, Economica, 1986.

14. Pierre Giraud et Robert Launois, *La Santé libérée*, Paris, Institut La Boétie, 1985.

15. *Le Médecin de France*, 25 mars 1987.

16. *Le Quotidien du médecin*, 11 décembre 1986.

17. *Panorama du médecin*, 16 novembre 1986.

18. *Le Quotidien du médecin*, 13 juin 1988.

comme une extension potentielle du périmètre d'action des acteurs de l'assurance complémentaire, mutuelles comprises. Ce faisant, la Mutualité accorde son soutien à un projet formulé en termes de concurrence économique accrue au sein du système de santé<sup>19</sup>. Le projet brouille manifestement les repères.

Il perturbe aussi les frontières du monde politique dans un contexte électoral qui favorise les projets. L'initiative compte sur le soutien du Parti républicain, qui porte les couleurs libérales. Nommé ministre de l'Industrie en 1986, Alain Madelin leste le projet d'un poids politique. D'autres soutiens sont plus étonnants parce qu'ils viennent de gauche. Les radicaux de gauche se disent favorables aux expérimentations<sup>20</sup>. En période de cohabitation, le médecin personnel de François Mitterrand, Claude Gubler, indique qu'il entend travailler au projet après sa nomination à l'Inspection générale des affaires sociales<sup>21</sup>. Peu avant les élections de 1988, Michel Rocard, pressenti comme Premier ministre, reste ouvert à des réseaux « qui restent à faire<sup>22</sup> ». C'est de droite que viennent les réserves. Nommée ministre de la Santé en 1986, Michèle Barzach juge les HMO inadaptés à la France, dont le système de santé doit selon elle rester curatif<sup>23</sup>. Raymond Barre ne reconnaît au projet « ni sérieux, ni bon sens<sup>24</sup> ». Des parlementaires de droite – tous médecins – rentrent des États-Unis ostensiblement « déçus et bredouilles<sup>25</sup> ».

Ces positionnements ne sont inattendus qu'en apparence. Les partisans du projet se recrutent à la périphérie du jeu politique, auprès de forces d'appoint valorisant l'innovation mais n'ayant pas à assumer directement la gestion de l'assurance maladie, même à un horizon prévisible. Plus directement responsables de la gestion de la protection sociale, les grandes formations et les leaders susceptibles d'exercer des responsabilités restent prudents. De plus, la profession médicale exerce une influence sensible auprès de certains partis politiques, notamment au RPR<sup>26</sup>. Les questions de santé y sont déléguées à des médecins peu enclins à livrer leur autonomie professionnelle à des gestionnaires, même libéraux. Comme le souligne au retour d'une mission d'observation la députée Élisabeth Hubert, médecin et futur ministre de la Santé : « Aux États-Unis, le corps médical,

qui crie son indépendance, est en fait très dépendant des assurances privées et des HMO [...]. Ceux qui voudraient calquer les HMO sur notre Sécurité sociale parlent sans savoir<sup>27</sup>. »

Des experts en économie de la santé prennent position sur le projet. Quelques économistes rejoignent Robert Launois dans son combat, pour des raisons variées. Des économistes comme Michel Mougeot ou Gérard Duru, à Lyon, saluent l'usage abouti de la microéconomie, qui traduit à leurs yeux un durcissement théorique salutaire pour la discipline. D'autres experts, comme Béatrice Majnoni d'Intignano, Victor Rodwin ou le Dr. Jean-Claude Stephan, vont au-delà, en assumant le versant partisan du projet<sup>28</sup>. Face à eux, d'autres économistes de la santé se disent favorables à d'autres usages de l'économie, jugeant que des études coûts-avantages relevant de la tradition du calcul économique public, jusqu'alors surtout utilisé en matière de décision publique et de planification, permettraient d'accroître, si elles étaient utilisées à une plus large échelle, l'efficacité du système, sans pour autant envisager des dispositifs de mise en concurrence ou de privatisation<sup>29</sup>. Après diverses échéances électorales, les réseaux de soins coordonnés sont finalement abandonnés en 1988. Le ministre socialiste de la Santé, Claude Évin, privilégie alors l'évaluation médicale et les analyses coûts-avantages, qui apparaissent comme un moyen d'accroître l'efficacité du système de santé sans envisager sa privatisation<sup>30</sup>. À défaut d'aboutir, le projet des réseaux de soins coordonnés offre une expression cohérente, et singulièrement débattue, à l'intervention d'assureurs privés en matière d'assurance maladie.

L'épisode des réseaux de soins coordonnés frappe par l'intensité des débats qu'il suscite. Innovant, le projet reste pourtant abstrait. Malgré la peine que se donnent ses promoteurs, il est sans rapport avec l'état des pratiques et de l'assurance maladie. Dans cette configuration, le débat est animé par des experts et des acteurs situés aux marges du système, avec lequel ils n'entretiennent que des liens distants. C'est dans l'écart de positions entre ces acteurs distants et des acteurs publics étrangers à leurs propositions que se noue l'intensité des débats sur la « privatisation » de l'assurance maladie.

19. *Le Monde*, 31 mai 1985.

20. *Impact médecine*, 30 novembre 1985.

21. *Le Quotidien du médecin*, 4 mars 1986.

22. Michel Rocard, *Le Cœur à l'ouvrage*, Paris, Odile Jacob/Seuil, 1987.

23. *Le Quotidien du médecin*, 27 février 1986.

24. *Ibid.*, 24 octobre 1985.

25. *Ibid.*, 8 décembre 1987.

26. Patrick Hassenteufel, *Les Médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris,

Presses de Sciences Po, 1997.

27. *Panorama du médecin*, 2 février 1988.

28. Robert Launois, Béatrice Majnoni d'Intignano, Victor Rodwin et Jean-Claude Stephan, « Les réseaux de soins coordonnés : propositions pour une réforme profonde du système de santé », *Revue française des affaires sociales*, 36(1), 1985, p. 37-61.

29. Martine Bungener, Hervé Lafarge, Claude Le Pen et Émile Lévy, « À propos

des réseaux de soins coordonnés », *Politiques et management public*, 3(4), 1985, p. 181-191 ; Jean-Paul Moatti et Jean-Louis Lanoë, « Réseaux de soins coordonnés, nécessaire rationalisation du système de santé ou utopie libérale ? », *Journal d'économie médicale*, 4(3-4), 1986, p. 209-223. Il est à noter qu'au milieu des années 1980, la privatisation et l'usage des analyses coûts-avantages apparaissent antagoniques, liés à des traditions de pensée différentes.

Dans les années 2000, le motif original de panier de biens et services permettra au contraire d'établir un lien entre elles, et entre les économistes portant ces différentes traditions de pensée.

30. Magali Robelet, « Les figures de la qualité des soins, rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité », thèse de doctorat de sociologie, Marseille, université Aix-Marseille II, 2002 ; D. Benamouzig, *La Santé au miroir de l'économie*, op. cit.

## La CMU comme moment d'expérimentation

La décennie 2000 donne lieu à d'importants changements dans le paysage de l'assurance maladie. Les évolutions réciproques des acteurs publics et privés, en particulier, restent discrètes. Elles interviennent à la faveur de réformes dont l'objet n'est pas cette articulation réciproque, comme l'illustre la création de la Couverture médicale universelle (CMU). L'objet de cette réforme est d'offrir une couverture sociale aux plus démunis. Mais se nouent à travers elle des articulations inédites entre acteurs publics et privés, de nouveaux agencements entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires.

En 1999, la CMU ne généralise pas seulement l'accès à l'assurance maladie. Elle modifie aussi des principes-clés de l'architecture du système, comme l'éclaire la genèse de cette réforme. Dès 1995, le plan Juppé avait envisagé une « assurance maladie universelle » dans le cadre d'une loi contre les exclusions portée par Xavier Emmanuelli et à laquelle avait pris part le délégué ministériel au RMI, Bertrand Fragonard [voir encadré « Les experts économiques de la haute fonction publique », p. 64]. Ce projet s'était heurté à la difficulté d'associer cette assurance universelle aux régimes existants, fondés sur des appartenances professionnelles. Sans emploi, les personnes visées ne pouvaient prétendre en bénéficier, à moins de bouleverser l'ensemble du système. De retour au pouvoir en 1997, la gauche reprend le dossier et charge le député socialiste Jean-Claude Boulard d'une réflexion. Il propose de créer un nouveau régime pour l'assurance maladie obligatoire et de financer une « allocation personnalisée santé » (APS) facilitant l'accès à l'assurance complémentaire, le cas échéant privée, afin de prendre le relais de l'assurance maladie obligatoire, notamment pour les soins dentaires et optiques. Ce scénario consacre l'assurance complémentaire comme un service indispensable, y compris pour les plus démunis. Le dispositif, qui concerne 200 000 personnes en 1995, s'élargit progressivement et touche 1,4 million de personnes en 2010.

La portée de la CMU dépasse les populations précaires. Elle pointe d'abord le caractère obsolète du fondement professionnel du système. Non seulement les plus démunis ne peuvent y prétendre, mais leur prise en charge semble plus légitimement relever de la solidarité nationale et de l'impôt que des solidarités liées au travail et aux cotisations sociales. La CMU nourrit le débat sur la fiscalisation des dépenses de santé, tout

en consacrant le caractère indispensable des assurances complémentaires, en particulier pour les soins mal remboursés par la Sécurité sociale. Associés au dispositif, les assureurs privés envisagent d'y participer au titre d'une expérimentation sur le « marché de la santé ». Leur association conduit à définir plus explicitement les conditions d'une coopération entre acteurs publics et privés. Pour ce faire, un établissement public est chargé d'organiser la partie complémentaire de la CMU, au financement de laquelle les assurances sont appelées à contribuer. Cet établissement public constitue un espace de coopération entre régimes obligatoires et assurances complémentaires. Sa direction est confiée à un haut fonctionnaire réputé proche des assurances, Jean-François Chadelat<sup>31</sup>.

La coopération entre assurances obligatoires et complémentaires exige la définition d'un ensemble de soins devant impérativement relever d'une prise en charge obligatoire, que puisse éventuellement compléter une prise en charge complémentaire. Ces « soins de base » sont associés à l'idée, qui devient alors d'usage courant, d'un « panier de biens et services ». L'appellation dérive de l'application à la santé du vocabulaire de la philosophie des capacités, qui se réfère sous ce nom aux besoins objectifs minimaux des individus, indépendamment de leurs préférences subjectives<sup>32</sup>. À l'époque, cette notion est aussi utilisée dans un contexte international où le recours aux assurances privées en situation de concurrence apparaît comme une alternative souhaitable au monopole des assurances sociales à dominante publique, comme en Suisse ou aux Pays-Bas<sup>33</sup>. Se saisissant de la notion pour en éclairer les attendus en 2000, le Haut Comité de santé publique souligne ses liens directs avec la CMU, qui « constitue une contribution importante à la définition du panier de soins<sup>34</sup> ». Couvrant 4 millions de personnes, la CMU complémentaire consacre une régulation partagée entre acteurs publics et privés. Elle nécessite une réflexion sur le périmètre des soins minimaux devant relever de l'un ou l'autre des deux modes de financement, et justifie la place des assureurs complémentaires dans le système par des finalités sociales plutôt que mercantiles.

## Le nouveau positionnement des assurances privées

Tandis que la CMU offre des pistes prometteuses pour les assurances privées, les évolutions du droit européen se révèlent aussi pleines d'opportunités : la définition

31. Sur le parcours de Jean-François Chadelat [voir encadré « Les experts économiques de la haute fonction publique », p. 64].

32. Jean De Munck et Bénédicte Zimmer-

man (dir.), *La Liberté au prisme des capacités. Amartya Sen au-delà du libéralisme*, Paris, EHESS, coll. « Raisons pratiques », vol. 18, 2008.

33. « Réformes et régulation des sys-

tèmes de santé en Europe », *Revue française des affaires sociales*, 2-3, avril-septembre 2006.

34. Haut Comité de santé publique, « Le panier de biens et services de santé.

Première approche. Rapport adressé à la Conférence nationale de santé et au Parlement », Paris, ENSP, 2000.

de nouvelles normes de solvabilité financières conduit nombre d'institutions mutualistes à se rapprocher de groupes privés pour acquérir une taille critique. Spécificités françaises en matière d'assurance complémentaire, les mutuelles de santé se caractérisent, entre autres traits, par l'absence de capitaux propres, qui les dispense de rémunérer des actionnaires mais les exposent aux nouvelles règles de solvabilité définies pour d'autres types d'institutions financières, dans le cadre des accords de Bâle (1988). Pour se conformer à l'application de ces accords en droit français, les mutuelles engagent dans les années 1990 un vaste mouvement de réforme, qui aboutit en 2001 à la refonte du Code de la mutualité, à une spécification de leurs fonctions financières et à des rapprochements avec les assurances. Formant la moitié du marché fragmenté de l'assurance santé, les mutuelles laissent aux assurances privées l'espoir d'acquérir de nouvelles parts de marché, y compris à travers des mécanismes de réassurance qui permettent aux mutuelles de s'assurer auprès d'assurances privées. Ces évolutions attisent l'intérêt de ces dernières, qui jugent le marché de la santé rentable en raison de la concentration des risques sur un décile de la population.

Pour améliorer leur position sur le marché de la santé, les assurances privées privilégient quatre axes. Une première stratégie, de nature financière, passe par des prises de contrôle externes, domaine dans lequel excellent le groupe AXA et son leader, Claude Bébéar : après avoir fait de l'Ancienne Mutuelle de Rouen une entreprise moderne et avoir absorbé au cours des années 1980 le groupe Drouot et la puissante Compagnie du Midi, AXA prend le contrôle de l'UAP en 1996, devenant le numéro deux mondial du secteur, avant de dépasser peu de temps après le groupe japonais Nippon Life. L'acquisition de l'UAP fait d'AXA le principal opérateur français en matière d'assurance santé, domaine dans lequel sa part était jusqu'alors modeste<sup>35</sup>. En deuxième lieu, les assurances s'attachent des compétences de haut niveau, souvent issues de l'administration de l'assurance maladie. Après des passages en cabinet ou en direction centrale des ministères, des hauts fonctionnaires spécialisés bonifient leurs carrières auprès d'assureurs privés. En 1999, le groupe AXA recrute par exemple « l'un des meilleurs experts » du secteur, François Merceureau, ancien directeur de la Sécurité sociale et candidat malheureux à la direction de la Caisse nationale d'assurance maladie un an auparavant. En troisième lieu, les assurances développent une importante activité de communication, y compris en prenant position sur le « marché des idées » à travers le soutien à des fondations

(ou plus récemment à des institutions académiques comme les « chaires santé »). Enfin, les compagnies d'assurances innovent en matière d'ingénierie sanitaire en développant des dispositifs de conseil ou de prise en charge des patients, dispositifs dont la vocation est tout autant de signaler publiquement leur présence dans ce secteur que de renforcer leur capacité effective à en gérer certains aspects techniques au-delà des seules fonctions d'assurance. Certaines initiatives visent ainsi à orienter les patients dans le « maquis des soins » grâce à des conseils personnels dispensés par des plates-formes téléphoniques, à des informations communiquées sur la qualité des services ou à des incitations financières à emprunter des circuits balisés. Comme le note un cabinet spécialisé, l'assurance santé est en effervescence au début des années 2000 : « Pendant que la Sécurité sociale se complait dans son immobilisme et s'enfonce dans les déficits, les assureurs santé innovent et multiplient les initiatives. En trois ans, ils ont plus fait progresser leur profession sur le plan des concepts que dans les trente dernières années<sup>36</sup>. » Pourtant, l'assurance maladie ne reste pas inerte.

## Repositionner l'assurance maladie : un assureur privé comme les autres ?

Tandis que l'élaboration de la CMU permet de concevoir de nouvelles articulations entre l'assurance maladie et les assurances privées, et que ces dernières s'engagent dans des stratégies plus actives en matière de santé, l'assurance maladie cherche à acquérir un rôle de « payeur avisé » plutôt que de « payeur aveugle », une fonction de gestionnaire de risque plutôt que de caisse de paiement. Ce positionnement est précisé à l'occasion de l'élaboration d'un nouveau « plan stratégique ».

Le repositionnement de l'assurance maladie traduit d'abord une évolution de ses structures de direction. En 1995, le plan Juppé s'était accompagné d'un changement d'alliance à la tête de l'assurance maladie. Une nouvelle majorité de gestion associe le patronat à la CFDT, exclue pendant trente ans par sa rivale syndicale, FO. Le nouveau président de la CNAM, le syndicaliste CFDT Jean-Marie Spaeth espère qu'une « clarification des pouvoirs » offrira plus d'autonomie à l'assurance maladie par rapport à l'État. Les difficultés financières conduisent cependant le ministère des Affaires sociales, que dirige Martine Aubry, à gérer plus directement l'assurance maladie, au point de conduire le directeur de la CNAM, Bertrand Fragonard, à démissionner en signe de protestation. Nommé directeur, Gilles Johanet souhaite disposer d'une certaine autonomie et entend

35. Avec 10 % d'un marché fragmenté, AXA se situe devant Groupama et la MGEN, autour de 6 %, les AGF revendiquant 4 % du marché. 36. Jalma, *Panorama de l'assurance santé*, Paris, 2000, p. 2.

## *Les experts économiques de la haute fonction publique*

Poursuivant des carrières dans le secteur sanitaire et social, certains hauts fonctionnaires acquièrent des compétences dans la régulation financière de l'assurance maladie et, du même coup, une compétence économique. Au cours de leur carrière, ces hauts fonctionnaires, souvent issus de la Cour des comptes, croisent des intérêts privés qui favorisent les rapprochements entre la sphère publique des politiques sociales et le secteur marchand.

Énarque, **Bertrand Fragonard** poursuit une carrière de magistrat à la Cour des comptes jusqu'au rang de président de Cour. Il assume des fonctions plus politiques auprès de ministres de droite. De 1976 à 1979, il est directeur adjoint au cabinet de Simone Veil, dont il devient conseiller lors de son retour au ministère des Affaires sociales, de 1993 à 1995. Il est aussi commissaire général du Plan de 1987 à 1988, lorsque le Plan développe une réflexion sur la « décentralisation » du système de santé. Délégué ministériel au RMI en 1989, il termine son mandat en 1996 en préparant la première loi contre les exclusions, qui prévoit une assurance santé universelle préfigurant la CMU. Après le plan Juppé, en 1995, il est nommé directeur de la CNAM, dont il démissionne en 1998 à la suite de désaccords avec Martine Aubry. De 2003 à 2009, il préside le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et prépare la réforme de 2004. Il préside le Haut Conseil pour la famille et anime un groupe de travail sur le financement du risque de dépendance, qui privilégie l'assurance individuelle.

Diplômé de l'ENA, **François Mercereau** poursuit une carrière de haut fonctionnaire au ministère des Affaires sociales sous des gouvernements socialistes. Au ministère, il est directeur de la Sécurité sociale sous Pierre Bérégovoy, de 1983 à 1987. Évincé en 1987 par Philippe Séguin, il retrouve ses fonctions sous la tutelle de Jean-Louis Bianco de 1991 à 1993. Il est alors recruté par les AGF, avant de se porter candidat à la succession de Bertrand Fragonard lorsque celui-ci démissionne

de la CNAM, en 1998. Alors que le nouveau ministre des Affaires sociales, Martine Aubry, lui préfère Gilles Johanet, il prend la direction des activités santé du groupe AXA, qu'il quitte en 2002 pour rejoindre l'Inspection générale des affaires sociales jusqu'en 2006. Il rejoint alors le cabinet Korian, spécialisé dans le secteur de la santé.

Appartenant à une génération plus jeune de magistrats à la Cour des comptes, **Gilles Johanet** commence son parcours auprès de gouvernements socialistes, qui le nomment deux fois directeur de la CNAM, de 1989 à 1993 et de 1998 à 2002. Après l'échec de son plan stratégique, il rejoint les AGF comme directeur de la prospective et de l'innovation. Il élabore un contrat de luxe « excellence santé » accessible au prix de 12 000 € par an. En 2007, il prend la présidence d'APRIA, une structure de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) gérant les régimes des travailleurs non salariés, puis réintègre la Cour des comptes en 2009 avant d'être nommé, en 2011, président du Comité économique des produits de santé (CEPS), chargé de fixer les prix des médicaments.

Actuaire et statisticien, **Jean-François Chadelat** est familier des politiques sociales. Après un début de carrière auprès du directeur de l'assurance vieillesse, il dirige la division des études et statistiques de la direction de la Sécurité sociale, puis intervient à la direction du Budget. De conviction libérale, il entre en 1986 au cabinet de Philippe Séguin avant d'être nommé, en 1987, à la direction de l'ACOSS. En 1990, il rejoint le groupe AXA comme directeur de l'innovation, avant d'être nommé en 1994 à la présidence du Fonds solidarité vieillesse. Il participe à la préparation du plan Juppé avant d'être promu inspecteur des Affaires sociales en 1997. Deux ans plus tard, il préside le Fonds CMU et remet en 2003 un rapport sur l'évolution du financement de l'assurance maladie.

donner une nouvelle impulsion à l'assurance maladie en s'inspirant des initiatives mises en œuvre par les assurances privées. En 1998, il propose un « plan stratégique » dont la préparation s'accompagne d'une campagne de négociations, d'auditions et de tractations avec les parties prenantes, alors que le patronat menace de quitter la gestion du secteur si une réduction des dépenses de 100 milliards de francs n'est pas réalisée<sup>37</sup>.

Le plan propose que la CNAM contribue plus activement à la gestion des dépenses de soins qu'elle rembourse. Il recommande un « conventionnement sélectif » des médecins permettant à la CNAM de choisir ses médecins en fonction de ses besoins en termes de spécialité et de qualité. Le conventionnement sélectif introduit l'idée d'un seuil d'utilité, au-delà duquel l'assurance maladie ne juge plus utile de solliciter plus de professionnels<sup>38</sup>. Le plan prévoit aussi de moduler les remboursements selon que les patients respectent ou non des parcours balisés, à l'image de ce que proposent certains assureurs auprès de professionnels préalablement conventionnés. Enfin, l'assurance maladie ne rembourserait plus toutes les dépenses : Gilles Johanet souhaite étendre le concept de panier de biens et services à travers le principe d'une révision régulière des remboursements selon leur utilité mesurée à partir d'analyses coûts-avantages. Comme le résume un observateur, la CNAM souhaite « jouer un rôle d'assureur – fût-il en situation de monopole – sur le marché de la santé et [...] pouvoir sélectionner les prestations qu'elle achète en fonction de leur utilité-coût<sup>39</sup> ».

Le plan Johanet retient l'intérêt des partenaires sociaux pour des raisons opposées. Le soutien patronal traduit un compromis interne, au demeurant inédit : d'un côté, les assureurs sont attirés par la compatibilité du plan avec leurs propres démarches. Les idées de panier de biens et services ou de conventionnement sélectif ouvrent de nouveaux espaces d'intervention pour les assureurs complémentaires. En outre, ces orientations sont débattues entre experts du même monde : en 1998, Gilles Johanet avait été préféré à la tête de la CNAM à François Mercereau, avant que ce dernier ne parte diriger les activités santé du groupe AXA. Le plan Johanet modifie la structure traditionnelle des intérêts patronaux : en proposant de borner la prise en charge aux dépenses jugées utiles, le plan dissocie les dépenses d'assurance maladie financées par des prélèvements obligatoires, des dépenses de santé,

qui pourraient ne plus l'être nécessairement. Les dépenses abondées par les prélèvements obligatoires pourraient être strictement contrôlées dans le cadre de la Sécurité sociale, sans que les dépenses de santé, qui offrent des sources de revenus à certaines entreprises, notamment pharmaceutiques, le soient mécaniquement. Le panier de biens et services réconcilie en somme des intérêts patronaux jusqu'alors antagoniques.

Le plan Johanet acquiert aussi le soutien de la CFDT, qui y voit la possibilité d'un supplément bienvenu d'autonomie par rapport à l'État<sup>40</sup>. Anticipant la disparition du monopole de l'assurance maladie, la centrale cégétiste engage même une réflexion interne sur la mise en concurrence des caisses de Sécurité sociale<sup>41</sup>. Enfin, les syndicats de médecins se montrent ouverts. Même si le conventionnement sélectif inquiète, il laisse envisager aux médecins hostiles aux limites tarifaires imposées par le cadre conventionnel et par l'État la perspective de s'en affranchir, quitte à se rapprocher d'assureurs privés. Ces anticipations plaisent notamment aux syndicats de médecins spécialistes, en rupture de ban avec le ministère sur des questions tarifaires. Les syndicats de médecins voient plus généralement dans le plan la perspective de nouvelles négociations susceptibles d'aboutir, comme souvent, à des bonifications tarifaires. Rassemblant une impressionnante coalition d'acteurs aux intérêts d'ordinaire divergents, le plan stratégique de la CNAM est voté en conseil d'administration en mars 1999.

Le ministère des Affaires sociales refuse cependant d'être mis devant le fait accompli. Les relations, toujours tendues, qui lient la CNAM au ministère aboutissent au rejet du plan, dans lequel la ministre des Affaires sociales, Martine Aubry, voit une tentative à peine masquée de privatisation<sup>42</sup>. En signe de protestation, les représentants du patronat quittent les caisses d'assurance maladie. Un peu plus tard, Gilles Johanet rejoint les assurances AGF. Tout en achoppant, le plan pose le problème de la place des assurances complémentaires, notamment privées, aux côtés de l'assurance maladie. Tandis que les acteurs privés s'organisent, l'assurance maladie s'efforce réciproquement d'acquérir une capacité de gestion des risques qui s'apparente aux principes que les assurances mettent en œuvre. Ces rapprochements rendent possible une stratégie d'intégration institutionnelle plus aboutie [voir encadré « Les experts économiques de la haute fonction publique », ci-contre].

37. Comme le formule le vice-président de la CNAM, Georges Jollès, au nom du CNPF : « L'offre de soins est pléthorique. Il faut un programme de réduction à l'image des plans de reconversion de la sidérurgie », *Le Point*, 24 janvier 1999.

38. *Le Monde*, 10 mars 1999.

39. Jean-François Préresse, « Assurance maladie : 35 propositions de réformes soumises à Martine Aubry », *Les Échos*, 5 juillet 1999.

40. Jean-Marie Spaeth, *La Sécu : une idée*

neuve. *Lettres à ceux qui misent sur la Sécurité sociale pour la santé de chacun*, Paris, La Découverte, 1999.

41. « La CFDT teste l'idée d'une concurrence entre les caisses de Sécu », *La Tribune*, 10 décembre 2000.

42. Marie Chenevoy-Gueriaud, *Les Conventions nationales médicales*, Clermont-Ferrand/Paris, Presses universitaires de Clermont-Ferrand/LGDJ, 2004.

## L'intégration institutionnelle des acteurs publics et privés

Le début des années 2000 est marqué par le transfert d'une partie de la prise en charge des dépenses de santé vers des acteurs privés, par l'association plus étroite des acteurs publics et privés dans de nouvelles institutions et par le caractère plus technique et moins idéologique des débats relatifs à ces évolutions. Ces tendances, qui pourraient être décrites comme une forme de privatisation, sont aussi associées à un mouvement d'intégration institutionnelle, qui rapproche les acteurs publics et privés dans de nouvelles institutions, tout en agrégeant diverses catégories d'experts économiques à cet agencement. Hybrides, ces rapprochements alimentent un débat assez confus sur le degré de « privatisation » ou d'« étatisation » de l'assurance maladie<sup>43</sup>. L'intégration institutionnelle des acteurs publics et privés ainsi que des experts économiques semble atténuer le caractère politique et idéologique des débats tout en leur procurant un caractère technique, relatif aux transferts de charges. Expérimentées à l'occasion de la création de la CMU, ces nouvelles articulations entre acteurs publics et privés de l'assurance maladie restent inabouties. Les acteurs en présence se positionnent, mais leur articulation achoppe et reste finalement à inventer. Un rapprochement institutionnel entre public et privé est consacré par la réforme de l'assurance maladie votée en août 2004.

Après les élections présidentielles de 2002, le nouveau ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, est en effet chargé de réformer l'assurance maladie. Les orientations politiques du gouvernement autant que les affinités libérales du nouveau ministre sont propices au renforcement d'acteurs privés dans ce secteur<sup>44</sup>. Pour préparer la réforme annoncée, Jean-François Mattéi commande plusieurs rapports et confie notamment une réflexion sur « la répartition actuelle des interventions des régimes de base et de l'assurance complémentaire » à Jean-François Chadelat, qui préside le fonds de financement de la CMU complémentaire. Le haut fonctionnaire explicite la place accrue que pourraient prendre les assurances complémentaires<sup>45</sup>. Il propose

de généraliser des principes expérimentés avec la CMU à l'ensemble de l'assurance maladie, jusque dans la dénomination : une « couverture maladie généralisée » (CMG) offrirait une prise en charge de base, composée d'une « assurance maladie obligatoire » (AMO) et d'une « assurance maladie complémentaire de base » (AMCB). Cette « CMG » financerait les dépenses que « la nation juge nécessaires » tandis qu'un financement optionnel permettrait par ailleurs de couvrir des dépenses « moins prioritaires », laissées aux assurances complémentaires<sup>46</sup>. Dans son rapport, Jean-François Chadelat reprend l'idée de panier de biens et services à travers le principe de répartition explicite des financements issus des assurances obligatoires et complémentaires. Le rapport propose d'associer institutionnellement les différents types d'assureurs dans une « corégulation »<sup>47</sup>.

Dès sa publication, le rapport Chadelat est dénoncé par les syndicats et par les partis de gauche, ainsi que par les membres du groupe de travail dont il est issu<sup>48</sup>. La plupart des parties prenantes y voient un nouveau projet de « privatisation ». Même parmi les assurances privées, les soutiens viennent à manquer : les assureurs refusent de renoncer aux aides publiques qui favorisent l'acquisition d'assurances santé dans les entreprises (contrats de groupe)<sup>49</sup>. Seule la CFDT voit dans le rapport un « bon cadre de réforme », à condition que l'État sécurise un niveau élevé de remboursement. Rejeté, le rapport sert néanmoins de référence lors de la préparation de la réforme de l'assurance maladie. Revenant sur son contenu en 2004, le rapporteur du projet de loi réformant l'assurance maladie, le sénateur UMP Alain Vasselle, se démarque du rapport Chadelat tout en soulignant à son propos la nécessité d'une articulation « intelligente » entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, à laquelle le rapport permet de réfléchir.

C'est une telle articulation que la loi institue à travers de nombreux rapprochements institutionnels, financiers et organisationnels entre assurance obligatoire et assurance complémentaire, entre opérateurs publics et privés. En matière de gouvernance, tout d'abord, ces rapprochements traduisent le principe de « corégulation » préconisé par le rapport Chadelat.

43. Voir par exemple Pascale Turquet, « Vers un renforcement de l'assurance privée dans la couverture maladie en France ? », *Revue internationale de Sécurité sociale*, 4, 2004, p. 77-104 ; Yves Saint-Jours, « L'assurance maladie resituée dans une logique libérale », *Recueil Dalloz*, 39, 2004, p. 2795-2800 ; José Caudron, Jean-Paul Domin, Nathalie Hiraux et Catherine Mills, *Assurance maladie, la privatisation programmée : résister et reconstruire un système de santé efficace et solidaire*, Paris, Fondation Copernic/Syllepse, 2005 ; Mireille Elbaum, « Participation

financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », *Lettre de l'OFCE*, 301, septembre 2008 ; Jean-Pierre Chauchard, « Les querelles de ménage de l'assurance maladie et de la solidarité », *Revue de droit sanitaire et social*, 2, 2006, p. 288-301 ; Didier Tabuteau, « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, 1, 2010, p. 85-92.

44. Pédiatre et généticien, Jean-François Mattéi a été membre du Conseil consultatif national d'éthique. Député à Marseille, il a présidé le groupe Démocratie libérale et indépendant à l'Assemblée nationale,

jusqu'à sa nomination au ministère de la Santé en 2002. Proche des cercles libéraux dans les années 1980, il n'est pas hostile à une intervention accrue des assurances privées dans le système de santé.

45. Comme le précise Jean-François Chadelat : « Nous avons constaté que les organismes complémentaires interviennent dans la prise en charge des dépenses de santé. Cette situation s'est développée au fil des années, mais elle n'a jamais été explicitement reconnue. Il est temps de "l'officialiser" » (*Risque-Prévoyance Magazine*, CNP Assurances, juin 2003).

46. L'expression « Couverture médicale généralisée » dérive de la « Couverture médicale universelle », assortie en 1999 d'une « CMU-C » (complémentaire) abondée par un fonds présidé par Jean-François Chadelat.

47. *Risque-Prévoyance Magazine*, CNP Assurances, juin 2003.

48. « Réforme de la Sécu : haro sur le rapport Chadelat », *Le Quotidien du médecin*, 25 mars 2003.

49. « Réforme de l'assurance maladie : touche pas à mes collectives ! », *L'Argus de l'assurance*, 23 avril 2003.

La loi institue deux nouvelles institutions appelées à se coordonner. Pour l'assurance maladie obligatoire, une « Union nationale des caisses d'assurance maladie » (UNCAM) regroupe les régimes obligatoires salariés, agricoles et indépendants. Elle est dirigée par le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), dont les pouvoirs sont ainsi élargis. Auprès de cette première institution, une « Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire » (UNOCAM) regroupe les acteurs de l'assurance complémentaire, notamment les représentants des mutuelles, des instituts de prévoyances et des sociétés d'assurances.

Les rapprochements entre acteurs publics et privés apparaissent en outre à travers des dispositions d'ordre financier. Dans ce domaine, la loi insiste, jusque dans la terminologie assurantielle utilisée, sur la responsabilisation des assurés à travers l'instauration de « franchises » et de forfaits hospitaliers. Ces formes de désengagement de la Sécurité sociale offrent la possibilité aux assurances complémentaires, notamment privées, de bénéficier d'un transfert de charges : la part des assurances complémentaires est appelée à croître<sup>50</sup>. Enfin, la loi favorise des rapprochements dans l'organisation des soins en adoptant des principes expérimentés par les assurances privées. Elle institue des parcours de soins à travers le dispositif du « médecin traitant », par lequel les assurés sont supposés passer pour accéder aux soins spécialisés, sauf à consentir de moindres remboursements. Ce dispositif généralise des parcours que les assurances complémentaires avaient expérimentés dans leurs domaines privilégiés d'intervention (dentaire, optique), à travers des incitations financières orientant les patients vers des professionnels conventionnés. Des rapprochements institutionnels, financiers et organisationnels associent plus étroitement qu'auparavant les acteurs de l'assurance obligatoire et de l'assurance complémentaire, instituant des formes inédites d'intégration de leurs activités.

## L'intégration institutionnelle de l'expertise économique

Ce mouvement d'intégration institutionnelle n'implique pas seulement les acteurs de l'assurance maladie. Il associe aussi les experts économiques susceptibles d'en analyser les dynamiques. À l'occasion de la réforme de 2004,

les experts économiques qui participent aux débats sur la concurrence en matière d'assurance maladie interviennent dans de nouveaux espaces, institués au sein du complexe institutionnel en cours d'intégration. La création de nouveaux lieux d'expertise permet de solliciter des économistes aux côtés d'acteurs sectoriels. Peu avant la réforme, des économistes se penchent sur l'architecture du système de santé, et plus singulièrement sur la place des assurances privées. Après la réforme, certains de leurs collègues sont associés à des travaux d'évaluation économique plus ponctuels, qui permettent d'envisager des arbitrages coût-utilité.

Au début des années 2000, le rôle de la concurrence et des assurances privées dans le système de santé capte l'attention des économistes français. Parfois, leurs intérêts convergent avec ceux des assureurs, comme en témoigne l'organisation du programme SEMINARIS du Collège des économistes de la santé, qui porte en 2002 sur le thème « les assurances et le risque en santé » et auquel participent les acteurs économiques du secteur. Ces réflexions sur le rôle des assurances privées sont nourries par des travaux réalisés aux frontières du monde académique et administratif. Cherchant à éclairer la concurrence entre assurances santé, la Direction de la Sécurité sociale (DSS) se tourne dès 1997 vers un centre d'expertise en économie de la santé proche de la Caisse nationale d'assurance maladie, le Centre de recherche et de documentation en économie de la santé (CREDES). Réalisée par une économiste de l'INSEE détachée au ministère de la Santé, cette étude fait longtemps référence parmi les économistes de la santé français travaillant sur la concurrence entre assurances<sup>51</sup>. En 1999, le Conseil d'analyse économique (CAE) publie un rapport de l'économiste académique Michel Mougeot, associé, on s'en souvient, au débat sur les réseaux de soins coordonnés, sur le recours aux mécanismes concurrentiels dans le secteur de la santé<sup>52</sup>. Le rapport se réfère à la concurrence entre assurances : Jean-Jacques Rosa, l'un des promoteurs du scénario assurantiel dans les années 1980, préconise un « choix de l'assureur par l'assuré<sup>53</sup> ». Dispersées, ces formes d'expertise sont bientôt complétées par la création d'un organisme sectoriel dont la vocation est tout à la fois institutionnelle, politique et technique.

50. L'augmentation de la part des assurances complémentaires dans la structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux augmente de 13 % en 2005 à 13,5 % en 2010. Cette augmentation correspond surtout à l'augmentation inédite de la part des assurances privées, qui passe de 3 % à 3,6 % entre 2000 et 2005, tandis que la part des autres

complémentaires (mutuelles et instituts de prévoyance) reste stable, voire régresse dans le cas des mutuelles. Rapportée aux dépenses de soins et de biens médicaux, qui passent de 150 à 175 milliards de 2005 à 2010, l'augmentation de la part des assurances privées passe de 4,5 milliards en 2005 à 6,3 milliards en 2010, soit une augmentation de 40 % (voir

A. Fénina, M.-A. Le Garrec et M. Koubi, « Les comptes nationaux... », art. cit.).

51. Pascale Breuil fait partie d'un ensemble d'économistes ayant développé des compétences sur la santé à l'INSEE. Après un passage à la Direction de la prévision, ils se dispersent dans des organismes publics, privés ou internationaux, à l'image de Frédéric Ruprecht dans l'industrie pharmaceutique ou

de Stephan Jacobzone à l'OCDE.

52. M. Mougeot, *Le Système de santé...*, op. cit.

53. Michel Mougeot, *Régulation du système de santé*, Paris, La Documentation française, 1999, p. 103 ; voir aussi Jean-Jacques Rosa, *Politique économique : le rapport Rosa*, Paris, Bonnel, 1983.

La préparation de la réforme de 2004 motive la création du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), créé en 2003 pour une durée initiale de trois ans. S'inspirant du Conseil d'orientation des retraites (COR) créé trois ans auparavant, cet organisme accompagne la réforme de l'assurance maladie et associe les parties prenantes. Présidé par Bertrand Fragonard, qui avait quitté la direction de la CNAM en 1998 pour protester contre une administration jugée trop directe de la CNAM par le ministère des Affaires sociales, le HCAAM associe une cinquantaine de membres institutionnels représentant les administrations, les partenaires sociaux, les professionnels de santé et les régimes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie notamment. Des économistes sont associés à ses travaux à travers un secrétariat, confié à un économiste, Pierre-Jean Lancry<sup>54</sup>. Dès leur publication, les premiers rapports du HCAAM donnent le ton des débats associés aux perspectives de réforme. Ils incluent des développements économiques qui recourent aux notions d'efficacité et de coût d'opportunité, à partir desquelles peut être défini un panier de biens et services au-delà duquel les assurances complémentaires peuvent intervenir<sup>55</sup>. Plus généralement, le HCAAM apparaît comme un espace privilégié d'association entre l'ensemble des parties prenantes associées à la réforme et l'expertise économique, appelé à contribuer en bonne place.

Un an plus tard, après le vote de la loi, l'intégration institutionnelle de l'expertise économique est aussi organisée par la réforme de l'assurance maladie, qui institue une Haute Autorité de santé (HAS) dont les attributions évolutives associent à ses missions d'évaluation médicale des objectifs économiques, plus implicites. En amont de la réforme, cette double attribution avait été proposée par les représentants des assurances complémentaires. Dès 2001, le président de la Fédération française des sociétés d'assurances, Denis Kessler, soulignait le rôle d'une évaluation économique capable de distinguer les soins dont la prise en charge revenait respectivement à l'assurance obligatoire et à l'assurance complémentaire<sup>56</sup>. En 2003, lors du congrès de la Mutualité française, ses représentants se prononçaient pour un partage des rôles « laissant le soin à l'assurance maladie obligatoire et aux mutuelles, après concertation, de fixer leurs prestations respectives

[...] dans le cadre des recommandations d'une Haute Autorité de santé et de priorités nationales ». Héritant en 2004 d'agences à dominante médicale, la HAS associe au sein de son Collège exécutif non seulement des médecins et des hauts fonctionnaires mais aussi un représentant de la Mutualité française, Étienne Caniard, et bientôt une économiste, Lise Rochaix<sup>57</sup>.

La nouvelle institution peut en outre compter sur les services d'économistes chargés d'évaluer au sein de l'agence l'efficacité des stratégies de soins à partir d'analyses coûts-avantages. Leurs analyses permettent de hiérarchiser les actions de santé selon leur degré d'efficacité, jusqu'à motiver le cas échéant l'exclusion du remboursement de soins à l'utilité insuffisante. Elles permettent de définir un panier de biens et services bien que leur usage reste largement tacite. La loi créant la HAS ne comprend plus la mention initiale du projet de loi qui se référait explicitement à l'« évaluation médicale, de santé publique et économique »<sup>58</sup>. La place de l'expertise économique est introduite de manière progressive, d'abord à travers la création en 2006 d'une commission explicitement chargée de l'évaluation économique (en remplacement d'une commission de santé publique à dominante médicale), puis à travers la reconnaissance explicite de la mission économique de la HAS par la loi de financement de la Sécurité sociale votée en 2008. En 2010, les économistes associés à cette institution se dotent d'une doctrine fondée sur leur expérience au sein de cette institution<sup>59</sup>.

La réforme de 2004 aura finalement favorisé l'association d'experts économiques à de nouvelles institutions d'expertise associant d'autres parties prenantes, notamment des assurances complémentaires. Tout en développant une expertise économique, ces institutions transforment le débat économique sur le recours aux assurances complémentaires, notamment privées, en une question plus technique que politique.

## De moindres débats publics sur les enjeux économiques

Dans le courant des années 2000, la place des assurances obligatoires et complémentaires, des acteurs publics et privés, est moins controversée. Objectiver

54. Économiste universitaire, Pierre-Jean Lancry a contribué à introduire la théorie de l'agence en économie de la santé dans les années 1980, a travaillé à la Direction de la prévision du ministère des Finances, puis a dirigé le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES). Il a ensuite été directeur santé de la Mutuelle sociale agricole, avant d'être nommé directeur de l'Agence régionale de

santé de Basse-Normandie en 2010.

55. Bertrand Fragonard, *Rapport du Haut Conseil pour l'assurance maladie*, Paris, La Documentation française, 2004, p. 76.

56. Denis Kessler, « Réformer la protection sociale », Discours de conclusion du Forum de Strasbourg, MEDEF, 20 novembre 2001. Voir aussi Denis Kessler, « Couvrir le risque maladie au XXI<sup>e</sup> siècle », *Le Figaro*, 8 avril 2002.

57. Le Collège de la Haute Autorité de santé est composé de huit membres respectivement nommés par le président de la République, les présidents des deux assemblées et le président du Conseil économique et social.

58. Dans les rangs de l'opposition, l'ancien ministre socialiste de la Santé Claude Évin le regrette : « Si on veut en effet pouvoir apprécier le bon niveau de prise en charge,

voire l'intérêt même d'une prise en charge, une telle évaluation n'a rien de choquant, même si elle a un caractère économique. Mais je crains que cet objectif n'apparaisse pas clairement dans les missions de cette haute autorité » (Assemblée nationale, séance du 11 juillet 2004).

59. HAS, « L'évaluation économique à la Haute Autorité de santé, principes et méthodes », décembre 2010.

• • •

PENDANT QUE LA SÉCURITÉ SOCIALE SE COMPLAIT  
DANS SON IMMOBILISME ET S'ENFONCE DANS  
LES DÉFICITS, LES ASSUREURS SANTÉ INNOVENT  
ET MULTIPLIENT LES INITIATIVES.

JALMA, PANORAMA DE L'ASSURANCE SANTÉ, PARIS, 2000, P. 2.

★ Immobilisme "Les structures de la France sont longtemps restées immuables. C'était même un des traits caractéristiques qui frappait beaucoup l'observateur étranger : l'immobilisme." copie ENA, 1969.  
v. BLOQUE.

EXTRAIT DU DICTIONNAIRE DES IDÉES REÇUES, Pierre Bourdieu et Luc Boltanski, *La Production de l'idéologie dominante*, Paris, Demopolis/Raisons d'agir, 2008.

## Un passé condamné

Le discours dominant sur le monde social doit sa cohérence pratique au fait qu'il est produit à partir d'un petit nombre de schèmes générateurs qui se laissent eux-mêmes ramener à l'opposition entre le passé (dépassé) et l'avenir ou, en termes plus vagues et apparemment plus conceptuels, entre le traditionnel et le moderne.

P. BOURDIEU ET L. BOLTANSKI, *op. cit.*

## Les experts économiques du monde académique

Après la professionnalisation de l'économie de la santé dans les années 1970, différents profils d'économistes croisent, avec des pondérations variées, les sphères de la décision publique et des secteurs privés pharmaceutique ou assurantiel.

**Robert Launois** est un expert en économie de la santé actif sur le terrain de la privatisation. Agrégé de sciences économiques et formé aux États-Unis, il est attaché à la spécificité théorique de sa discipline et valorise la microéconomie. Professeur d'économie à Rennes, puis à Bobigny, il s'inspire en 1985 des HMO pour proposer avec l'Institut La Boétie un projet de mise en concurrence de réseaux de soins coordonnés. Au début des années 1990, il participe au développement des analyses coûts-avantages auprès de l'industrie pharmaceutique. Attentif aux évolutions de l'assurance maladie, il intervient auprès d'administrations et anime la communauté des économistes de la santé, en participant notamment à la création de la Société française d'économie de la santé (SFES).

Diplômé d'HEC et agrégé de sciences économiques, **Claude Le Pen** est une autre figure de l'économie de la santé française. Également professeur d'économie de la santé à Rennes, il rejoint l'équipe d'Émile Lévy à Dauphine en 1990 et participe avec lui à la promotion des analyses coûts-avantages

auprès de l'industrie pharmaceutique. Après avoir siégé à la Commission de la transparence, qui définit les niveaux de remboursements des médicaments, il crée une société de conseil et participe au développement de « *guidelines* » français d'évaluation coûts-avantages avec le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) et le Collège des économistes de la santé, dont il devient président. Respecté pour ses compétences et son expérience, il participe à de nombreuses manifestations et intervient dans les médias. Il s'associe aux réflexions de l'Institut Montaigne sur l'assurance maladie.

Disposant d'une formation en France et au Royaume-Uni, **Lise Rochaix** obtient son doctorat d'économie en 1986 à Rennes, avant d'être recrutée au CNRS et d'obtenir un PhD à York en 1991. Agrégée de sciences économiques, elle développe ses activités académiques à Aix-Marseille et intervient auprès de nombreuses institutions académiques, notamment britanniques et canadiennes. Elle dispose aussi d'une expérience administrative, comme chargée de mission à la direction de la Prévision de 1990 à 1993, ainsi qu'auprès du Plan et de la mission de concertation des « quatre sages » sur la médecine de ville. En 2005, elle est nommée au Collège de la Haute Autorité de santé, dont elle préside la commission d'évaluation économique et de santé publique.

le moindre degré de controverse des débats se révèle cependant délicat. L'absence de débats publics, tout d'abord, n'est jamais totale et l'existence d'éléments partiels ou secondaires peut être invoquée pour récuser l'idée de moindre publicité des débats économiques. En outre, l'absence de débat est par définition moins facile à rendre visible que leur existence. Plusieurs éléments permettent de surmonter ces difficultés. Ils indiquent de manière convergente une moindre publicité des débats économiques relatifs au renforcement des acteurs privés, ainsi qu'une technicisation de ces enjeux dans les dispositifs d'expertise économique. Ces éléments apparaissent auprès d'acteurs extérieurs au nouveau complexe institutionnel, d'acteurs associés au nouvel ensemble et d'acteurs créés par la réforme.

En premier lieu, la comparaison entre les deux configurations des années 1980 et 2000 permet de signaler d'importantes différences en termes de publicité. Dans les années 2000, les procédés de publication qui avaient été utilisés efficacement vingt ans plus tôt n'ont plus les mêmes effets. S'apparentant aux interventions d'un Robert Launois auprès de l'Institut La Boétie dans les années 1980, l'engagement de l'économiste de la santé Claude Le Pen, une autre figure de la profession, auprès de l'Institut Montaigne permet une comparaison. Comme l'Institut La Boétie, l'Institut Montaigne est un *think tank* libéral associant des assureurs de santé privés. Il est plus précisément fondé en 1990 par Claude Bébéar, le patron du groupe d'assurance AXA, très actif dans ce secteur<sup>60</sup>. Auprès de l'Institut Montaigne, Claude Le Pen préconise en 2002 une nouvelle articulation entre l'assurance obligatoire, appelée à financer les dépenses coûteuses, et des assurances « supplémentaires » en charge des risques courants<sup>61</sup>. Habilement intitulée « Vers une assurance maladie universelle ? », cette contribution masque les véritables enjeux du débat : tout en reprenant, comme l'avait fait le rapport Chadelat, la terminologie de la CMU, elle se présente comme une défense de l'« assurance universelle » alors qu'il s'agit surtout de spécifier la sphère d'intervention des assurances privées. Lors de sa publication, cette contribution est cependant marginalisée par les positions prises au même moment par un autre économiste, Denis Kessler, qui intervient au nom du MEDEF en tant que président de la Fédération française des sociétés

d'assurances (FFSA)<sup>62</sup>. Si le rapport Le Pen suscite des commentaires dans la presse, leurs effets sont sans comparaison avec l'ampleur du débat suscité en 1985 par l'Institut La Boétie. Le répertoire qui avait alors été inauguré à partir de positions extérieures aux institutions de l'assurance maladie semble devenu inopérant. Les propositions libérales de l'Institut Montaigne ne suscitent ni controverse ni véritable débat public.

En deuxième lieu, les places respectives des assurances obligatoire et complémentaire semblent moins propices à l'explicitation de certains enjeux, pourtant stratégiques, au sein du nouveau dispositif institutionnel. C'est ce que révèle la tournure de certains débats, y compris dans un cadre parlementaire, pourtant favorable à l'explicitation et à la publicisation des enjeux stratégiques. Alors que le Sénat se penche en 2008 sur les effets de la réforme votée quatre ans plus tôt, la Cour des comptes relève le volume des coûts de gestion des assurances complémentaires, beaucoup plus importants que ceux des assurances obligatoires (25 % contre 5 % pour l'assurance maladie)<sup>63</sup>. L'écart a de quoi susciter l'intérêt dans un contexte où le législateur appelle à une poursuite des transferts de charges vers l'assurance complémentaire. S'exprimant au sein de la nouvelle Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), les représentants des assurances privées contestent le calcul et plus encore la publicité donnée à ces éléments économiques. De manière suffisamment rare pour être relevée par les observateurs du secteur, l'UNOCAM signale dans un communiqué qu'elle « s'étonne que la Cour ait rendu possible la diffusion publique de ces données, sans prudence ni recul, au mépris de la procédure contradictoire qu'elle doit normalement appliquer »<sup>64</sup>. En plein débat parlementaire sur les orientations stratégiques de l'assurance maladie, les assurances complémentaires revendiquent à partir de l'UNOCAM le droit à un débat technique plus feutré.

En troisième lieu, la réforme institue de nouveaux espaces d'expertise économiques, dans lesquels les enjeux politiques que représente la place des assurances obligatoires et complémentaires sont traduits en termes techniques, au point d'échapper à toute visibilité. Les travaux d'évaluation économique de la HAS illustrent ce processus. Fondés sur des analyses coûts-avantages, ces travaux permettent de hiérarchiser

60. Outre la personnalité de Claude Bébéar, la continuité entre l'Institut La Boétie apparaît à travers la participation du fondateur de l'Institut La Boétie, le baron Bernard de La Rochefoucauld, au comité directeur de l'Institut Montaigne. Ce comité associe aussi l'ancien syndicaliste CFDT président de la Caisse nationale d'assurance maladie, Jean-Marie Spaeth, qui

s'était montré favorable au plan stratégique de Gilles Johanet positionnant en 1999 l'assurance maladie par rapport aux assurances privées, et qui voyait dans l'articulation entre assurances obligatoires et complémentaires imaginée en 2002 par Jean-François Chadelat un « bon projet ».

61. La différence entre assurance complémentaire et assurance supplémentaire

tient au fait que dans le premier cas les assurances ne complètent que des soins en partie remboursés par l'assurance obligatoire, alors que les assurances supplémentaires remboursent des soins non pris en charge.

62. Cf. *supra*.

63. Alain Vassel, « Santé : qui doit payer ? Une contribution au débat sur les trans-

ferts de charges entre l'assurance maladie, les complémentaires et les ménages », Rapport d'information de la commission des Affaires sociales, 385 (2007-2008), 11 juin 2008.

64. IRDES, *Éléments de bibliographie : la réforme du système de santé en France* plan Douste-Blazy, août 2004, p. 4.

des stratégies de santé selon leur efficacité. À l'aune de ces analyses, certains soins apparaissent trop peu efficaces pour justifier un haut niveau de remboursement de la part de l'assurance maladie, ce qui offre en creux aux assurances complémentaires la possibilité de s'y substituer. Plutôt que d'aborder le transfert de charges financières en termes globaux, et nécessairement politiques, la HAS rend possible une évaluation au cas par cas de questions médicales techniquement circonscrites, dont les aspects médicaux importent souvent davantage que l'appréciation économique, mais à la suite desquelles peuvent être prises de manière discrète des décisions de remboursement ou de déremboursement. Ces dernières sont de nature à déplacer de manière incrémentale les frontières de la prise en charge. En quelques années, la Haute Autorité procède à l'évaluation économique d'une soixantaine d'actes, produits ou stratégies de santé<sup>65</sup>. En 2006, elle recommande le déremboursement de 420 médicaments au service médical insuffisant. En 2008, cette activité est explicitement associée au souci d'une « gestion active du panier de biens et services », dont la responsabilité est confiée à un membre du collège dirigeant cette institution. Publique et transparente, l'activité économique de la HAS est cependant mise en œuvre dans une relative discrétion, dossiers techniques après dossiers techniques, à tel point que ses travaux apparaissent peu visibles aux parties concernées, qui, à l'image de certains représentants de la Direction de la Sécurité sociale ou de la Caisse nationale d'assurance maladie, réclament une activité plus soutenue, de nature à faciliter les procédures de remboursement envisagées<sup>66</sup>.

Les débats économiques sur l'assurance maladie n'ont plus le même écho qu'une vingtaine d'années auparavant. Les libelles libéraux ne déclenchent plus la polémique. Les acteurs intégrés au nouveau complexe institutionnel revendiquent la discrétion. Les expertises économiques prennent une tournure technique. Les espaces de débat public se raréfient au moment où les transformations de l'assurance maladie sont mises en œuvre.

Dans les années 1980, un projet de privatisation de l'assurance maladie est formulé par des économistes proches des assurances privées. L'enjeu est d'associer ces dernières à l'organisation des soins en créant des réseaux de soins placés en situation de concurrence sur les deux marchés de l'assurance santé et de l'offre de soins. Formulé à partir de positions institutionnelles extérieures à l'assurance maladie, le projet est

l'occasion de vifs débats politiques et idéologiques sur la privatisation de l'assurance maladie, qui ne trouvent cependant pas d'aboutissement politique. Dans les années 2000, la place des assurances privées se renforce de manière plus discrète et moins controversée. Ce renforcement se traduit par un désengagement partiel de la Sécurité sociale au profit d'assurances complémentaires et par l'association de ces dernières à la régulation du secteur. Ces orientations ne résultent pas de simples mesures conjoncturelles ; elles sont l'effet de transformations engagées à la fin des années 1990 et institutionnalisées en 2004. Dans cette nouvelle configuration, le rapprochement entre acteurs publics et privés est entamé à l'occasion de la création de la CMU, dont la mise en place permet d'expérimenter des articulations originales entre acteurs publics et privés. Il se poursuit à travers un repositionnement réciproque des acteurs publics et privés au tournant des années 2000, puis à travers leur intégration dans de nouvelles institutions administratives en 2004.

D'une période à l'autre, la place de l'expertise économique évolue. Dans la première configuration, les experts économiques associés aux débats interviennent à partir de positions extérieures aux institutions centrales de l'assurance maladie, voire contre elles. C'est dans cet écart de positions que se constitue un espace de différends explicites et de controverse. Dans la seconde configuration, les experts économiques sont intégrés aux nouveaux dispositifs administratifs, soit au titre d'une expertise sur la régulation, par exemple au sein du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, soit au titre d'une compétence en matière d'évaluation économique des stratégies de soins, au sein de la Haute Autorité de santé notamment. L'intégration de l'expertise économique dans de nouveaux dispositifs institutionnels réduit l'espace de controverse et de débats ; il atténue le caractère politique, idéologique et controversé du renforcement, devenu plus tacite, de la place des acteurs privés. Considérée dans la durée, la position institutionnelle variable des experts économiques par rapport aux institutions en charge de l'assurance maladie semble affecter le caractère plus ou moins ouvert, controversé et finalement démocratique des débats sur la régulation du système de santé. La récente intégration institutionnelle des experts économiques dans des institutions associées à la régulation semble affaiblir le degré de controverse des débats économiques sur la privatisation ou sur le désengagement de l'assurance maladie, dont certaines évolutions stratégiques apparaissent dès lors plus techniques que politiques.

65. Entretien avec Catherine Rumeau-Pichon, directrice du Service d'évaluation économique et de santé publique, mars 2011. 66. Entretien avec Lise Rochemaix, économiste, présidente de la Commission d'évaluation économique et de santé publique, mars 2011 ; voir aussi Jean-Philippe Vinquant, Intervention aux Journées de la HAS, décembre 2007 ; Dominique Polton, « The role of independent commissions in controlling costs and enhancing value: international lessons », Alliance for Health Reform, 6 novembre 2009.

Le mouvement d'intégration de l'expertise économique dans un nouveau complexe institutionnel est à rapprocher d'un mouvement plus général au sein de l'administration, lié à la création de nouvelles agences techniques associant diverses formes d'expertises scientifiques aux espaces de décision publique : le mouvement d'intégration des savoirs économiques dans des institutions en charge de l'assurance maladie rappelle l'évolution bureaucratique de ces agences publiques. Sous couvert de réforme administrative, les deux phénomènes concourent à la formation d'un ensemble de bureaucraties techniques à la périphérie de l'État. Dans le cas de l'assurance maladie, ces bureaucraties techniques n'associent pas seulement des savoirs, notamment économiques, aux espaces de décision publique. Elles y associent aussi des acteurs privés. Ces associations dessinent des frontières plus incertaines entre l'État

et le marché : loin de s'opposer termes à termes, l'État et le marché combinent leurs formes spécifiques d'organisation dans de nouveaux agencements institutionnels. En s'affirmant, le caractère bureaucratique du processus de privatisation ne rend pas seulement possible le renforcement du rôle des acteurs privés, auparavant controversé. Il l'inclut aussi dans un ensemble administratif au point d'en limiter sans doute les effets, qui demeurent à ce jour assez modestes dans le champ de la protection sociale. De manière discrète, le rôle des acteurs privés se développe sous contraintes administratives. Reste à savoir dans quelle mesure ces contraintes bureaucratiques ou technocratiques favorisent les effets d'une privatisation de l'assurance maladie en l'abritant, ou la contiennent dans les frontières désormais en clair-obscur de la sphère publique [voir encadré « **Les experts économiques du monde académique** », p. 70].