

## La santé au régime néolibéral

FRÉDÉRIC PIERRU

Depuis le début des années 2000, les gouvernements de droite successifs ont choisi de faire porter la réduction du déficit de l'assurance maladie sur les assurés sociaux et les malades, au nom de la notion fumeuse de « responsabilisation ». Il s'agit en fait d'une forme hypocrite de « marchandisation »/privatisation des soins. Les réformes actuelles ne signifient en aucune manière moins d'État, mais, au contraire, plus d'État, un État « autrement ». Il faut prendre la mesure de ce redéploiement pour investir les nouveaux lieux de pouvoir afin d'y promouvoir des logiques autres qu'exclusivement comptables et gestionnaires.

La caractérisation, d'un point de vue sociologique, des dynamiques qui travaillent en profondeur les « systèmes de santé » des pays développés, depuis maintenant une trentaine d'années, n'est pas chose aisée et implique de rompre avec les mots d'ordre et les lieux communs qui saturent le débat public. Ainsi, la dénonciation de la « marchandisation de la santé », dès lors qu'elle ne se fonde pas sur une investigation documentée, circonstanciée et nuancée des phénomènes incriminés et qu'elle ne définit pas rigoureusement ce qu'elle entend par « marché », « néolibéralisme », « libéralisation », ou encore « privatisation », risque de faire manquer aux forces progressistes l'essentiel des enjeux et, par là, de les conduire à avancer des revendications au mieux hors sujet (donc politiquement inefficaces), au pire contre-productives. Les réflexes intellectuels et politiques peuvent donc être ici comme

ailleurs de forts mauvais conseillers. C'est ainsi que la plupart des forces de gauche (partis et syndicats confondus) se sont cantonnées pendant longtemps à la critique de la politique de maîtrise des dépenses de soins au nom de la très légitime « égalité de toutes et tous devant la santé », à la défense de l'hôpital public contre l'appétit des cliniques privées, en agrémentant le tout d'une pointe de dénonciation des profits colossaux que l'industrie pharmaceutique réalise sur le dos des malades et des assurés sociaux, sans jamais, par exemple, s'interroger sur le fait qu'un tel discours faisait étrangement écho aux revendications les plus corporatistes de la frange la plus conservatrice, pour ne pas dire réactionnaire, du corps médical. Médecins libéraux, mandarins de l'hôpital public, partis « de gauche » et syndicats, même combat contre les effets sociaux et sanitaires disruptifs du néolibéralisme ? Pas si sûr. Une analyse informée permettrait d'envisager d'autres tactiques et d'autres alliances, plus cohérentes et pertinentes dès lors que l'on se fixe comme objectif prioritaire – étalon or d'une pensée véritablement de gauche sur le sujet – de réduire les inégalités devant la santé, la maladie et la médecine, autant de termes qui sont loin d'être équivalents. Elle permettrait aussi d'en finir avec le catastrophisme ambiant qui, loin de mobiliser les troupes, aurait plutôt tendance à alimenter la résignation et le fatalisme dont se nourrit l'hégémonie néolibérale.

Faut-il s'en tenir à la lettre des discours réformateurs actuels qui, des principales organisations internationales aux gouvernements en passant par l'Union européenne, prônent – ou plutôt prênaient, car la *doxa* a été substantiellement amendée depuis le début des années 2000, face aux échecs répétés des « réformes » – la définition (restrictive) d'un « panier de soins et biens médicaux », la « responsabilisation » financière des assurés/patients ou encore la mise en concurrence des hôpitaux et des cliniques au moyen de la tarification à l'activité ? Il serait bien entendu absurde de négliger ce qui peut être qualifié justement de « privatisation » partielle du risque maladie et l'aggravation des inégalités d'accès aux soins que celle-ci ne manque et ne manquera pas de provoquer. Cependant, ce constat, évident, appelle au moins deux remarques complémentaires.

## Une trouvaille européenne : la « *counter-evidence based policy* »

Tout d'abord, n'est-ce pas faire trop d'honneur aux décisions gouvernementales récentes et à celles à venir que de les qualifier de « politique » – au sens de politique publique de santé – quand, à l'évidence, la plupart d'entre elles ne vise qu'à réaliser des coupes claires et à courte vue dans les dépenses d'assurance maladie afin d'obtenir la réduction « impérative » des déficits et de la dette publics, sur lesquels Bercy et la Commission européenne ont les yeux rivés ? Les nombreux ballons d'essai lancés depuis un an – qui du déremboursement total des lunettes et des soins dentaires, qui de la fin de la prise en charge à 100% de certains médicaments de « confort » dans le cadre des Affections de longue durée (ALD), qui de l'introduction d'un « bouclier sanitaire », qui de la fermeture des petits hôpitaux de proximité – donnent plutôt l'impression d'une agitation désordonnée bien plus motivée par le souci d'obéir à l'ordre budgétaire<sup>1</sup> que guidée par la volonté de clarifier sereinement et intelligemment les règles de financement et de dispensation des soins. Le sauve-qui-peut financier emporte certes des conséquences décisives pour l'assurance maladie en donnant toujours plus de place aux acteurs privés tant du côté du financement que de l'offre de soins, mais il ne s'agit là au mieux que d'une politique en creux, par défaut, qui pare des atours de la « modernisation » la soumission servile aux dogmes de la non-augmentation des « prélèvements obligatoires » et de la réduction des déficits publics joint à la démission face aux acteurs les plus puissants du secteur de la santé, à savoir les médecins (libéraux) et l'industrie des biens de santé. Point de véritable doctrine ici, juste la déclinaison sectorielle des orientations macroéconomiques néolibérales qui font du salariat l'unique variable d'ajustement (à la baisse, bien sûr) de ce que l'on a désormais coutume d'appeler la « globalisation ». Les arguments éculés avancés pour justifier les déremboursements divers (sortir d'un « tout gratuit » introuvable, « responsabiliser » les assurés sociaux, lutter contre les « abus », etc.) ne sont ici que de circonstance et on

1. Alexandre Siné, *L'ordre budgétaire*, Paris, Economica, 2006.

aurait tort de les prendre au sérieux. Même l'inspecteur général des Affaires sociales, Jean-François Chadelat, auteur en 2003 d'un rapport remarqué sur la redéfinition de l'architecture de l'assurance maladie et principal inspirateur de la politique actuelle de développement des assurances maladie complémentaires, fend l'armure du haut fonctionnaire pétri de certitudes pour avouer, dans une publication spécialisée (donc confidentielle), toute son ignorance quant aux moyens de maîtriser les dépenses de santé dont le niveau et le rythme de progression, contrairement à ce qu'affirment quotidiennement et péremptoirement les responsables gouvernementaux, ne distinguent en rien la France de ses voisins : « On peut d'ailleurs noter que la France ne se singularise pas en la matière (la maîtrise des dépenses de santé). Les autres pays du monde, confrontés aux mêmes difficultés, n'ont guère connu plus de succès. En matière d'assurance maladie, l'humilité paraît donc devoir être la règle. Si solution miracle il devait y avoir, on peut penser que les milliers de personnes qui depuis des décennies dans des dizaines de pays essayent de la trouver, seraient parvenues à leur fin. La pierre philosophale n'existe pas ; toute équation n'a pas forcément de solution dans le domaine du réel, si l'on peut se permettre cette comparaison mathématique<sup>2</sup>. » Il lui était, en effet, difficile de servir à un public spécialisé et connaisseur les habituelles fadaïses au sujet de l'« explosion » des dépenses de santé en France, du rôle moteur que joueraient les « abus » dans celle-ci et de l'indécrottable arrogance française qui pousserait à ignorer « les expériences qui marchent à l'étranger », fadaïses qu'il colporte, avec d'autres, dans l'espace public. Bref, la politique de « régulation par la demande » (de soins) est un bien grand mot pour qualifier la « nécessité » (budgétaire) faite vertu.

Si les enjeux n'étaient pas aussi vitaux, on pourrait même railler le fait qu'à l'heure où les élites se gargarisent du *benchmarking* et de la dissémination des « bonnes pratiques<sup>3</sup> », les pays membres de l'Union européenne aient brillamment inventé, en matière de politique de santé, la « *counter-evidence based policy* ». C'est ainsi que les conclusions de la quasi-totalité des études en économie de la santé

2. Jean-François Chadelat, « L'assurance maladie », dans Michel Laroque (dir.), *La Sécurité sociale. Son histoire à travers les textes, tome VI, 1981-2005*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2005, p. 191-192.

3. Isabelle Bruno, *À vos marques, prêts... Cherchez, Bellecombe-en-Bauges*, Éditions du Croquant, 2007.

de même que l'évaluation des expériences nationales ont conduit la très libérale OCDE, jadis très favorable à la « responsabilisation » financière des patients et à l'introduction de mécanismes de concurrence, à réviser de fond en comble sa doctrine. Dans leur dernier rapport sur le sujet, publié en 2004, ses experts avouent qu'aucune de leurs solutions n'a obtenu des effets probants et, pire, que certaines se sont révélées franchement négatives, telle la hausse des tickets modérateurs et autres franchises<sup>4</sup>. Celles-ci, en multipliant les barrières financières d'accès aux soins, ont eu pour seul effet de retarder la prise en charge médicale des plus démunis et de saler *in fine* la note pour les finances publiques. « La quote-part, écrivent-ils avec franchise (c'est le cas de le dire), des frais laissés à la charge des usagers peut alléger la charge des systèmes de financement public. Mais il est peu probable que cela se traduise par des économies importantes, d'autant que les populations vulnérables doivent être exonérées de cette quote-part afin d'éviter les restrictions d'accès qui pourraient à long terme se révéler coûteuses », conclusions qui font écho, par exemple, à celles des économistes français de l'IRDES, pour qui « en tout état de cause, aucune étude empirique ne permet actuellement de trancher sur le caractère néfaste pour la collectivité d'une assurance trop généreuse » et « (l'augmentation des dépenses laissées à la charge des individus) ne constitue pas un mécanisme de régulation satisfaisant », « infirmé par les faits ». Voilà donc disqualifiée la logique de déremboursement qui a abouti à la régression de 1,5 % de la part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE entre 1990 et 2003. Si la baisse a été relativement modérée en France (- 0,3 %), grâce notamment à l'adoption de la Couverture maladie universelle en 1999, la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 et celle qui s'annonce vont, à n'en pas douter, l'accélérer<sup>5</sup>.

Et tant qu'à s'inspirer des pseudo *best practices* étrangères, autant le faire de la plus mauvaise manière qui soit en faisant fi des impérieuses limites que les quelques partisans de la « régulation par la demande » fixent à leurs préconisations, à savoir : le total des tickets modérateurs et des franchises ne saurait dépasser 25 % des dépenses de

4. OCDE, *Vers des systèmes de santé plus performants*, Paris, Publications de l'OCDE, 2004.

5 Lire l'article d'Elizabeth Labaye dans ce numéro.

santé ; les dépenses hospitalières (les soins dits « lourds ») doivent en être exonérés ; la participation des assurés doit être modulée en fonction du revenu<sup>6</sup>. Rappelons qu'en France seulement 60 % du coût des soins ambulatoires sont pris en charge par l'assurance maladie (on est donc déjà bien en deçà de la barre des 75 %), que l'une des mesures phares de la réforme de 2004 a été d'introduire un forfait de 18 euros sur les soins hospitaliers dont le montant est supérieur à 91 euros et que les caisses d'assurance maladie sont dans l'incapacité technique de moduler le fameux « reste à charge » en fonction du revenu<sup>7</sup>... *No comment.*

Toutefois, le plus menaçant n'est peut être pas la « politique des caisses vides<sup>8</sup> » qui assèche délibérément les caisses d'assurance maladie pour arguer d'un « trou<sup>9</sup> » qui sert dans la foulée à justifier le recul de la solidarité salariale au profit des dispositifs d'assistance (type CMU, financés par l'impôt) d'un côté, des assurances complémentaires (financées par des primes individuelles ou d'entreprise) de l'autre<sup>10</sup>. Plusieurs arguments (et peut-être un optimisme exagéré) de nature technique et politique portent à croire, en effet, que la rétractation du périmètre de l'assurance maladie « publique » ne peut être que d'envergure limitée. Outre que la privatisation rampante du risque maladie observée actuellement va conduire les gouvernements à (re)vérifier, à l'instar des experts de l'OCDE, qu'elle est inefficace voire contre-productive dans l'optique de la maîtrise des dépenses des soins, elle se heurte de surcroît inévitablement à la faible tolérance des populations européennes aux inégalités par trop criantes d'accès aux soins. Les vives et unitaires réactions aux dernières annonces gouvernementales et les reculs qui s'en sont suivis attestent des faibles marges de manœuvre politiques dont dispose le gouvernement français. Dès lors qu'il faut exonérer les plus démunis et les plus malades – si ce n'est par penchant égalitariste ou même par simple humanité, du moins de façon à respecter le droit constitutionnellement consacré à la protection de la santé – les franchises et les tickets modérateurs n'ont plus aucun intérêt budgétaire. Par ailleurs, les assureurs ne réclament en aucune façon la privatisation poussée du financement des soins car il est bien

6. Pierre-Yves Geoffard, *La lancinante réforme de l'assurance maladie*, Collection du CREPREMAP, Paris, Éditions Rue d'Ulm, 2006.

7. Le montant annuel moyen de ce « reste à charge », qui recouvre la part des dépenses de santé non prises en charge par la Sécurité sociale atteint, si l'on y intègre les dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents, 400 euros. Et encore, il ne s'agit que d'une moyenne, bien peu significative dans la mesure où les dépenses de soins sont très concentrées sur quelques centaines de milliers de personnes très malades... Pour elles, ce RAC peut se monter à plus de 1 000 euros annuels.

8. Sébastien Guex, « La politique des caisses vides », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 146-147, 2003.

9. Julien Duval, *Le mythe du « trou de la Sécu »*, Paris, Seuil, Raisons d'agir, 2007.

10. Sur ce recul, lire l'article de Bernard Friot et Laurence Poinsart dans ce numéro.

sûr hors de question pour eux d'avoir à prendre en charge les 10 % de Français(es), non « rentables », qui consomment les deux tiers des dépenses de santé. Ceux-là, ils les confient volontiers aux bons soins de l'assurance maladie publique, se réservant plutôt la couverture de l'optique, des prothèses, des soins dentaires et, plus généralement, du « petit risque » ainsi que des personnes jeunes, actives, bien intégrées, bref en bonne santé.

Enfin, les travaux récents de sciences sociales qui ont cherché à cerner les spécificités du phénomène néolibéral ont permis très utilement de dissiper quelques malentendus et approximations<sup>11</sup>. Tout entier au service de l'économie, l'État néolibéral est un État interventionniste qui s'emploie à « disséminer les valeurs du marché à la politique sociale et à toutes les institutions<sup>12</sup> », à promouvoir la concurrence en tant que principe régulateur de la sphère publique. Pour notre propos, deux éléments sont à retenir.

Premièrement, les néolibéraux sont très conscients que le bon fonctionnement de l'économie de marché suppose que les individus soient en mesure d'entretenir leur « capital humain ». L'État doit donc leur assurer un accès suffisant à l'éducation et à la santé, deux secteurs générateurs d'« externalités positives ». La lecture des rapports de l'OCDE et des autres organisations internationales est ici instructive : tous admettent, *a minima*, l'intervention des pouvoirs publics pour financer l'accès aux soins des plus malades et des plus démunis<sup>13</sup>.

Deuxièmement, le néolibéralisme se distingue du libéralisme classique par sa rupture affichée avec le naturalisme caractéristique du second. Le marché y est, au contraire, vu comme une institution humaine, une forme sociale construite et régulée par l'État. Dans un secteur comme la santé où les pionniers de l'économie de la santé, tel l'Américain Kenneth Arrow, ont démontré qu'il ne pouvait y avoir « spontanément » de régulation marchande efficace, l'introduction de mécanismes de marché suppose un activisme étatique effréné<sup>14</sup>. L'État néolibéral est un État réorganisé selon une rationalité politique qui attaque frontalement la substance et l'organisation des expertises professionnelles de l'État social (celles des professions de la santé et du « social »),

11. Les cours au Collège de France de Michel Foucault sur l'histoire du néolibéralisme sont à cet égard éclairants. Michel Foucault, *Naissance de la biopolitique*, Paris, École des hautes études/Gallimard, 2005 ; Thomas Lemke, « The Birth of Biopolitics », *Economy and Society*, 30(2), 2001 ; Laurent Jeanpierre, « Une sociologie foucauldienne du néolibéralisme est-elle possible ? », *Sociologie et sociétés*, vol. 38, n° 2, 2006 ; François Denord, *Néolibéralisme version française*, Paris, Demos, 2007.
12. Wendy Brown, *Les habits neufs de la politique mondiale. Néolibéralisme et conservatisme*, Paris, Les Prairies ordinaires, 2007, p. 50.
13. Au moyen, par exemple, de *vouchers* (ici, des « chèques santé ») permettant à leurs bénéficiaires d'acquiescer une assurance maladie complémentaire, à l'instar de ce qu'a proposé récemment Roselyne Bachelot-Narquin.
14. Lire les articles de Philippe Batifoulier et Jean-Paul Domin dans ce numéro.

dont elle conteste de surcroît le soubassement axiologique (le professionnalisme, le sens du service public, le désintéressement, etc.) ; il leur substitue de nouveaux modes de subjectivation (le « consommateur », le « prestataire » de soins), des modèles de comportements (utilitaristes) et de relations (contractuelles et monétarisées) inédits, équipe la rationalité des acteurs de nouveaux dispositifs que sont des règles de comptabilité (analytique), des mécanismes d'allocation des ressources (la « T2A »), des standards (les références médicales opposables) ou des indicateurs de performance (des palmarès hospitaliers) dans le but d'orienter à distance leur conduite dans le sens souhaité, à savoir principalement la maîtrise des coûts. Le slogan de la « responsabilisation » prend alors un tout autre sens que celui, bien pauvre, du transfert de charges de l'assurance maladie vers les ménages et leurs assurances complémentaires. Les « réformes » saisissent les acteurs du système de santé (à commencer par les assurés sociaux) comme des êtres rationnels et intéressés, autonomes, assumant leurs choix, et font en sorte qu'ils soient en mesure d'exercer et de développer ces capacités. Mais cette « liberté » est (en)cadrée par un maillage serré de technologies et d'incitations (monétaires et informationnelles) qui servent toutes le projet d'intégration gestionnaire du secteur. Nous faisons donc complètement nôtres les analyses qui, dans le sillage des travaux de Michel Foucault et des *governmentality studies* anglo-saxonnes, considèrent que « la restructuration néolibérale en cours de l'État vise moins à réduire l'emprise de l'appareil étatique sur les individus et la société civile qu'à rationaliser l'organisation de cette emprise. L'enjeu n'est pas ici de diminuer la trame étatique du tissu social, mais d'accroître l'efficacité et la productivité des dispositifs en place de normalisation étatique des activités sociales. Non pas de briser la cage de fer de la raison bureaucratique, mais de renforcer les contrôles technobureaucratiques en vue d'amoindrir les déficits publics, d'assainir les finances gouvernementales et de consolider la logique comptable dans la logique étatique<sup>15</sup> ».

15. Carol Levasseur, « Gouverner l'insécurité sociale. La centralité du politique dans la construction de l'État-providence contemporain », *Lien social et politiques*, n° 33, 1995, p. 83.



16. Luc Boltanski, Ève Chiappelo, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
17. Voir la multiplication des systèmes d'information destinés à traquer la fraude des assurés sociaux ou à évaluer les pratiques médicales.
18. Philippe Lefebvre, *L'invention de la grande entreprise. Travail, hiérarchie et marché. France, fin XVII<sup>e</sup>-début XX<sup>e</sup> siècles*, Paris, PUF, 2003.
19. Cette hypothèse de l'intégration est issue d'une réflexion collective en cours menée avec Daniel Benamouzig et Magali Robelet. Par exemple, dans le cas de la réforme hospitalière, l'instauration de relations contractuelles de type acheteurs/prestataires et la réorganisation en « pôles » visent à intégrer des acteurs et des rationalités qui jusqu'alors s'ignoraient ou s'évitaient, selon le modèle de la double ligne hiérarchique caractéristique (professionnelle/administrative) des bureaucraties dites « professionnelles ».
20. Intermédiaires au sens où ils se développent entre les trois pôles constitutifs du « système de santé » que sont les professionnels de santé, l'État et les payeurs (caisses, assureurs et organismes mutualistes). Ainsi, à l'hôpital, entre la direction et les professionnels, s'intercale un ensemble toujours plus dense de métiers, de savoirs, de compétences, de pratiques, d'outils dont les finalités – toujours plurielles – sont de « rationaliser », « coordonner », « gérer », « homogénéiser », « évaluer ».

## L'intégration croissante du secteur médical à l'heure de la gouvernementalité néolibérale

La rationalisation gestionnaire, contemporaine de l'affirmation de « payeurs » (État, caisses, assureurs) décidés à maîtriser les coûts et à améliorer la qualité des soins, est partiellement antinomique du modèle professionnel qui conçoit la médecine comme un art s'exerçant sur un mode individuel dans un cadre indépendant. Rendre les pratiques médicales plus « rationnelles », plus prévisibles, plus « efficaces » et si possible plus rentables suppose d'insuffler l'esprit du capitalisme dans un monde qui s'est historiquement construit contre lui. Et contrairement à ce que prétendent les hérauts du néocapitalisme, toujours prompts à mettre en avant la libération apportée par les nouvelles formes de management<sup>16</sup>, ce « gain » en rationalité ne peut-être acquis que par l'extension de la bureaucratie (même si cette dernière prend des formes renouvelées par rapport au modèle wébérien) et le renforcement de la surveillance des individus<sup>17</sup>. Si cette grande transformation de la hiérarchie<sup>18</sup> s'opère alors que l'État se recompose sous l'effet de la consécration du néolibéralisme et du managérialisme, ce serait une illusion d'optique que d'y voir le triomphe du « marché ». Sur fond d'éclatement ou de *désintégration* des grandes bureaucraties publiques et privées, sont à l'œuvre des dynamiques centripètes de *ré-intégration* dans d'autres lieux et selon des voies inédites (à identifier) et que subsume parfaitement l'expression désormais banalisée de « système de santé<sup>19</sup> ». C'est ainsi que des espaces intermédiaires de la gestion<sup>20</sup> se structurent, que de nouveaux métiers et rôles constitutifs de « hiérarchies intermédiaires » se déploient (spécialisés dans l'évaluation des pratiques médicales) tandis que de plus anciens voient leurs prérogatives renforcées et étendues (les directeurs d'hôpitaux), que des outils de gestion (la tarification à l'activité) sont mis au point. L'importation de mots issus de l'industrie comme « réseaux », « filières », « standards », « restructurations » atteste que la tendance est plutôt à la sortie de l'exercice solitaire de la médecine pour aller vers une pratique plus organisée et bureaucratisée. À rebours de toute atomisation marchande, la multiplication

des « bureaucraties techniques<sup>21</sup> » que sont les agences sanitaires, ou encore la montée en puissance de nouveaux acteurs concurrents des caisses d'assurance maladie qui se posent en « gestionnaires de risque » (assurances maladie complémentaires) sont autant de manifestations de l'essor de ces formes intégrées et intégratives qui accompagne le mouvement de centralisation décisionnel au profit des payeurs et des régulateurs. Songeons, par exemple, au rôle crucial que va jouer la Haute autorité de santé dans les années à venir dans la définition du périmètre de soins remboursables et à la faible place qu'y occupent pour l'instant l'expertise des sciences sociales, en particulier sociologique, ou celle des associations de malades<sup>22</sup>. Pensons encore à la façon dont la création des agences de sécurité sanitaire a contribué à reléguer au second plan l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé en imposant l'équation santé publique = identification et neutralisation des « risques » sanitaires<sup>23</sup>. Il est dès lors impératif d'identifier correctement la reconfiguration en cours des savoirs et des pouvoirs pertinents dans l'action publique de façon à y promouvoir des logiques (sociales) autres qu'exclusivement économiques et gestionnaires.

La France n'est peut être pas le lieu privilégié d'observation de ces dynamiques d'intégration gestionnaire. En effet, les syndicats de médecins libéraux français ont réussi à imposer, par la menace et l'insurrection (voir les dépassements « sauvages » des tarifs conventionnels), à des responsables politiques de droite échaudés par les conséquences électorales du Plan Juppé de 1995, les objectifs de leur révolution conservatrice qui prétend en revenir à l'application intégrale de la fameuse Charte de la médecine libérale de 1927. Or, les principes gravés dans cette table de la loi médicale sont autant de problèmes structurels pour le « système de santé » : liberté d'installation (avec comme corollaire l'aggravation des inégalités territoriales de densité médicale), liberté de prescription (i.e., la sur-prescription de médicaments), paiement à l'acte (i.e., le productivisme médical), libre entente (i.e., la liberté pour le praticien de fixer lui-même le montant de ses honoraires, avec tact et mesure bien entendu, dont la restauration revient à signer l'arrêt de mort de notre assu-

21. Daniel Benamouzig et Julien Besançon, « Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires », *Sociologie du travail*, vol. 47, n° 3, 2005.
22. Cf. l'article de Daniel Benamouzig dans ce numéro.
23. Cf. l'article de François Buton dans ce numéro.

rance maladie), secret médical (qui fait obstacle à toute tentative d'évaluation de la qualité et de coordination des soins). Les représentants de la médecine française ont réussi, dans l'ensemble, à conserver les « privilèges » professionnels conquis au début du siècle. Ils sont même en train de revenir sur les quelques concessions faites dans les années 1970, particulièrement l'abandon de la liberté tarifaire contre la solvabilisation de leurs patients par la Sécurité sociale. Ainsi, avec un mépris affiché pour l'égalité d'accès aux soins, on a vu récemment certains, surtout des spécialistes, pratiquer des dépassements « sauvages » et illégaux d'honoraires ou encore refuser de soigner des bénéficiaires de la CMU ou de l'Aide médicale d'État<sup>24</sup>.

Cependant, l'exemple américain devrait les faire réfléchir. La médecine française est dans une situation proche de son homologue américaine au début des années 1970, lorsque les employeurs et les assureurs ont sonné la charge des payeurs contre les pathologies de la « domination professionnelle<sup>25</sup> » : surcoûts, hyperspécialisation, technicisation à outrance, négligence des missions de prévention et de santé publique, variations anormales dans la qualité des soins, inégalités géographiques et sociales d'accès aux soins. En s'opposant systématiquement aux tentatives de l'État pour instaurer une assurance maladie universelle, ils ont involontairement provoqué l'émergence d'une industrie nouvelle, liée au secteur de l'assurance, celle du « *managed care* » (gestion des soins) qui a mobilisé de nombreuses technologies, organisationnelles et informationnelles, pour maîtriser les coûts. Et là, plus question de négocier : les libertés médicales ont été sacrifiées sur l'autel du profit. Les excès professionnels des années 1950 et 1960 ont ainsi produit les dérives bureaucratiques et tatillonnes des années 1980 et 1990 qui elles-mêmes ont provoqué, au tournant du siècle dernier, un « *managed care backlash* », c'est-à-dire la révolte des patients et des médecins contre les excès des assureurs (refus de soins, contrôle systématique des pratiques et prescriptions médicales, etc.). Depuis lors, les disciplines et contraintes gestionnaires imposées par les payeurs ont été progressivement relâchées, sans cependant en revenir à la souveraineté professionnelle d'antan qui semble bel et bien révolue<sup>26</sup>. Le *managed care*

24. Une étude récente émanant du ministère des Affaires sociales a chiffré les largesses prises avec la déontologie médicale, corroborant les résultats d'enquêtes par « testing » menées par des associations humanitaires : plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois s'est vu opposer un refus de soin de la part d'un professionnel de santé (médecin, pharmacien) et 15 % des bénéficiaires de la CMU sont dans ce cas. Bénédicte Boisguérin, Brigitte Haury, « Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins », DREES, *Études et résultats*, n° 645, juillet 2008.

25. Lire, pour la France, Jean Peneff, *La France malade de ses médecins*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2004 et, pour une appréciation sociohistorique nuancée des transformations de l'autonomie du champ médical, l'article de Patrice Pinell dans ce numéro.

26. Voir le numéro spécial du *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 45, 2004.

ne devrait pas être vu comme une réalité lointaine mais comme la manifestation radicale de logiques « industrielles » à l'œuvre dans tous les « systèmes de santé ». D'ailleurs, cette industrie tend à s'exporter dans le monde de façon à contrecarrer la baisse tendancielle de son taux de profit sur le territoire américain depuis le *managed care backlash*. Et ses innovations d'inspirer, avec des modalités, une temporalité et une intensité différenciées selon les contextes nationaux, toutes les réformes européennes, notamment allemande et néerlandaise<sup>27</sup>. Pour le moment, en France, l'échange politique scellé entre les gouvernements de droite et les porte-parole de la médecine (libérale) a permis de faire peser le poids de la réduction des déficits sur les épaules déjà bien chargées des assurés sociaux-salariés et des malades<sup>28</sup>. Pour combien de temps encore ? ■

27. Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant, 2007.
28. L'acceptation par la ministre de la Santé, au cours du mois de juillet 2008, du principe de la revalorisation de 1 euro du tarif de la consultation des médecins généralistes (qui passerait ainsi de 22 à 23 euros), en contrepartie d'engagements assez flous sur la maîtrise « médicalisée » des dépenses, tandis que se prépare un plan de plus de 3 milliards d'euros d'économies aux dépens essentiellement des assurés sociaux et des malades, est on ne peut plus édifiante de cette « politique de la main tendue » théorisée par l'ancien ministre de la Santé Jean-François Mattéi.