

UN QUINQUENNAT DE SANTÉ (2007-2012)

L'assurance maladie dans la tourmente économique et politique (2007-2011)

Didier Tabuteau

Les années 2007-2011 ont été placées pour l'assurance maladie sous le signe des crises économiques et financières mais aussi de réformes menées le plus souvent dans la discrétion de législations techniques. Elles auront ainsi été marquées par l'absence de véritable débat public sur le financement de la protection sociale, malgré la succession de déficits historiques, mais aussi par la priorité donnée au thème de la « responsabilisation » des assurés sociaux et par l'affirmation d'une logique de concurrence dans le système de santé et d'assurance maladie.

L'effervescence politique des années 2007-2011 n'a pas laissé de côté les politiques sociales. La création du revenu de solidarité active (RSA) en début de quinquennat a marqué une étape dans le rapprochement des politiques de l'emploi et de l'action sociale. La réforme des retraites a donné lieu à une mobilisation sociale d'envergure. Certaines initiatives comme le plan Alzheimer ou la mise en place des agences régionales de santé (ARS) resteront dans les mémoires, alors que d'autres suscitent déjà regrets, sinon amertume, comme l'application laborieuse de la loi sur le handicap de 2005 ou les timidités de la loi de bioéthique. Hormis les inévitables lois de financement de la sécurité sociale, deux textes législatifs auront rythmé la législature dans le champ de la santé, la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) et la réforme du système du médicament.

Le contexte macro-économique et la survenue de crises sanitaires ont avivé les tensions qui pèsent sur le système de santé depuis trois décennies. Les impératifs de la régulation des dépenses, les évolutions de la démographie médicale, les transformations des systèmes d'information ont renouvelé les

termes des débats sur l'assurance maladie. Dans ce cadre, et malgré la prudence qu'appelle le manque de recul chronologique, il paraît utile de s'interroger sur les lignes de force de la politique d'assurance maladie menée depuis 2007. Cela conduit tout d'abord à constater l'absence, en France, de véritable débat sur le financement de l'assurance maladie malgré la persistance de déficits « abyssaux » (I). L'action publique en matière de protection maladie se caractérise ensuite par le retour d'une idéologie de la « responsabilisation » des assurés sociaux (II) et paraît, plus fondamentalement, inspirée par une logique implicite de concurrence (III).

I. LE DÉBAT ESCAMOTÉ SUR LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie comme investissement social

Le quinquennat 2007-2012 restera marqué par la crise des *subprimes* et les bouleversements de l'économie mondiale qui en ont résulté. La contraction du produit intérieur brut (PIB) constatée en France en 2009 en demeurera le symbole. La crise financière de 2011 illustre les effets de la fuite en avant des économies des pays développés depuis 2009. C'est dans ce contexte que le débat sur l'assurance maladie, et plus largement la protection sociale, a été relancé et profondément renouvelé au niveau mondial.

Le Patient Protection and Affordable Care Act de mars 2010 a marqué le début du mandat du président Obama et ouvert la voie à une extension de la protection maladie aux États-Unis¹. D'autres pays, comme la Chine², ont vu dans le développement d'une assurance maladie une riposte efficace contre la crise économique, redonnant une nouvelle vigueur à la thèse de l'investissement social qui avait contribué au XIX^e siècle à la création des premières assurances sociales en Prusse. L'Organisation internationale du travail (OIT) en a formalisé les enseignements dans son *Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010/2011*, estimant que « la crise actuelle vient de prouver, une fois encore, le rôle important joué par la sécurité sociale en période de crise et d'ajustement ».

Les Nations unies ont lancé en avril 2009 le projet de création d'un « socle de protection sociale » (SPS), conçu comme l'une des initiatives « retenues pour faire face à la crise³ ». Cette initiative, coordonnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'OIT, a donné lieu à une mission confiée à Michelle Bachelet, ancienne présidente du Chili. Elle est désormais soutenue par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale et a été inscrite à l'agenda du G 20. Il s'agit de constituer un ensemble de droits de transferts sociaux ainsi qu'une offre de biens et services essentiels pour la santé, l'éduca-

1. Rodwin M., Tabuteau D., *À la santé de l'oncle Sam, Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français*, Éditions Jacob-Duvernet, 2010.

2. Pedroletti B., « Une assurance maladie pour tous les Chinois d'ici à 2020 », *Le Monde Économie*, 12 mai 2009.

3. ONU, *Initiative des Nations unies pour un socle de protection sociale : les rudiments en cinq questions*.

tion et le logement. Si l'initiative vise à répondre aux besoins sociaux des populations les plus démunies de la planète, elle est également présentée comme une réponse à une nécessité économique, la protection sociale permettant de favoriser le potentiel productif des populations et le développement.

L'affaiblissement en France des solidarités par le prélèvement

Pourtant, le débat sur l'assurance maladie en France n'a été paradoxalement que très peu affecté par les transformations macro-économiques de cette période. La politique poursuivie s'est inscrite dans la lignée de la réforme réalisée par la loi du 13 août 2004. La question du financement a été reportée au second plan.

D'abord en raison de la promesse électorale de réduction des prélèvements obligatoires, excluant implicitement toute augmentation des cotisations sociales ou de la CSG. En réalité, l'engagement s'est focalisé sur les prélèvements politiquement les plus sensibles – impôt sur le revenu, CSG, etc. – mais a laissé place à la création ou l'augmentation de contributions moins symboliques (droits sur les tabacs et alcools, contributions pharmaceutiques, etc.). En particulier, la contribution sur les contrats d'assurance complémentaire instituée au taux de 1,75 % lors de la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 2000 et portée à 2,5 % en 2006 a été plus que doublée en 2009 (5,9 %), puis complétée en 2010 par une contribution exceptionnelle visant à faire participer les assurances complémentaires à la « mobilisation nationale contre la pandémie grippale », lors de l'émergence du virus de la grippe A H1N1. Dernier épisode de cette démarche de « camouflage » des prélèvements obligatoires, le plan de maîtrise des finances publiques de septembre 2011 a prévu le doublement de la taxe sur les contrats responsables des organismes d'assurance complémentaire (de 3,5 à 7 %), soit une augmentation des prélèvements en 2012 de 1,1 milliard d'euros⁴...

L'importance de ces prélèvements « feutrés » a été soulignée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) dans son rapport 2009. Il estimait en effet que ces ressources avaient représenté pour la période 2004-2008 près d'un tiers de la réduction des déficits des régimes de base de l'assurance maladie. Or, de tels prélèvements signent l'amointrissement des financements solidaires sur lesquels repose la protection maladie. En effet, des prélèvements sur les contrats d'assurance complémentaire, comme la plupart des autres « recettes de poche » de la sécurité sociale, ont des effets beaucoup moins redistributifs qu'une augmentation de la CSG. Ils ne sont pas proportionnels aux revenus et ne prennent, *a fortiori*, pas en compte les revenus des capitaux. La substitution de prélèvements indirects aux ressources

4. Caniard É., Chérèque F., Saout C., « Taxer les mutuelles, c'est taxer les ménages. Cette mesure est néfaste », *Le Monde*, 1^{er} septembre 2011.

traditionnelles de l'assurance maladie se traduit ainsi inéluctablement par un accroissement des inégalités devant le financement de la protection sociale.

La poursuite de la fuite en avant pour le financement de l'assurance maladie

Cet évitement des échéances sur le financement de l'assurance maladie a été rendu possible par la pratique, légale mais condamnable, du transfert sur la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) des déficits des régimes sociaux depuis la création de cette caisse par une ordonnance de 1996. En desserrant la contrainte budgétaire par le report sur les générations futures du financement de dépenses de santé, le mécanisme de la dette sociale a radicalement vicié les débats sur l'assurance maladie. L'alternative traditionnelle « dérembourser ou prélever⁵ », dont les deux branches sont lourdes de conséquences politiques, a été complétée par l'option, malheureusement indolore à court terme, de l'emprunt pour financer des dépenses de consommation. Hérésie économique, désertion politique et sociale !

L'aggravation de la situation financière de l'assurance maladie a ainsi pu s'accorder avec un discours volontariste mais souvent velléitaire de maîtrise des dépenses. Faute de devoir faire face à des échéances annuelles, la politique d'assurance maladie a pu se projeter dans un avenir idéalisé où la rationalisation des dépenses de santé, poursuivie depuis des décennies, suffirait à équilibrer les comptes... Sans d'ailleurs assumer les projections faisant état d'une augmentation tendancielle des dépenses de santé supérieure à celle de la richesse nationale au cours des prochaines décennies. Le bilan des déficits cumulés des trois dernières législatures est éloquent : 13 milliards pour la période 1998-2001, 41 milliards pour la période 2003-2007 et 48 milliards pour les années 2008-2012⁶.

La Cades, qui avait repris 58 milliards d'euros de dettes jusqu'au début des années 2000, en a absorbé 50 de 2003 à 2007, y compris pour couvrir les déficits « prévisionnels » de l'assurance maladie de 2005 et 2006, puis de nouveau 27 en 2009⁷. Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a validé le principe d'un nouveau report de 68 milliards d'euros de dettes pour les déficits de l'ensemble des branches de la sécurité sociale en 2009, 2010 et 2011. Elle a en outre posé le principe d'un transfert supplémentaire de 62 milliards d'euros dans la limite de 10 milliards d'euros par an pour les déficits de la branche vieillesse entre 2011 et 2018⁸. La crise économique mondiale a ainsi accentué les tensions s'exerçant sur l'assurance maladie et accru ses déficits. Elle n'a toutefois pas conduit à une remise en question du cadre doctrinal dans lequel s'inscrit la politique d'équilibre des comptes et de maîtrise des dépenses de santé depuis 2004.

5. Bras P.-L., « Déficit de l'assurance maladie : dérembourser ou prélever ? », *Droit social*, n° 6, juin 2004.

6. Au vu des prévisions de déficit de l'assurance maladie pour 2011 et 2012.

7. Annexe 8 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

8. Article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

II. UNE POLITIQUE D'ASSURANCE MALADIE PLACÉE SOUS LE SIGNE DE LA « RESPONSABILISATION » DES ASSURÉS SOCIAUX

Un « credo » politique

9. À l'exception du plan de régulation de 1993 prévoyant l'augmentation du ticket modérateur.

10. Tabuteau D., « Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé », *Les Tribunes de la santé*, numéro hors série, septembre 2010.

Les vicissitudes des politiques de maîtrise des dépenses de santé conduites de 1988 à 2002⁹ et l'alternance politique lors des élections de 2002 ont remis sur le devant de la scène sanitaire et sociale le principe de la « maîtrise de la demande », c'est-à-dire de l'augmentation des sommes restant à la charge des assurés sociaux pour contenir l'évolution des dépenses¹⁰. C'est ainsi qu'a été créé le forfait de 1 euro en médecine de ville par la loi de 2004 puis institué celui de 18 euros à l'hôpital en 2006.

La politique d'assurance maladie menée depuis 2007 s'est explicitement inscrite dans cette lignée. La « responsabilisation » des assurés sociaux, supposés être des consommateurs abusifs de soins, est même devenue le leitmotiv du discours politique présidentiel et gouvernemental. La création des « franchises », c'est-à-dire d'un ticket modérateur forfaitaire et plafonné dans l'année, était inscrite dans le programme du candidat élu à la présidence de la République. Leur inscription dans le code de la sécurité sociale pour les médicaments, les actes des professionnels paramédicaux et les transports sanitaires, a donné lieu à un débat politique dans lequel les défenseurs de la mesure soulignaient les vertus des sommes restant à la charge des malades.

Dans un discours fondateur, prononcé à l'occasion du 40^e anniversaire de l'Association des journalistes de l'information sociale (AJIS), le président de la République énonçait dès le 18 septembre 2007 le principe d'action qu'il entendait voir mettre en œuvre : « L'assurance maladie n'a pas vocation à tout prendre en charge, sans rien contrôler et sans rien réguler. C'est pourquoi je vais ouvrir un grand débat sur le financement de la santé. Qu'est-ce qui doit être financé par la solidarité nationale ? Qu'est-ce qui doit relever de la responsabilité individuelle à travers une couverture complémentaire ? »

Ce souci de « responsabilité » individuelle a ainsi constitué le fil conducteur de nombreuses mesures. Un ticket modérateur de 85 % a été mis en place pour les médicaments à service médical rendu faible. Le forfait hospitalier, passé de 10,7 à 16 euros de 2003 à 2007, a été à nouveau augmenté de 16 à 18 euros entre 2007 et 2011. Quant à la majoration du ticket modérateur supportée par les assurés sociaux ne respectant pas les règles applicables au médecin traitant, elle a été fortement accrue en 2008¹¹. En fin de législature, des modifications « techniques » de la réglementation ont même réduit les conditions d'accès ou le champ de la prise en charge à 100 % pour le régime des affections de longue durée (ALD).

11. Décret n° 2008-1364 du 18 décembre 2008.

12. Bras P.-L., de Pourvoirville G., Tabuteau D., *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Éditions de Santé-Presses de Sciences Po, 2009.

Un expédient financier facteur d'inégalités et préjudiciable à la santé publique

Pourtant, cette responsabilisation individuelle manque singulièrement de fondements théoriques¹². Si l'accroissement du reste à charge peut éviter certaines consommations abusives, il reste que la consommation médicale est, pour l'essentiel – hospitalisations, accidents, affections de longue durée, etc. –, contrainte et subie. Elle dépend principalement de l'évaluation de l'état de santé par le médecin et des prescriptions qui en résultent. Si les excès de consommation médicale imputables aux patients et le nomadisme injustifié méritent attention et doivent être contrecarrés, leur impact sur l'évolution des dépenses ne peut être que marginal. En revanche, les mesures d'augmentation du reste à charge ont des conséquences inégalitaires et défavorables à la protection de la santé publique. Elles dissuadent les patients aux revenus modestes de consulter précocement, parfois de suivre les traitements prescrits par leur médecin, et plus encore d'entrer dans une logique de prévention médicalisée. Une étude a montré que les seules franchises sur les médicaments avaient modifié les comportements de près de 12 % de la population¹³.

Au-delà de leurs motivations de principe, ces dispositions avaient bien évidemment également pour objectif de limiter les dépenses de l'assurance maladie. L'augmentation du reste à charge reporte sur les ménages ou leurs assurances complémentaires des dépenses jusqu'alors supportées par la sécurité sociale. Mais ce faisant, et quels qu'en soient les motifs, ces mesures réduisent aussi, *de facto*, la solidarité entre les bien-portants et les malades qui est le ressort fondamental de l'assurance maladie, en diminuant, toutes choses égales par ailleurs, la part des dépenses mutualisées par la collectivité.

Le point d'orgue de cette démarche a sans doute été atteint avec la création, en 2011, d'un « droit annuel » de 30 euros¹⁴ dont le paiement conditionne l'accès à l'aide médicale d'État (AME) ! Ce dispositif d'aide sociale avait été mis en place lors de l'institution de la CMU pour permettre aux étrangers ne pouvant bénéficier de cette dernière d'accéder aux prestations en nature de l'assurance maladie. L'introduction d'un « ticket modérateur-cotisation » pour des personnes souvent en situation de grande précarité, dont le principe avait été écarté par un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas)¹⁵, a été violemment contestée et combattue par le monde associatif¹⁶.

La valse-hésitation pour la prise en charge de la perte d'autonomie

La question de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie a été posée dès le début du quinquennat. Dans l'intervention déjà

13. Kambia-Chopin B., Perronnin M., « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achat de médicaments ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 158, octobre 2010.

14. Article 188 de la loi de finances pour 2011 du 29 décembre 2010.

15. Rapport rendu public en décembre 2010.

16. Voir notamment le communiqué du 25 octobre 2010 du Ciss, de la Fnars, de l'ODSE et de l'Uniojss, « Les associations s'opposent à la suppression de l'accès aux soins des sans-papiers les plus démunis ».

17. Voir le rapport d'Adolphe Thiers de 1850 présenté au nom de la Commission de l'assistance et de la prévoyance publique, cité in Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Gallimard, Folio essais, 2003, p. 375.

évoquée devant l'AJIS, le président de la République récemment élu l'avait abordée dans des termes dépourvus d'ambiguïté : « Il s'agit ensuite de développer l'assurance individuelle contre le risque de dépendance. » L'assurance individuelle apparaissait dans le raisonnement comme le corollaire de la responsabilité individuelle. Pour fonder la prise en charge d'un risque émergent, l'autonomie du souscripteur d'un contrat d'assurance était mise en avant. Le schéma de la prévoyance, acte de raison et de responsabilité, qui avait au XIX^e siècle fait obstacle au développement de la protection sociale¹⁷, était ainsi repris au plus haut niveau et posé comme pivot de la réflexion sur l'évolution de la protection sociale.

Cette réforme emblématique, et cohérente avec le déploiement d'un plan de lutte contre la maladie d'Alzheimer, a été repoussée au fil de la législature et de l'évolution de la situation macro-économique. Relancée après la réforme des retraites, elle s'est progressivement imposée comme un test de politique sociale pour le pouvoir. Lorsque, le 8 février 2011, le président de la République est intervenu devant le Conseil économique, social et environnemental pour lancer « le grand débat national sur la dépendance », il a présenté le projet en des termes plus ambivalents que ceux de 2007. Tout en affirmant « qu'il s'agit d'ajouter une nouvelle dimension à notre pacte social », il a insisté sur la nécessité « de n'écarter d'emblée aucune solution, y compris celle de l'assurance, pour des *a priori* idéologiques ». Plus significatif encore, le président de la République a pris le soin de préciser : « Je le dis aussi pour rassurer ceux qui auraient un doute : je n'ai pas l'intention d'utiliser la dépendance pour privatiser insidieusement l'assurance maladie »...

18. « La réforme de la dépendance reportée à début 2012 », APM, 25 août 2011.

Le projet gouvernemental qui devait être présenté au Parlement au cours de l'automne 2011 vient d'être reporté au printemps 2012¹⁸. Reculade ou consécration stratégique à quelques mois des échéances électorales ? Les enjeux sont en effet majeurs. Sur un plan économique d'abord. Les groupes de travail sur la dépendance mis en place par la ministre de solidarité et de la cohésion sociale, dont les conclusions ont été rendues le 21 juin 2011, ont estimé que l'impact pour les dépenses publiques était d'environ un demi-point de PIB à échéance de 2040. Ces dépenses représentaient déjà en 2010 1,22 % du PIB, dont 0,72 % au titre de dépenses de santé. L'enjeu social est également considérable, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie devrait augmenter de 40 % d'ici 2030 et doubler d'ici 2060 ; ce sont 2 300 000 personnes qui seront concernées à cette date. Enfin, l'enjeu politique n'est pas moindre. Selon les solutions arbitrées, il confortera la logique individualiste des politiques sociales conduites depuis 2007 ou, au contraire,

marquera une inflexion en s'inscrivant dans une approche plus collective, inspirée des principes fondateurs de la sécurité sociale. Lors de son intervention pour la remise des conclusions des groupes de travail, Roselyne Bachelot a tenu à préciser que le Premier ministre avait exclu « l'idée d'une assurance obligatoire » et a ajouté : « L'assurance restera donc complémentaire et facultative. »

III. UNE DÉMARCHE INSPIRÉE PAR UNE LOGIQUE IMPLICITE DE CONCURRENCE

Le paradoxe de l'« étatisation » du système de santé

L'adoption de la loi HPST, à la suite des États généraux de l'organisation des soins (Egos), a suscité des controverses paradoxales. Les médecins et les personnels hospitaliers ont dénoncé la privatisation de l'hôpital et l'avènement de « l'hôpital entreprise » alors que les médecins libéraux voyaient dans la loi et l'institution des ARS une « étatisation » de la médecine de ville. Il est vrai que la loi prévoit l'établissement par les ARS d'un schéma régional d'organisation des soins incluant la médecine de ville. Mais ce dispositif reste purement indicatif pour les professionnels libéraux et le système conventionnel national qui donne la main à leurs syndicats représentatifs pour organiser la médecine de ville n'a pas été remis en cause par le texte. Quant aux « contrats santé solidarité » qui devaient « contraindre » les médecins des zones en surdensité à contribuer à l'offre de soins dans les secteurs manquant de praticiens, leur application a été gelée avant leur abrogation par la loi Fourcade du 10 août 2011.

Il reste que les ARS sont des établissements publics de l'État, agissant en son nom. Leur création consacre le rôle de pilotage du système de santé que l'État s'est progressivement attribué, remettant en cause le partage traditionnel de compétences, établi avec le corps médical au XIX^e siècle¹⁹ et avec les caisses de sécurité sociale au XX^e siècle dans le cadre de la démocratie sociale. En réalité, l'innovation la plus notable date de la loi du 13 août 2004 avec l'émergence d'un acteur nouveau – l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) –, la transformation des conseils d'administration des caisses d'assurance maladie en simples conseils, et surtout le transfert au directeur général de la Cnamts, nommé par le gouvernement et également directeur général de l'Uncam, de nombreuses prérogatives précédemment dévolues au président de la Cnamts, représentant emblématique de la démocratie sociale.

Désormais, l'Uncam constitue l'interlocuteur principal des professions de santé. Émanation des caisses d'assurance maladie, l'Union peut également se

19. Hassenteufel P., *Les médecins face à l'État, une comparaison européenne*, Presses de Sciences Po, 1997 ; Tabuteau D., « L'avenir de la médecine libérale et le spectre de M. Bovary », *Droit social*, avril 2009.

20. Article L. 1433-1 du code de la santé publique.

21. Article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale.

prévaloir de sa proximité avec l'État que lui confèrent la nomination du directeur général mais également la présence de ses représentants dans des organes étatiques comme le Conseil national de pilotage des ARS²⁰ ou le Comité économique des produits de santé²¹. L'innovation des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), conçue et promue par l'Uncam malgré les réserves ou l'hostilité des syndicats médicaux, témoigne de l'efficacité de cette construction institutionnelle. Le « succès » de la formule proposée directement par l'assurance maladie aux médecins et prévoyant des contreparties financières en cas d'atteinte d'objectifs de maîtrise des dépenses ou de santé publique, a conduit les syndicats médicaux à s'y rallier, moyennant quelques adaptations, et à prévoir la généralisation du principe de la rémunération à la performance dans la convention médicale conclue en 2011.

La discrète « dissolution » du service public hospitalier

L'application de la tarification à l'activité (T2A) dans les établissements hospitaliers à partir de 2003 n'a véritablement produit ses effets que pendant la dernière législature. La convergence tarifaire, c'est-à-dire le rapprochement des tarifs des établissements du service public hospitalier et des cliniques privées qui l'a accompagnée, a exercé une pression financière sans précédent sur les hôpitaux. Le débat sur la concurrence entre le service public et le secteur commercial a été relancé. Des campagnes de presse, financées par l'hospitalisation privée à but lucratif, ont même mis en avant les économies qu'une gestion privée de l'hospitalisation pourrait faire faire à la sécurité sociale. Cette comparaison hâtive, ne prenant pas suffisamment en compte les spécificités du service public – missions d'intérêt général, disponibilité en cas de crise, particularités non médicales des patients, etc. – a déstabilisé le service public et suscité l'inquiétude de ses personnels.

C'est dans ce contexte que la loi HPST est venue abroger discrètement la notion même de service public hospitalier, lui substituant des missions de service public susceptibles d'être attribuées par les ARS indistinctement à des établissements publics, privés non lucratifs ou commerciaux. Désormais la permanence des soins, l'aide médicale urgente ou l'enseignement universitaire et post-universitaire peuvent être confiés à tout établissement de santé, alors même qu'une part importante, voire prépondérante de ses autres activités ne serait pas exercée dans le respect des principes du service public²². Dans le même mouvement, la loi a multiplié, pour la gouvernance des hôpitaux, les analogies avec les entreprises privées, instituant un conseil de surveillance et affirmant le pouvoir du directeur, conformément à la volonté du président de la République de doter l'hôpital d'un véritable « patron »²³.

22. Des dispositions visant à privilégier les établissements exerçant précédemment ces missions ont été votées dans le cadre du débat sur la proposition de loi Fourcade, devenue la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, mais elles ont été censurées pour des raisons de procédure par le Conseil constitutionnel.

23. Allocation prononcée à Bordeaux le 16 octobre 2007 ; Couty É., Kouchner C., Laude A., Tabuteau D., *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, décembre 2009.

Si l'on ajoute à cela le développement des partenariats public-privé (PPP) prévus dans le plan Hôpital 2007 et confirmés dans le plan Hôpital 2012, une démarche systématique de rapprochement des secteurs public et privé d'hospitalisation paraît être à l'œuvre. Affectant les modes de gestion, l'organisation et désormais les missions des hôpitaux, cette transformation discrète pourrait, au gré de la mise en œuvre des nouvelles législations, remettre en cause l'architecture du secteur de l'hospitalisation résultant des ordonnances Debré de 1958 et de la loi Boulin de 1970. Le parti pris d'une concurrence purement économique conduirait alors à une véritable « dissolution » de la notion de service public hospitalier qui a structuré l'hospitalisation moderne en France.

L'hybridation progressive des assurances maladie obligatoire et complémentaires

Prévue dès l'ordonnance du 4 octobre 1945 créant la sécurité sociale, du moins pour les mutuelles et les institutions de prévoyance²⁴, l'intervention des organismes de protection complémentaire a pendant longtemps été calquée, et calée, sur celle de l'assurance maladie obligatoire. Depuis le milieu des années 2000, leur place dans le système de santé n'a cessé de se renforcer²⁵. La création de l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire (Unocam) par la loi du 13 août 2004 reste le symbole de cette mutation. Depuis lors, les compétences de l'Unocam ont été continûment étendues, singulièrement depuis 2007. Les organismes de protection complémentaire participent ainsi à la négociation et la conclusion d'accords conventionnels avec les professions de santé en vertu de la LFSS pour 2009 et peuvent exercer un droit de veto, sous réserve du pouvoir d'arbitrage qui incombe alors à l'État, sur les accords conclus par la sécurité sociale lorsque « la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire » dans le secteur concerné.

La loi HPST a confirmé cette volonté d'association des assurances complémentaires à la gestion du système de santé en prévoyant une concertation au niveau régional entre l'ARS et ces organismes pour la préparation du « programme pluri-annuel régional de gestion du risque ». De plus, les pouvoirs publics ont accepté le principe d'un accès des assurances complémentaires aux données collectées par les régimes de base pour les besoins de leur gestion du risque. Enfin, un accord tripartite a été conclu par certains syndicats médicaux, l'Uncam et l'Unocam pour l'institution d'un secteur optionnel d'exercice pour les médecins, intermédiaire entre le secteur 1 à tarifs opposables et le secteur 2 à tarifs libres. La convention conclue en 2011, qui a confirmé le projet de secteur optionnel en renvoyant à un avenant sa

24. L'article 18 de l'ordonnance ne mentionnait que les institutions de prévoyance et les mutuelles.

25. Tabuteau D., « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, janvier 2010.

26. Décision n° 2011-640 DC du 4 août 2011.

27. Hors hospitalisation et affections de longue durée (ALD) ; Tabuteau D., « La métamorphose silencieuse... », art. cité.

28. Legal R., Raynaud D., Vidal G., « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté », in *Comptes nationaux de la santé 2009*, Drees, n° 149, septembre 2010.

29. Chiffres mesurés par l'assiette de la contribution de ces organismes au fond CMU, *La lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle*, Références, n° 41, octobre 2010.

définition, fait explicitement référence à l'association de l'Unocam au projet. Récemment, la proposition de loi Fourcade visant à « adapter » la loi HPST avait prévu, à la suite d'une décision de la Cour de cassation, de donner une base légale à la constitution par les mutuelles de réseaux de professionnels de santé sur la base d'engagements en matière de régulation et de qualité des soins, au sein desquels les assurés bénéficient d'un remboursement amélioré. Cette disposition a été censurée par le Conseil constitutionnel pour des raisons de procédure²⁶.

Si l'articulation entre l'assurance maladie et les organismes de protection complémentaire est une nécessité pour garantir la cohérence de la prise en charge et rationaliser le fonctionnement du système de santé, l'extension des compétences des seconds doit être rapprochée du repli de l'assurance maladie que traduit l'augmentation du reste à charge en médecine de ville. Lorsque le remboursement des soins courants²⁷ n'excède pas 55 %²⁸, le rôle des assurances complémentaires devient déterminant. Là encore, ce mouvement traduit le choix d'une mise en concurrence des financeurs. Concurrence entre la sécurité sociale et les organismes complémentaires mais également au sein du champ de la protection complémentaire. Alors que les mutuelles représentaient 59,2 % du chiffre d'affaires des organismes complémentaires en 2003²⁹, ce ratio n'était que de 55,6 % en 2009 alors que dans le même temps celui des assurances est passé de 22,2 % à 26,8 %, les institutions de prévoyance régressant de 18,6 % à 17,6 %.

Cette évolution pourrait conduire, si la multiplication des forfaits et l'augmentation des tickets modérateurs se poursuivent, à un partage des risques maladie entre la sécurité sociale, progressivement recentrée sur l'hospitalisation et les affections de longue durée, et un secteur assurantiel couvrant les soins courants, c'est-à-dire les besoins de santé des trois quarts de la population. Ce « Yalta assurantiel » remettrait en cause le principe de solidarité sur lequel s'est construite l'assurance maladie obligatoire. En effet, le financement des assurances complémentaires présente des caractéristiques radicalement différentes de celles des ressources de la sécurité sociale. Il n'est en général, du moins dans les contrats individuels, pas proportionnel au revenu ; il n'est pas indépendant du risque individuel puisque l'âge de l'assuré est pris en compte pour calculer le montant de la prime d'assurance ; il dépend enfin des charges de famille. Et ces traits sont, en principe, plus marqués dans les contrats proposés par les sociétés d'assurance que dans ceux des mutuelles.

CONCLUSION

À l'heure où la crise des dettes souveraines pose, avec une acuité sans précédent depuis 1945, la question des finances publiques, l'avenir de l'assurance maladie impose des choix drastiques. Les principes de solidarité ayant permis son édification, dans un contexte macro-économique totalement différent, paraissent pourtant devoir demeurer les fondements d'un système de mutualisation des risques qui fait désormais partie du pacte social. Il est plus que jamais nécessaire de garantir les protections collectives qui contribuent à donner confiance dans un avenir par ailleurs si menaçant.

Mais ces choix doivent s'exprimer au terme d'un débat public de grande ampleur. Ils ne peuvent se faire dans la succession « anesthésiante » de législations et de réformes techniques ou institutionnelles. Le débat doit mobiliser la démocratie politique à laquelle la décision incombe, la démocratie sociale qui a modelé la sécurité sociale et la démocratie sanitaire qui est un nouveau terreau pour le débat citoyen. Puissent les campagnes présidentielle et législative qui se préparent donner toute leur place aux enjeux fondamentaux qui sont aujourd'hui ceux de l'assurance maladie.

contact

chaire.sante@sciences-po.fr

Didier Tabuteau est responsable de la chaire Santé à Sciences Po et du Centre d'analyse des politiques publiques de santé de l'EHESP, professeur associé et codirecteur de l'Institut Droit et Santé à l'université Paris-Descartes. Il a publié *Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé (1988-2006)* (Ophrys, septembre 2006), *Dis c'était quoi la sécu ?* (Éditions de l'Aube, 2009, édition de poche, 2010), *Traité de santé publique* (coordonné avec Gilles Brückner et François Bourdillon, Flammarion, 2007), *Droit de la santé* (avec Anne Laude et Bertrand Mathieu, PUF, coll. Thémis, 2009), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (coordonné avec Pierre-Louis Bras et Gérard de Pourvoirville, Éditions de Santé/Presses de Sciences Po, 2009), *La santé publique* (avec Aquilino Morelle, PUF, Que sais-je ? 2010), *À la santé de l'Oncle Sam, regards croisés sur les systèmes de santé américain et français* (avec Victor Rodwin, Éd. Jacob-Duvernet, 2010) et récemment le rapport 2011 de l'Office de prospective en santé : *Les nouveaux patients, rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025* (Éditions de Santé-Presses de Sciences Po, 2011).