

Crise et transformation du système de soins : vers la fin du paradigme de la solidarité ?

Jean-Paul DOMIN¹

Introduction

La discussion autour de la loi Hôpital, patient, santé, territoire a relancé le débat sur le système de soins, son rôle dans la société et l'évolution de sa structure vers une organisation mixte publique privée. Mais, au-delà de la simple question organisationnelle se pose une question fondamentale, celle d'une prise en charge socialisée de la dépense de soins. Si depuis la fin du XIX^e siècle, le système de soin s'est structuré progressivement (par palier) autour d'une prise en charge socialisée de la dépense de santé, depuis la fin des années 1980, cette logique a été remise en question.

Une approche de longue période du système de soins montre que les phases de crise ont accéléré l'institutionnalisation de la socialisation de la dépense de santé. L'institutionnalisation est productrice de nouvelles normes et, en ce sens, doit être rapprochée de la régulation qui permet d'assurer la cohérence du système économique. L'institutionnalisation établit des normes assurant ainsi la médicalisation de la société. Celle-ci est concomitante et consiste à « *conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes* » (Fassin, 1998). Nous considérons donc, qu'au-delà d'un droit, la socialisation de la santé assure une partie de la régulation, notamment en participant à la reproduction de la force de travail.

L'objectif de ce travail est de montrer comment, de la fin du XIX^e siècle aux années 1940, le mode de régulation a progressivement évolué d'une régulation concurrentielle fondée sur la responsabilité des individus à une régulation conventionnelle (primaire, simple, puis élargie) fondée sur un droit à la solidarité assis sur le salaire. Ce processus d'institutionnalisation a accéléré la médicalisation grâce à la socialisation. Ce détour historique est indispensable pour comprendre la remise en cause actuelle de ce droit par l'idéologie du risque (Domin, 2006) qui participe aujourd'hui à la construction d'une régulation marchande du système de santé (Batifoulier, Domin, Gadreau, 2007b).

Nous organiserons notre propos en deux temps. Nous verrons dans un premier temps que de la fin du XIX^e siècle à 1940 ; nous sommes passés d'un paradigme de la responsabilité, fondé sur la prévoyance individuelle, au paradigme de la solidarité, assis sur une socialisation de la dépense de santé (1). Depuis les années 1980, l'État social évolue vers une régulation marchande où le paradigme de la solidarité laisse sa place à un nouveau paradigme de la responsabilité (2).

¹ Université de Reims Champagne-Ardenne, Organisations Marchandes et Institutions (OMI-EA 2065).
Email : jp.domin@univ-reims.fr

1. De la prévoyance individuelle à la solidarité : crise et transformation du système de soins

À partir de la fin du XIX^e siècle, le système de santé va progressivement évoluer passant d'un paradigme de la responsabilité à un paradigme de la solidarité. Le premier repose sur une régulation concurrentielle. Le second prend appui sur une régulation conventionnelle prenant trois formes successives (primaire, simple et élargie). La philosophie politique de la première moitié du XIX^e siècle repose en effet sur l'idée selon laquelle aucun individu ne peut reporter sur un autre la charge des événements qui sont susceptibles de lui arriver. Ce principe de responsabilité suppose que « *chaque homme est chargé de pourvoir lui-même à ses besoins et à ceux de sa famille par ses ressources acquises ou transmises. Sans ce principe toute activité cesserait dans une société, car si l'homme pouvait compter sur un autre travail que le sien pour subsister, il s'en reposera volontiers sur autrui des soins et des difficultés de la vie* » (Thiers, 1850).

La régulation concurrentielle repose sur la non-socialisation des besoins sociaux (Domin, 2003b). Le colloque singulier est alors appréhendé comme une relation marchande, privée et individuelle où le prix de l'acte médical constitue le régulateur du système de soins. Toute perturbation se caractérise par sa dépréciation. Le seul moyen, pour la profession, de maintenir le prix de l'acte médical est de militer pour une réduction de l'offre de soins jugée trop importante. Le système s'autorégule par une action conjointe sur les quantités et les prix. Mais, il ne peut pas se développer durablement puisqu'il ne s'adresse qu'à la demande solvable. L'organisation marchande de la santé est donc injuste et inefficace, elle nie la notion de besoin de santé et n'est réservée qu'à une petite partie de la population. D'autre part, la crise économique qui commence en 1872-1873 limite le poids de la demande solvable qui empêche le développement des professions de santé. La régulation concurrentielle atteint ses limites. Le système ne trouvera une issue à la crise qu'en faisant évoluer le mode de régulation.

Le système de santé s'est structuré en trois temps. À chaque étape, la socialisation de la dépense de santé s'est accrue. Les années 1870-1896 ont marqué la fin du modèle ancien et le début d'une régulation conventionnelle primaire (1.1.). Le modèle va progressivement évoluer après la première mondiale en couvrant une fraction plus large de la population (1.2.) pour définitivement s'élargir en 1945 (1.3.).

1.1. L'émergence d'une régulation conventionnelle primaire (1870-1896)

La période couvrant les années 1870 à 1896 est marquée par une importante production législative visant à créer des formes sociales innovantes. L'hypothèse avancée pour justifier cette transformation repose sur le déclin démographique imposant aux classes dominantes des changements institutionnels profonds. Ceux-ci prennent la forme de l'assistance et de l'assurance (1.1.1.) et auront des répercussions importantes sur l'évolution de la socialisation (1.1.2.).

1.1.1. Les voies du changement

À partir de la fin du XIX^e siècle, les pouvoirs publics vont opter pour des changements institutionnels concernant la protection sociale. Deux voies sont choisies. La première privilégie l'assistance pour les personnes les plus démunies. La seconde offre des possibilités nouvelles en matière d'assurances sociales pour les salariés.

La loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance médicale gratuite est votée à un moment important. Dans les dernières années du XIX^e siècle, le secteur de l'assistance connaît de profondes transformations. Une administration centrale, la Direction de l'assistance publique,

est créée au sein du ministère de l'Intérieur le 4 mars 1886. En avril 1888, le Conseil supérieur de l'assistance publique est installé. Il s'agit d'un organisme consultatif dont le rôle est d'élaborer une doctrine de l'assistance qui s'impose à tous les acteurs. Dans les faits, les préoccupations sociales des économistes traduisent un bouleversement des rapports de force. Si les libéraux perdent effectivement du terrain, le ralliement des économistes catholiques aux positions des partisans d'un interventionnisme étatique explique ce tournant (Renard, 1987).

Élaborée au sein du Conseil supérieur de l'Assistance publique, la loi s'inscrit dans la perspective de nombreuses lois sociales en Europe. Un premier projet est discuté au Conseil en 1889. Après diverses modifications, il est déposé sur le bureau de la Chambre des députés le 5 juin 1890 et voté définitivement plus de trois ans plus tard. L'article premier de la loi du 15 juillet 1893 précise que « *tout Français, privé de ressources, reçoit gratuitement de la commune, du département ou de l'État, suivant son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile où s'il y a impossibilité de le soigner utilement à domicile, dans un établissement hospitalier* »².

Le territoire est la référence de la loi. Celle-ci pose le domicile de secours comme définition institutionnelle du lien social (Renard, 1988). La relation de proximité entre la personne secourue et le service administratif concerné est bien le vecteur de l'assistance. Cette logique repose sur « *la reconnaissance de l'inscription dans une communauté territoriale dont la domiciliation est à la fois le signe, le support et la condition* » (Castel, 1995). La loi inaugure donc une phase nouvelle pour les politiques publiques de santé. Avec elle, les autorités prennent appui sur les collectivités locales pour mener une politique de santé publique. Le sens de ces mesures est d'élaborer un mode de délégation qui permette à l'État de mettre en place une politique qu'il n'est pas en mesure d'assumer (Bec, 1996).

La loi repose sur un élément nouveau : l'obligation d'aide qui est désormais inscrite dans le droit. Celle-ci s'adresse à tous ceux qui sont temporairement ou définitivement privés de ressources et qui ne peuvent s'acquitter des frais de maladie. L'obligation s'intègre dans une stratégie politique qui vise à aider médicalement des individus valides et invalidés momentanément afin de leur rendre leur liberté et par la même occasion leur réintégration dans le monde du travail (Bec, 1999). Elle affirme également une politique républicaine interventionniste en matière sociale qui va à l'encontre des expérimentations de l'Église catholique (Renard, 1994). Cette « *rupture républicaine* » dans la politique d'assistance s'inscrit avant tout dans une stratégie de l'État afin de récupérer les ressources de pouvoir de l'Église catholique (Théret, 1991).

Les objectifs économiques sont présents. Cette intervention publique volontariste s'inscrit dans une perspective d'intégration des populations les plus défavorisées au sein du circuit productif. La loi n'est pas destinée à fournir des moyens de subsistance à des pauvres en fonction de critères de revenu. Elle vise seulement à fournir des prestations spécifiques et s'adresse aux individus privés de ressources au regard des risques concernés, c'est-à-dire aux personnes qui ne peuvent assumer la charge des frais de maladie (Renard, 1994). C'est en ce sens qu'il faut y voir une politique nouvelle dans la mesure où les formes anciennes de l'assistance ne sont pas reprises (Renard, 1987).

Dans les faits, la transformation est importante. En 1897 près de 1,9 millions de personnes sont inscrites sur les listes de l'Assistance médicale gratuite. Leur nombre varie très peu jusqu'à la Première Guerre mondiale. En 1912 2,1 millions de personnes sont prises en charges. Les dépenses affectées à l'AMG sont multipliées par 1,8 sur la même période passant

² « *Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite* », *Bulletin des lois*, n° 1583, Paris, Imprimerie nationale, 1893, p. 841.

de 14,5 millions à 27 millions de francs constants 1905-1913. Après le conflit, les personnes inscrites sur les listes de l'AMG évoluent assez peu, mais le coût de la prise en charge augmente de façon importante. Les fonds affectés à l'AMG passent de 18 à 143 millions de francs constants 1905-1913 entre 1920 et 1934 (Domin, 2003a).

La seconde voie repose sur les techniques de l'assurance. Elle constitue une évolution profonde par rapport à l'assistance et consiste à confier à un intermédiaire le soin de protéger les salariés contre certains risques sociaux. Cette approche, liée à l'industrialisation du XIX^e siècle, implique une prise en charge collective. En effet, l'essor de l'industrialisation dans les années 1820-1840 a modifié de façon importante les structures de la société française. Les transformations économiques ont accéléré la croissance des sociétés de secours mutuels. Celles-ci assurent les missions traditionnelles d'assistance et de solidarité et sont amenées à coordonner les actions collectives ouvrières (Dreyfus, 1990).

La situation de la mutualité va progressivement se débloquer. Le 19 novembre 1881, le député Hippolyte Maze dépose une proposition de loi visant à libérer le fonctionnement des sociétés de secours mutuels. Jugé trop libéral par le gouvernement, le texte est refusé, mais les idées qu'il contient inspireront en grande partie la loi du 1^{er} avril 1898 dite Charte de la Mutualité. Celle-ci rénove considérablement le cadre juridique des sociétés de secours mutuels. Elle reconnaît trois types de sociétés (libres, approuvées et reconnues d'utilité publique), abolit leur contrôle politique par les préfets et élargit leur champ d'action à la santé, à la retraite, au chômage et à l'assurance-vie. Enfin, elle leur reconnaît un rôle actif dans la protection sociale (Dreyfus, 1990).

L'évolution n'est pas mince dans la mesure où la loi substitue à une répartition passive assise sur la constatation des risques, une répartition active fondée sur la redistribution et le transfert. Il s'agit donc de la naissance d'un paradigme de la solidarité remplaçant le modèle ancien de la responsabilité (Ewald, 1986). Il faut y voir un premier mouvement dans l'évolution du mode de régulation.

1.1.2. Socialisation progressive du système de soins et transformation de la régulation

Les lois sociales de la fin du XIX^e siècle auront des répercussions importantes sur le fonctionnement du système de soins. Elles ont également contribué à l'évolution du mode de régulation.

Nous avons tenté de mesurer quantitativement les effets des lois sociales sur le système de santé en agrégeant plusieurs séries éparses de la Statistique générale de la France (Domin, 2003a). Le vote des lois de 1893-1898 constitue vraisemblablement un premier tournant pour le système de santé. Il s'agit d'une première étape vers la socialisation. En 1890, seulement 3 % de la population totale est effectivement couverte par un système socialisé (cf. Graphique n° 1, p. 6). À la veille de la Première Guerre mondiale, le taux de couverture est passé à 17 % (Domin, 2003a). Une part légère des besoins sanitaires et sociaux est donc prise en charge de façon collective soit par la mutualité, soit par une forme primaire de solidarité nationale. Mais, le caractère facultatif de l'assurance limite encore ses effets. Dans le même temps, la dépense de santé socialisée est passée de 8 à 140 millions de francs constants 1905-1913.

Le mouvement d'opposition dialectique entre marché et socialisation s'est soldé par l'émergence progressive d'une forme sociale nouvelle : le stade de la médicalisation extensive. Celui-ci caractérise un système qui tend à étendre le dispositif de santé à de nouvelles classes sociales. La médecine ne s'adresse donc plus qu'à la seule demande solvable, mais également, grâce à une prise en charge collective, à la demande de soins non solvable. Mais, la socialisation reste partielle et un mouvement similaire qui va permettre, durant la période suivante, son élargissement.

Pour ses partisans les plus radicaux, le système libéral ne peut fonctionner qu'avec des mécanismes de marché et une harmonisation de l'offre de soins. Dans un premier temps, la profession médicale tente de faire aboutir sa revendication principale : la suppression de la profession d'officier de santé³. Cette action finit par porter ses fruits. Dès 1889, une loi rend inintéressant pour les bacheliers le choix de cette formation en les obligeant à effectuer un service militaire de trois ans (Arliaud, 1987). La loi dite Chevandier du 30 novembre 1892 supprime définitivement cette profession en rendant obligatoire le titre de docteur pour l'exercice légal de la médecine (Léonard, 1981). Mais, la diminution de l'offre de soins ne réduit en rien les difficultés de la profession.

Face à l'évolution législative, les praticiens ignorent la reconnaissance sociale des besoins de santé. Leur discours se limite d'abord à un refus de la socialisation qui n'est pas en mesure, selon eux, de satisfaire la demande de soins. Le médecin n'aurait donc aucun intérêt à soigner le pauvre puisqu'il ne recevrait en contrepartie qu'une indemnité sans commune mesure avec celle qu'il aurait reçue si le jeu de la concurrence n'avait pas été faussé par l'intervention publique (Guillaume, 1996). Mais, la pratique médicale évolue rapidement afin de satisfaire cette nouvelle demande. Paradoxalement, la socialisation des besoins de santé renforce le paiement à l'acte alors qu'auparavant les médecins libéraux voyaient dans les lois sociales une remise en cause de ce mode de rémunération.

Les organisations syndicales vont se lancer dans une politique de consolidation des revenus et de répartition des patients (Grevet, 1976). La première se traduit dès 1897 par l'élaboration d'un barème national (le tarif Jeanne) qui s'impose pour toutes les prestations sur des malades socialisés (assistance médicale gratuite, mutualité, ...). Les syndicats vont également participer à la mise en place de règles déontologiques dont l'objectif principal est d'empêcher les praticiens de se disputer les patients, notamment par des pratiques de rabais. Une régulation nouvelle du marché se constitue afin d'opérer une répartition équitable (Steffen, 1987).

Ce lent mouvement de transformation de la société est caractéristique du passage d'une régulation concurrentielle à une régulation conventionnelle primaire. L'opposition dialectique entre deux formes sociales en constitue le moteur.

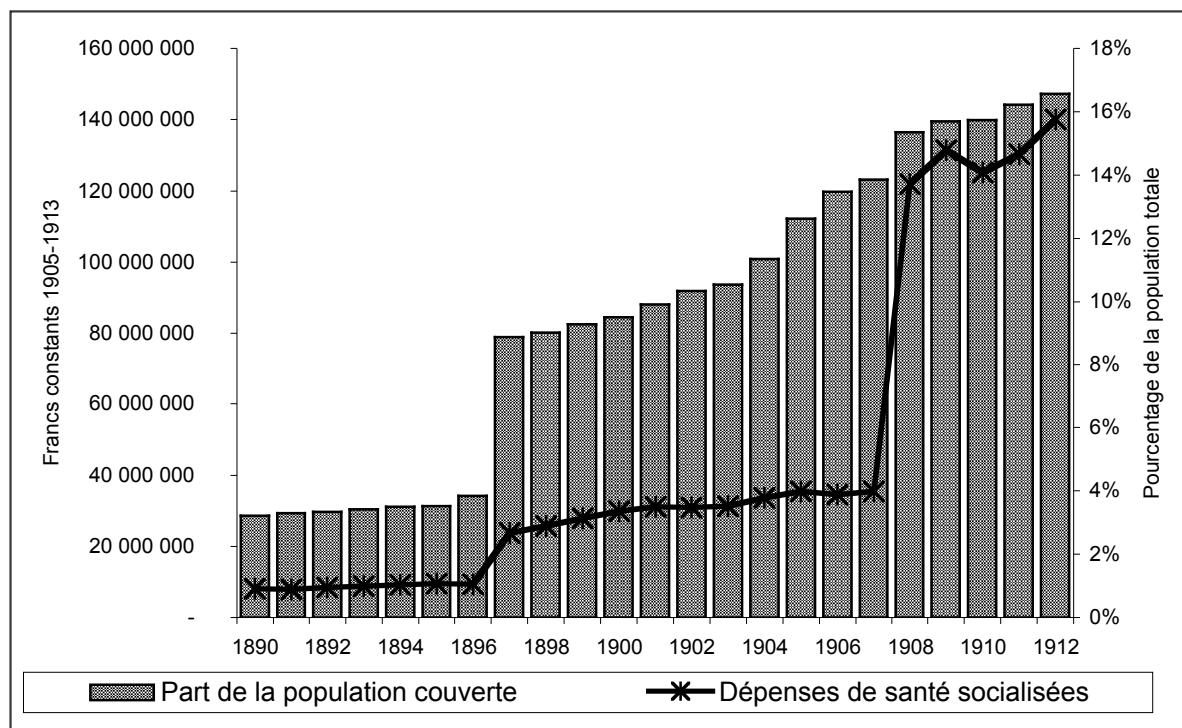
Dans un premier temps, face à la stagnation démographique qui remet en cause les capacités productives de la force de travail, les pouvoirs publics explorent de nouvelles voies (assistance et assurance) et les traduisent dans les textes par des lois sociales. La crise économique qui commence en 1872-1873 a une influence négative sur le système de soins. La stagnation de la demande solvable parasite le développement des professions de santé. Les revenus médicaux auraient diminué, selon le doyen Brouardel, de moitié de 1885 à 1900 et le pouvoir d'achat des praticiens se serait effondré de 50 % de 1850 à 1900 (Darmon, 2003).

Une partie du corps médical s'empare du débat et refuse la socialisation qui remettrait en cause le paiement à l'acte et serait, selon elle, la cause de la diminution des revenus. Refusant cette logique suicidaire, la majorité de la profession va progressivement s'organiser en fixant des règles déontologiques sous la forme de tarifs spéciaux pour les malades socialisés. Ainsi, la crise de la régulation concurrentielle a favorisé l'émergence d'une socialisation de la

³ La loi fondatrice du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) a organisé le marché de la santé autour de deux professions, les officiers de santé et les médecins, différenciées par leur seule formation initiale. Les premiers sont formés dans les hôpitaux après le baccalauréat alors que les seconds doivent soutenir leur thèse pour pouvoir exercer (Léonard, 1981). Cette organisation hiérarchique suppose une stratification spatiale et sociale. Les premiers soignent les ouvriers des faubourgs et les pauvres des campagnes alors que les médecins se consacrent presque uniquement aux élites. La suppression de l'officier est une revendication récurrente pour les médecins depuis le milieu du XIX^e siècle.

médecine, qui a elle-même façonné de nouveaux types de comportement chez les praticiens. On peut parler à ce sujet d'une régulation conventionnelle primaire dans la mesure où aucune règle n'encadre les relations entre le corps médical et la protection sociale.

Graphique n° 1
Évolution comparée des dépenses de santé socialisées et de la population couverte entre 1890 et 1912



Il s'agit donc d'un moment provisoire dans l'évolution du mode de régulation. Si la régulation concurrentielle est morte, la régulation conventionnelle simple n'est pas encore née. La socialisation des besoins de santé est encore insuffisante dans la mesure où près de 83 % de la population totale n'est pas couverte. Mais, la situation semble favorable à la mise en œuvre, à une plus grande échelle, de dispositifs nouveaux. La création, en 1906, du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale constitue un moment important. Ses attributions en matière de protection sociale, lui permettent de préparer le débat sur les assurances sociales qui commence après la guerre (Renard, 2001b).

1.2. L'émergence d'une régulation conventionnelle simple (1914-1945)

C'est avec la phase de crise des années 1914-1945 que la socialisation du système de santé va progressivement s'affirmer. Après la fin du conflit, la poursuite des difficultés démographiques préoccupent les pouvoirs publics et accélère la mise en place des assurances sociales en 1928-1930 (1.2.1.). Celles-ci ont contribué à accroître le taux de couverture de la population et ont favorisé l'émergence d'un mode de régulation conventionnel simple (1.2.2.).

1.2.1. La lente élaboration des assurances sociales (1920-1930)

Le débat sur les assurances sociales est significatif d'un moment de transformation du système de santé. Les grandes étapes de son élaboration mettent en évidence les grandes oppositions entre formes sociale ancienne et innovation.

La préoccupation en santé publique grandit dans les années précédant la guerre. Après le conflit, les épidémies de grippe espagnole, de typhus et de peste accélèrent la création du

ministère de l'Hygiène (Renard, 2001a). Les préoccupations hygiénistes ne seront d'ailleurs pas absentes du projet sur les assurances sociales, dont le rapporteur souhaite qu'il concerne à la fois la maladie, la maternité, la vieillesse et l'invalidité (Hatzfeld, 2004). Dans cette perspective, le modèle choisi dans la première version du projet est celui d'un régime national d'assurances sociales obligatoires qui suscite l'opposition des partisans de la prévoyance libre (Catrice-Lorey, 2001).

En 1921 le ministre du travail, Daniel Vincent, dépose un projet de loi qui est diversement accepté. La SFIO, la CGT et la CFTC y sont plus favorables. La CGTU y voit un instrument au profit des classes dirigeantes. Le patronat et les organisations syndicales de médecins sont contre. Ces dernières voient dans le projet un moyen supplémentaire d'aliénation de la profession. Le projet est transmis en mars 1921 à la Commission d'assurance et de prévoyance sociales de la Chambre et réarticulé autour de trois principes. Le libre choix du praticien en constitue le premier point, il est accompagné par l'obligation des caisses de conclure des contrats avec des groupements médicaux et pharmaceutiques. Enfin, il prévoit que le patient s'acquittera d'une partie du coût total de la consultation (principe du ticket modérateur).

Un premier texte est voté par la Chambre le 8 avril 1924. Il est assez novateur puisqu'il remet en cause la liberté de choix des praticiens. Il est, en effet, prévu d'établir des listes départementales de médecins. L'entente directe est également oubliée puisque cette version du texte prévoit la signature de contrats collectifs entre les caisses et des groupements médicaux et pharmaceutiques. Enfin, le paiement à l'acte est remis en cause par une procédure de rémunération forfaitaire. Le Sénat, assez sensible aux revendications des praticiens libéraux va remettre en question bon nombre des principes du texte. Après de longues discussions, une première version est examinée en mars 1928. Elle constitue bien un compromis entre les partisans et les adversaires du projet. La loi promulguée le 5 avril 1928 maintient le système du tiers payant, mais abandonne le forfait et le ticket modérateur. Le travail de *lobbying* des syndicats de médecins auprès de leurs confrères parlementaires a porté ses fruits.

Mais, l'orientation prise par les débats incite certains praticiens hostiles à la loi à redéfinir leur espace de représentation collective. Le 30 novembre 1927, la réunion du congrès des syndicats médicaux de France aboutit au vote de la Charte médicale. Celle-ci réaffirme les principes fondamentaux de la profession : le libre choix, le respect du secret médical, le droit aux honoraires, le paiement direct, la liberté de thérapeutique et de prescription. L'union des adversaires de la socialisation est définitivement consacrée le 6 décembre 1928 avec la création de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) avec à sa tête Paul Cibrie. Cette organisation se lance dans une guérilla contre la loi.

Sous la pression de la Confédération, les pouvoirs publics entament progressivement une phase de réforme de la loi. Le 31 juillet 1928, le ministre du Travail met en place une commission extraparlementaire chargée de donner un avis sur l'application de la loi et les éventuelles modifications à y apporter. En août 1929, un nouveau projet semble se dégager. Il repose sur un changement profond de la loi. En effet, le principe du tarif opposable est définitivement abandonné au profit du tarif de responsabilité. Cette évolution permet aux praticiens d'obtenir une liberté totale en matière de fixation d'honoraires. Le projet affirme un principe nouveau, la convention. Désormais, les conventions passées entre les caisses et les médecins fixent des tarifs de responsabilité. La loi est votée le 30 avril 1930 et acceptée par l'assemblée générale de la CSMF le 30 juillet 1930.

Il s'agit bien d'un compromis libéral et social où l'émergence d'une socialisation conventionnelle a été acceptée contre le respect des principes de la médecine libérale. La loi

inaugure une période nouvelle où le triomphe du paiement à l'acte est assuré par la socialisation. La solution choisie apparaît également comme une formule de compromis entre la prévoyance libre et le régime national d'assurance sociale. Le système ne relève plus de l'initiative privée (Charte de la mutualité), mais d'un droit à la protection sociale (Catrice-Lorey, 2001).

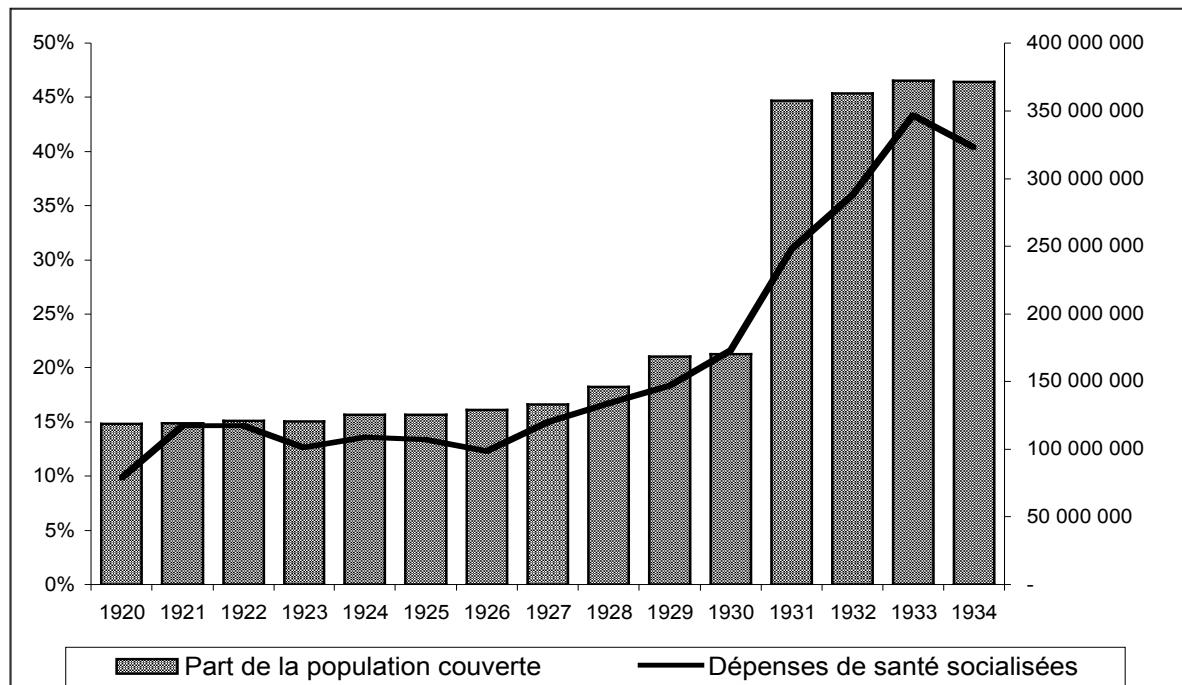
1.2.2. L'émergence d'une régulation conventionnelle simple

La mutation de la société n'est pas seulement législative. Les deux lois de 1928 et 1930 ont accéléré la transformation de la société. Le premier élément visible repose sur l'extension de la socialisation. Le système repose dorénavant sur une régulation conventionnelle simple.

En 1920, 5,7 millions de personnes (soient 15 % de la population totale) sont couvertes par un régime socialisé (cf. Graphique n° 2, p. 8). En 1934, près de 20 millions de personnes, soit 46 % de la population, bénéficient une couverture collective qu'elle soit publique (lois de 1893 et de 1905) ou assurantielle (Domin, 2003a). La progression des dépenses de santé est encore plus importante. Entre 1920 et 1935, les frais médicaux socialisés sont passés de 78 millions de francs à 326 millions de francs constants 1905-1913, soit une croissance annuelle moyenne de 19,8 %.

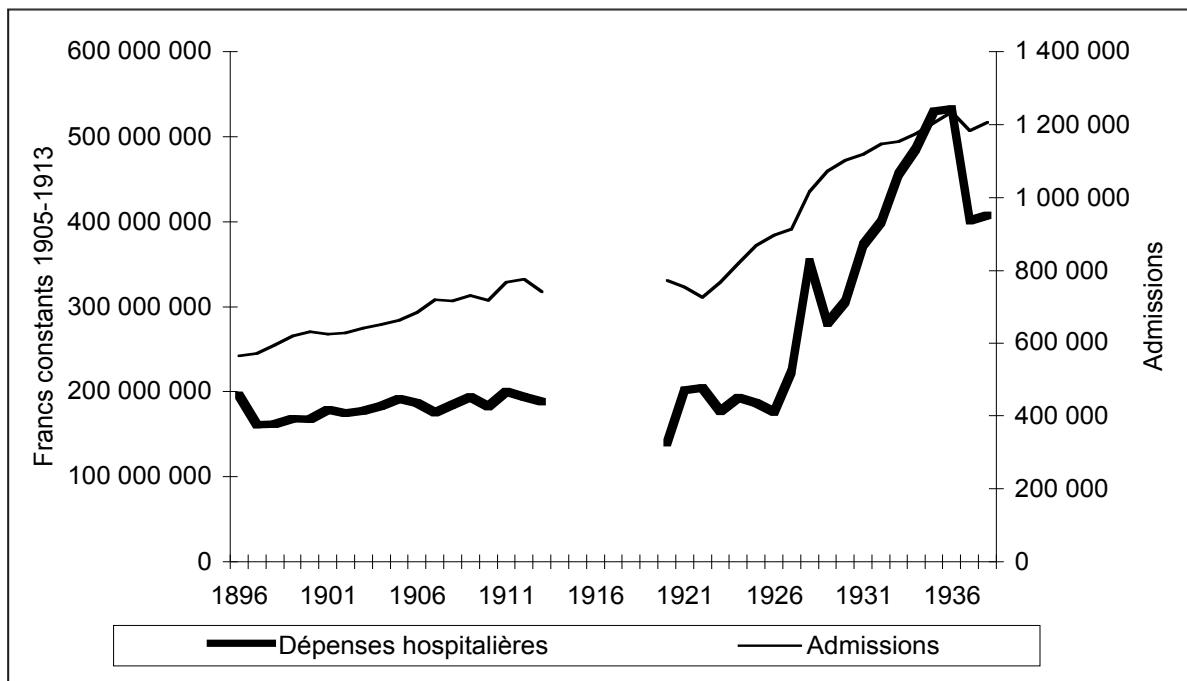
La socialisation progressive de la médecine s'est également traduite par une transformation du secteur hospitalier (Domin, 2002). Dans les faits, elle s'est traduite par une forte augmentation des admissions. Le nombre des hospitalisations s'est accru passant de 630 000 en 1898 à 850 000 en 1912. Après la fin de la Première Guerre mondiale, les admissions ne vont pas cesser de croître. En 1920, 773 365 personnes sont admises, en 1930 elles sont plus d'un million (cf. Graphique n° 3, p. 9). Les pouvoirs publics tentent de contrecarrer cette logique. La circulaire du 31 mars 1926 précise, à cet effet que « *L'hôpital a été créé pour les indigents et c'est le détourner de sa destination que d'y recevoir normalement des malades payants* ».

Graphique n° 2
Évolution comparée des dépenses de santé socialisées et de la population couverte entre 1920 et 1934



Toutefois, la pression des assurances sociales accélère la transformation de l'hôpital qui perd son image négative de maison des pauvres pour devenir le centre du système de soins. En 1938, le ministre de la Santé charge deux inspecteurs généraux d'une mission de modernisation des statuts hospitaliers. Lorsque la guerre éclate, leurs travaux sont assez avancés pour servir de base à la rédaction de la loi du 21 décembre 1941 dite Charte hospitalière.

Graphique n° 3
Évolution comparée des dépenses hospitalières et des admissions
entre 1920 et 1934



Le mouvement opéré au début des années 1920 couronne la transformation du mode de régulation dans la mesure où désormais les relations entre le corps médical et les caisses d'assurances sociales sont encadrées par une convention. Le conventionnement repose sur une administration cohérente. Son organisation est totalement déconcentrée et les fonds qui l'alimentent sont gérées par des organismes multiples : des sociétés de secours mutuels, des organisations syndicales ou des caisses départementales instituées par les pouvoirs publics. La loi favorise la négociation entre les acteurs. La CSMF signe des conventions avec des caisses. Le patronat passe des accords avec la mutualité pour créer des caisses dans les entreprises (Renard, 2000).

Le conventionnement a vraisemblablement accéléré l'institutionnalisation des solidarités sanitaires. Mais, la présence de l'État a été prépondérante dans l'organisation des Assurances sociales. Le ministre du Travail est omniprésent, il décide du taux de cotisation des salariés, fixe arbitrairement les tarifs de responsabilité, réglemente le fonctionnement interne des caisses départementales. Celles-ci drainent un nombre d'affiliés bien supérieur à celui des caisses mutualistes. Il faut analyser ce moment comme une succession de déstructuration et de reconstruction suivant un processus particulier, intimement lié aux transformations économiques. La crise accélère la destruction de l'organisation sanitaire ancienne et favorise l'émergence de structures alternatives, nécessaires pour répondre aux besoins sociaux. Ce mouvement de transformation s'impose et contribue à la naissance d'un nouveau mode de régulation.

L'opposition dialectique constitue toujours le cœur de cette évolution. D'un côté un groupe de pression conservateur refuse l'émergence de formes sociales nouvelles qui, à ses yeux, constituent la cause des difficultés. De l'autre, un ensemble progressiste réclame la nécessaire transformation d'un système qui ne répond plus aux conditions nouvelles imposées par la crise. L'émergence d'un nouvel ordre sanitaire doit constituer un nouveau mode de régulation compatible avec le système économique et assurant son développement.

1.3. La construction d'un système socialisé (1945-1970)

La période de l'immédiate après guerre inaugure une phase nouvelle de reconstruction et de croissance économique. Celle-ci passe d'abord par une nouvelle approche de la santé et de la protection sociale qui se traduit dans les faits par la mise en œuvre d'un système complet de protection sociale (1.3.1.). La régulation conventionnelle esquissée pendant la phase précédente va se généraliser à l'ensemble du territoire. Elle devient une régulation conventionnelle élargie (1.3.2.).

1.3.1. Un processus croissant de socialisation de la médecine

L'immédiate après-guerre ouvre une période favorable à un *New Deal* social (Rioux, 1980). Le consensus politique d'après-guerre va favoriser la création de la Sécurité sociale. Le 4 octobre 1945, une ordonnance institue une « *organisation de la Sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature* ». Le dispositif repose sur les quatre principes béveridgiens (généralisation, extension, uniformisation et centralisation), mais son financement reste de type bismarckien (Palier, Bonoli, 1995). Quatre lois viendront compléter ce dispositif : généralisation de la sécurité sociale (22 mai 1946), extension des prestations familiales à l'ensemble de la population (22 août 1946), généralisation de l'assurance-vieillesse à toute la population (13 septembre 1946), création du régime général (30 octobre 1946).

Le système choisi se distingue nettement du modèle des assurances sociales dans la mesure où il repose sur un réseau unitaire d'organismes (une caisse unique s'occupe de toutes les catégories d'assurés sociaux) alors que l'organisation des assurances sociales était multiple et dispersée. L'originalité de ce système repose sur une décentralisation assurée par l'unité. Si la prévoyance libre chère à la mutualité est abandonnée, la tradition de la décentralisation demeure avec quelques aménagements. Il s'agit d'une ambiguïté évidente (Catrice-Lorey, 2001).

Dans le même temps, les pouvoirs publics prévoient un dispositif pour les personnes sans ressources. Le décret du 29 novembre 1953 crée l'aide médicale qui est définie de la façon suivante dans l'article 48 : « *Tout français malade privé de ressources suffisantes, peut recevoir, soit à domicile soit dans un établissement hospitalier et à la charge totale ou partielle du service de l'aide médicale, les soins que nécessite son état* ». Cet article est important dans la mesure où il introduit la notion d'insuffisance de ressources. C'est-à-dire qu'un individu qui bénéficie déjà de la Sécurité sociale peut bénéficier de l'aide médicale. Il s'agit d'un rapprochement en vue d'une complémentarité d'action (Bec, 1998). Cette évolution est importante. Dorénavant le droit de bénéficier de l'aide sociale constitue un droit pour les personnes dépourvues de ressources et une obligation pour la société (Rauzy, Picquenard, 1955).

La question de la socialisation de la santé est constitutive d'un droit aux soins (Domin, 2006). Ce concept se distingue de celui de droit à la santé qui est esquissé dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 et qui précise que la nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ...* » et

souligne qu'un individu sans ressources « *a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence* ». L'inscription dans les textes de cette notion oblige l'État à organiser le système de santé afin de garantir pour les citoyens un droit à la santé (Fournier, Questiaux, 1974).

1.3.2. *L'émergence d'une régulation conventionnelle élargie*

La régulation conventionnelle élargie prend appui sur la volonté d'associer les bénéficiaires à la gestion de l'institution. La représentation des assurés sociaux repose sur le paritarisme (retenu par les assurances sociales, mais jamais appliqué). Les organisations syndicales représentent les assurés sociaux et la loi de 1946 leur donne trois quarts des sièges dans les conseils d'administration. Il s'agit selon Antoinette Catrice-Lorey, « *d'un phénomène historique de relève de la mutualité, cheville ouvrière de l'ancien régime, par le syndicalisme* » (2001, 70).

Le conventionnement issu de l'ordonnance du 19 octobre 1945 va de pair avec le paritarisme. La formule retenue prend appui sur des tarifs négociés et soumis à une commission nationale tripartite. Les médecins ne sont pas autorisés à dépasser ces tarifs opposables. Cette réforme est fondamentale, mais il faudra une quinzaine d'années pour que le droit s'inscrive effectivement dans les faits. En effet, le texte de l'ordonnance n'est pas respecté et une série de dérogations prévoient une majoration des honoraires suivant la situation de fortune du patient. La situation des assurés sociaux varie donc d'un département à l'autre suivant les principes de la convention.

En 1950, seuls 57 départements sont conventionnés. Ce sont essentiellement des départements ruraux. Dans les régions urbaines où le corps médical a un niveau de vie plus élevé, les praticiens restent hostiles au conventionnement (Steudler, 1977). Après le protocole d'accord du 18 février 1953, les motifs de dépassement d'honoraires sont admis. En 1956, le projet de réforme d'Albert Gazier propose de supprimer les dépassements d'honoraires et de donner le contrôle de l'assurance maladie à une juridiction indépendante. Il envisage également la création de centres de soins. Ce projet suscite la vive opposition de la CSMF.

L'avènement de la V^e République favorise implicitement la centralisation des pouvoirs et l'intervention administrative. Le décret signé par Paul Bacon le 12 mai 1960 prend acte de l'échec de treize années de négociation et impose aux praticiens une nouvelle organisation. Il réaffirme les principes du conventionnement et impose une convention-type dont la plupart des clauses est obligatoire. Il autorise le dépassement des tarifs plafonds fixés par arrêtés ministériels. Cette innovation est fondamentale, elle est accompagnée d'un relèvement important des tarifs. Le décret offre également la possibilité aux praticiens d'adhérer individuellement aux conventions. Enfin, il organise un contrôle des conventions.

Le décret modifie en profondeur les rapports de force au sein de la profession. Pour les adversaires du conventionnement, celui-ci remet en cause la relation de confiance entre le praticien et le patient. D'autre part, l'entente directe permet au médecin de mettre en œuvre un système de péréquation entre malades riches et pauvres. L'idée est que le corps médical n'a pas besoin de la protection sociale pour maintenir l'égalité d'accès aux soins (Robelet, 2005).

2. *Une réorganisation complète du système de santé : vers une régulation marchande*

Les politiques de freinage des dépenses et de diminution des coûts sont mises en œuvre depuis le milieu des années 1970. Elles coïncident avec un changement de référentiel de

politiques publiques, mais se déclinent de façon différente suivant les périodes (Théret, 2007). Dans un premier temps, les pouvoirs publics favorisent des mesures centrées sur l'offre. Durant la phase dite de stagflation, (1975-1983), un dispositif de limitation du nombre de diplômes délivrés (*numerus clausus*), institué en 1971, est renforcé. Il a pour objectif de réduire l'offre de soins censée participer à la croissance de la demande. La période de désinflation compétitive (1983-1993) marque une certaine continuité politique (resserrement du *numerus clausus*, mise en place des taux directeurs et du budget global, ...). Elle est complétée par une tentative de désocialisation de la demande de soins (développement d'un secteur 2 dit à honoraires libres, ...). Mais, ces mesures se révèlent vite financièrement inefficaces et socialement inégalitaires.

Un premier revirement a lieu au milieu des années 1990 avec une forte affirmation des préférences béveridgiennes des élites (renforcement du poids décisionnel législatif, fiscalisation du financement, réforme de l'offre publique de soins, ...). Dans le même temps, la tutelle abandonne toute tentative de réforme de l'offre privée de soins qui est trop risquée au plan politique. Depuis le début des années 2000, la politique économique de santé prône une régulation par la demande. La théorie économique des anticipations rationnelles, en soutenant que les mesures keynésiennes sont non seulement stériles, mais également nuisibles pour l'économie capitaliste, a contribué à cette évolution. Désormais, la politique économique de santé repose sur un système complexe d'incitations censées orienter le comportement des individus. C'est dans ce sens qu'il faut y voir une évolution marchande (Batifoulier, Domin, Gadreau, 2007a).

Le marché de la santé prend appui sur une réarticulation du système autour de trois éléments. D'abord, un système assurantiel qui met en concurrence des offreurs aux statuts variés (mutuelles, compagnies d'assurance, ...) et dont l'objectif est de prendre en charge des risques divers (2.1.). Il ne peut fonctionner sans un dispositif de contrôle, une police des corps qui doit contraindre les comportements déviants, les ramener à la raison assurantuelle (2.2.). Enfin, c'est un système de santé intégré favorisant la satellisation, autour des compagnies d'assurance, des entreprises de la génomique, des industries agroalimentaires et pharmaceutiques (2.3).

2.1. *Le développement d'une logique assurantuelle*

L'essor d'un marché de la santé va de pair avec le développement industriel de l'assurance complémentaire (Abecassis, Coutinet, Domin, 2008). La loi du 13 août 2004 pose en effet des bases nouvelles dans la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

L'assurance maladie complémentaire prend une place croissante dans le versement des prestations. En 2006, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ont versé 20,4 milliards d'euros de prestations (soit une augmentation de 3,9 % par rapport à l'année précédente). À titre de comparaison et pour comprendre l'évolution du marché de la complémentaire, en 1995 ces organismes ne versaient que 11,9 milliards de prestations. Les OCAM représentent donc le deuxième financeur de la protection sociale derrière la Sécurité sociale et juste devant les ménages. La mutualité représente le premier fournisseur d'assurance maladie complémentaire (59,2 % des contrats souscrits) devant les sociétés d'assurance (25,5 %) et les institutions de prévoyances (15,3 %).

Le secteur de l'assurance maladie complémentaire fait donc intervenir trois catégories d'opérateurs ne répondant pas aux même droits. Les mutuelles sont régies par le Code de la mutualité. La réforme de ce dernier a accéléré le phénomène de fusion et de concentration dans le secteur et a entraîné une transformation profonde des contrats proposés (Arnould, Pichetti, Rattier, 2007). Les institutions de prévoyances sont régies par le Code de la sécurité sociale et ont un but non lucratif. Elles proposent essentiellement des contrats collectifs.

Enfin, les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances. Sur la centaine d'entreprises qui interviennent sur le secteur, les trente premières représentent plus de 90 % du marché.

Ces trois catégories d'opérateurs ont des situations assez différentes quant à la prise en charge de la santé. Les mutuelles bénéficient d'une très forte spécialisation en santé (81 % des cotisations collectées sont affectées à la santé). Les institutions de prévoyance consacrent près de la moitié (48 %) des cotisations collectées à la santé. Enfin, les sociétés d'assurance ne sont que très peu spécialisées en santé (4 % des cotisations). Toutefois, les frontières au sein du marché de la complémentaire santé évoluent profondément. En effet, si la loi définit clairement la fonction des OCAM au travers des contrats responsables, les surcomplémentaires restent, quant à elles, librement organisées par les opérateurs.

Le secteur est donc, qualitativement en profonde mutation. Ainsi, le groupe Santéclair, détenu par les AGF, la MAAF-MMA et l'IPECA, réfléchit-il à l'instauration d'un « forfait annuel d'automédication », proposant un montant annuel de remboursement de médicaments à prescription médicale facultative et non remboursables. Ce type de contrats modifierait de façon importante les pratiques des AMC qui jusque-là remboursent en aveugle des frais médicaux déjà contrôlés par la Sécurité Sociale. Le contrat « santé double effet » des Mutuelles du Mans Assurances (MMA) propose aux assurés de souscrire un contrat d'assurance avec une majoration de la cotisation d'environ 15 % capitalisée. Dans le cas où l'assuré s'avérerait être un bon risque, la compagnie lui rétrocède la moitié de la cotisation. En revanche, si l'assuré connaît de graves ennuis de santé, la somme capitalisée restera au profit des MMA.

La mise en place des franchises de soins, le développement des médicaments non remboursables ainsi que l'augmentation du nombre de médecins pratiquants des dépassements d'honoraires se traduira donc par une double peine (Abecassis, Coutinet, Domin, 2008). D'abord parce que ces pratiques pénalisent ceux qui utilisent le plus le système de soins (hors ALD) ensuite parce que les assurés sociaux ne seront pas tous égaux face aux nouveaux contrats d'assurance. Le marché de l'assurance complémentaire est marqué en effet par de fortes inégalités entre les contrats souscrits collectivement (plus favorables) ou individuellement (moins favorables)

2.2. Une police des corps

Le développement de l'assurance maladie complémentaire n'est pas sans conséquences sur le système de soins. En effet, un système d'assurances repose avant tout sur un dispositif de contrainte (une police des corps) limitant les comportements déviants. Une lecture en termes de cité permet d'expliquer cette évolution (2.2.1), elle prend appui sur le mythe du corps parfait (2.2.2.).

2.2.1. L'émergence d'une cité de l'assurance

Le développement de l'assurance maladie complémentaire au sein du système de santé peut être appréhendé au travers du prisme des économies de la grandeur. Celui-ci nous permet de comprendre comment des acteurs en situation de conflit peuvent s'entendre en se retrouvant autour de certains principes de justice. Ce principe de justice attribue une grandeur à un individu dans une cité donnée et pour une épreuve correspondante (Boltanski, Thévenot, 1991). Cet ordre de grandeur permet de construire les cités. Il repose sur six axiomes : la *commune humanité* des membres de la cité (a1), le *principe de dissemblance* (a2), la *commune dignité* (a3), l'*ordre de grandeur* (a4), une *formule d'investissement* (a5) et le *bien commun* (a6).

La cité de l'assurance repose sur ces six axiomes (Torny, 1995). Le principe de *commune humanité* (a1) suppose que toutes les personnes ont accès à un système d'assurance-maladie. La *dissemblance* (a2) implique que les assurés sont porteurs de risques différents, mais ordonnés. *L'ordre de grandeur* (a4) associe un niveau de risque et une prime. Ainsi, un risque fort devra s'acquitter d'une prime élevée et inversement. Néanmoins, selon le principe de *commune dignité* (a3), toutes les personnes peuvent changer de classes de risques. Ces changements dépendent d'une *formule d'investissement* (a5). Dans le domaine de l'assurance maladie, celui qui cesse de fumer réduit d'autant son risque de cancer du poumon. Enfin, l'assurance constitue un *bien commun* (a6), c'est-à-dire que l'adoption d'un principe de prudence satisfait non seulement la personne prudente, mais également l'ensemble de la collectivité.

Dans les faits, la généralisation des techniques de l'assurance favorise une traque contre les comportements déviants (aléa moral *ex ante* et *ex post*) qui risque rapidement de se traduire par le développement de dispositif de contrôle des comportements (alcool, tabac, ...), mais également par un essor de la génomique associée à l'assurance. Cette police des corps constitue une forme renouvelée du biopouvoir. Dorénavant, les instruments traditionnels (familles, institutions, ...) ne sont plus les vecteurs de la biopolitique. Celle-ci est véhiculée par les individus eux-mêmes en suivant une logique assurantielle. La cité de l'assurance impose aux agents de protéger leur capital humain, notamment en adoptant un principe de précaution face aux pathologies qu'ils risquent voir se déclarer. L'avènement d'un libéralisme moderne repose ainsi sur l'extension aux marchés de domaines nouveaux (Foucault, 2004).

2.2.2. *Le mythe du corps parfait*

En traquant les comportements déviants, la police des corps recherche avant tout à favoriser le corps parfait. Cette logique met en évidence la médicalisation de la société. Cette dernière « *consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical* » (Fassin, 1998). La médicalisation implique avant tout une transformation culturelle et pas seulement une conquête du corps médical. L'émergence du concept de gouvernance dans le domaine constitue un premier moment de rupture. Faut-il rappeler que ce mot est issu du grec *kubernân* (piloter un char ou un navire) qui est également à l'origine de la cybernétique qui correspond à l'art de piloter des machines. Il faut considérer le médecin comme un cybernéticien au sens où il pilote le malade au sein du système de soins. Il combine trois fonctions importantes, il est à la fois technicien, ingénieur et administrateur (Razac, 2006).

C'est un technicien au sens où il assure la maintenance de la force de travail. Ce pilotage des corps implique des opérations de mesure, d'évaluation et d'optimisation du fonctionnement. Mais, si la gouvernance donne un rôle central au praticien, elle nécessite également une participation croissante et active des malades. Le développement des dispositifs de *disease management*, notamment dans les systèmes de *managed care*, suppose une accumulation des connaissances et un autodiagnostic. Le patient deviendrait alors le coproducteur des soins.

Le médecin est également un ingénieur au sens où il « *collabore à la conception des dispositifs sanitaires et sociaux* » (Razac, 2006). Depuis le début des années 1990, les praticiens participent de façon croissante aux réseaux de santé publique, mais également aux dispositifs mis en œuvre par l'Institut national de veille sanitaire (INVS). Le travail en réseaux implique un bouleversement important de la pratique, dans la mesure où il incite les praticiens à collaborer, notamment par l'intermédiaire de réseaux informatiques. Cette évolution du médecin ingénieur préfigure une transformation future, celle du médecin membre d'une *managed care organization*. On peut se demander si la profession est prête

pour cette évolution dans la mesure où elle remet en question certains principes fondateurs de la profession comme l'indépendance.

Enfin, le médecin est également un administrateur « *dans la mesure où il participe à la gestion du système de contrôle global* » (Razac, 2006). Le praticien est en effet impliqué dans la réorganisation du système de contrôle médico-social. Mais, il a également un rôle plus politique, notamment via les organisations professionnelles, en formant un groupe de pression. La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie est assez caractéristique de cette évolution : le *lobbying* de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) a permis à la profession d'obtenir des avantages substantiels (relèvement du niveau des honoraires, droit à dépassement, ...).

La médicalisation de la société favorise une transformation assez importante. La diffusion de la logique médicale vise, en effet, à produire un *homo sanitarius* qui est à la fois un malade, un usager et un citoyen, en bref un citoyen biopolitique idéal (Razac, 2006). Cette évolution n'est pas sans conséquences sur la médecine sociale. Désormais, celle-ci a « *pour objectif principal de modifier massivement les comportements individuels* » (Razac, 2006). La mise en place du parcours de soins coordonnés, le développement de l'assurance maladie complémentaire sont autant d'exemples significatifs de cette logique.

2.3. Un système de santé intégré

Le dispositif qui se développe est un système de santé intégré en ce sens qu'il rassemble à la fois un réseau d'assurance autour duquel s'articulent des entreprises de la génomique (2.3.1.), des multinationales de l'alimentation (2.3.2.) et où l'industrie pharmaceutique prend une part croissante (2.3.3).

2.3.1. L'industrie génétique au secours de l'assurance

La génétique et la génomique constituent le premier niveau, celui de la sélection des malades. Aux États-Unis, la génétique permet de sélectionner les assurés en fonction des pathologies qu'ils risquent de développer. Le développement de la génétique et de la génomique pose un double problème. D'abord parce que la régulation de la production des savoirs se fait essentiellement autour d'une logique marchande. Ensuite parce que les compagnies d'assurance sont sensibles à ces nouvelles techniques pour évacuer les mauvais risques.

La question des tests génétiques reste centrale dans le modèle qui se structure. La comparaison France États-Unis est, sur ce point, éclairante. L'innovation biotechnologique repose sur un régime de production des savoirs, c'est-à-dire « *une combinaison spécifique de formes élémentaires de régulation* » (Gaudillière, Joly, 2006). Historiquement, trois formes principales de régulation ont dominé ce secteur. Une régulation professionnelle qui donne une place centrale à l'expertise, une régulation étatique qui laisse la décision finale aux experts issus de l'administration et une régulation marchande qui repose sur une logique de droits de propriété.

Si la France reste encore sur un modèle de régulation professionnelle et étatique, les États-Unis fonctionnent sur une régulation marchande. La société *Myriad Genetics* est la première à avoir obtenu des brevets sur les gènes BRCA⁴. Cette question résolue, la société a mis à profit son expérience en automation de la génétique en construisant un marché des tests BRCA. La campagne publicitaire de lancement a insisté sur le droit pour chacun de bénéficier d'une information génétique.

L'arrivée des tests a suscité, dans un premier temps, des débats dans les milieux professionnels dans la mesure où les personnes testées n'étaient pas, à proprement parler, des

⁴ BRCA : BReast CAncer, littéralement cancer du sein.

malades. Les sociétés de génétique ont alors élaboré des règles de conduite pour la sélection des personnes à tester. Le débat s'est ensuite déplacé vers la sphère publique. Une organisation de femmes et de patientes, la *National Breast Cancer Coalition* (NBCC) s'est émue du caractère discriminatoire de cette pratique. Dans de nombreuses villes, des collectifs « cancer du sein » se sont créés. Cette coalition a mis sur pied des stages de formation et a développé une forme intéressante d'expertise profane dans ce domaine.

La régulation marchande repose dorénavant sur un modèle complexe de régulation consumériste-civique. Dans le domaine des tests sur les gènes BRCA, la mobilisation associative a joué un rôle important de contre-expertise, mais également de contre-proposition. Les États-Unis se caractérisent par un modèle de contrôle où le marché et la société civile constituent la source principale de régulation de l'innovation. Pour l'instant, la France reste sur une régulation étatique et professionnelle dans un domaine où le marché n'est pas encore développé.

Un autre problème est posé par l'arrivée de la génomique, celle du contrôle génétique des futurs assurés par les compagnies. Aujourd'hui, *Myriad Genetics* vend des produits spécifiques de la génomique et les *Health maintenance organizations* (HMO) signent des contrats avec elles pour la réalisation de ces tests. Désormais, les HMO ont accès à l'information génétique et peuvent sélectionner leurs assurés ou moduler leurs primes (Domin, 2006). Un nouveau pas semble donc avoir été franchi. Certains pays européens (Pays-Bas, Suède) autorisent un contrôle au-dessus d'un certain niveau de prime.

En France, les assureurs se sont engagés dès 1994 pour une durée de cinq ans, renouvelée en 1999 à ne pas imposer aux assurés un examen génétique lors de la souscription d'un contrat d'assurance. Entre temps, la loi du 4 mars 2002 a introduit de nouvelles dispositions en droit des assurances. L'article L 1141-1 du Code de la santé publique précise que les assureurs « *ne peuvent (...) demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu le contrat et pendant toute la durée de celui-ci* ». D'ailleurs, le comité consultatif national d'éthique (1997) a rapidement considéré que revenir sur l'interdiction des tests reviendrait « *à franchir un pas d'une extrême gravité vers la mise en cause des principes fondateurs d'égalité en droit et de solidarité entre tous les êtres humains* »

2.3.2. L'essor des partenariats croisés

Une fois les clients sélectionnés, il faut les contrôler afin qu'ils se préservent des atteintes pathologiques de toutes sortes. Les compagnies d'assurance bénéficient d'un arsenal assez complet de techniques incitatives. Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont développé quelques méthodes incitant leurs adhérents à consommer des *alicaments*. Un *alicament* (aliment-médicament) est un aliment auquel on attribue des vertus thérapeutiques et médicamenteuses. Certaines sociétés de l'agroalimentaire ont rapidement vu l'opportunité d'une communication de ce type. Dès 1984, *Kellogg* commercialise sa marque de céréales All Bran en développant une campagne de publicité vantant les bienfaits des fibres alimentaires dans la réduction des risques de cancer du côlon.

Depuis, les techniques de communication se sont affinées. Ainsi, la compagnie MAAF Assurances a-t-elle offert une ristourne sur les produits *proactiv* de la multinationale Unilever. Cette société développe depuis quelques années une gamme de produits riches en stérols végétaux censés combattre le mauvais cholestérol. La MAAF rembourse le montant de la complémentaire santé (de 10 € pour 7 produits achetés, de 22 € pour 14 produits et 40 € pour 21 articles et plus). La multinationale a passé un accord semblable avec VGZ, le premier assureur néerlandais. Les AGF mettent en place une politique de promotion des yaourts *danacol* de Danone. Axa propose, quant à elle, un service téléphonique de conseils nutritionnels pour ses assurés.

Les produits *Fruit d'Or-Proactiv* et *Danacol* sont riches en phytostérols et phytostanols qui sont des stérols et stanols présents dans certaines huiles végétales (Colza, maïs, soja, ...), dans certaines graines (sésame, tournesol, ...) et dans certains fruits et légumes. Ils auraient un pouvoir hypocholestérolémiant, notamment en limitant l'absorption intestinale du cholestérol. L'objectif des mutuelles est d'inciter leurs adhérents à limiter les risques de maladies cardiovasculaires⁵. Ces partenariats croisés entre assurances complémentaires et sociétés agroalimentaires restent toutefois contestables d'abord parce que l'efficacité de ces produits n'est pas scientifiquement prouvée, ensuite parce qu'il s'agit d'opérations essentiellement commerciales.

Bon nombre de spécialistes de ces pathologies estiment que les margarines riches en oméga 3 n'ont aucune influence sur la prévention cardiovasculaire. Ces *aliments* n'entraînent en effet qu'une baisse limitée du taux de cholestérol pour une courte durée. À long terme, aucune étude n'a pu démontrer les effets bénéfiques de ces produits sur la baisse de la mortalité cardiovasculaire. Le constat de la revue *Prescrire* est, sur ce point, sans appel : « *En 2005, parmi les mesures non médicamenteuses de prévention cardiovasculaire, la consommation d'aliments enrichis en phytostérols et en phytostanols n'a pas sa place* »⁶. La seule solution avérée pour diminuer la mortalité des maladies coronariennes reste le couple alimentation équilibrée et activité physique régulière.

D'autre part, cette pratique est d'autant plus contestable qu'un assureur privé tente une opération commerciale sans garantir pour autant un résultat fiable pour l'assuré. Une association de consommateurs, l'UFC-Que choisir, a dénoncé cette opération de « *marketing sur ordonnance* » et a assigné en justice MAAF Assurances afin d'interdire la publicité. L'association de consommateurs n'a pas attaqué cette alliance, elle a seulement reproché à la publicité de ne pas mentionner la nécessité de consulter un praticien avant de consommer ces produits. Quoi qu'il en soit, face au désintérêt d'une grande partie de ses assurés pour cette opération de promotion, la compagnie a décidé de la suspendre. Toutefois, il ne faut pas relativiser ce type de phénomène qui risque, dans l'avenir de se développer. La contrainte de consommation permet en effet aux assureurs complémentaires de peser sur le comportement de leurs assurés.

2.3.3. L'influence croissante de l'industrie pharmaceutique et des compagnies d'assurance

L'industrie pharmaceutique constitue aujourd'hui un rouage important du système de santé. Dans un document récent, le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est inquiété des dérives possibles de l'influence croissante des sociétés d'assurance et des industries pharmaceutiques sur la liberté de prescription des praticiens. L'exemple des États-Unis devrait en effet nous informer sur les dérives possibles d'un système où les compagnies d'assurance et les industries pharmaceutiques ont réussi leur jonction.

Placés entre les deux, les médecins n'ont plus aucun poids dans le débat (Pignarre, 2004). Leurs règles déontologiques ont d'ailleurs plié sous l'action conjointe des compagnies d'assurance et des industries pharmaceutiques. En 1975, la règle du respect du libre choix des patients, fixée par l'*American medical association* (AMA) a été supprimée pour permettre aux assurances de signer des conventions avec les praticiens et les soumettre à des règles précises de rentabilités. Le code éthique de l'AMA a complètement été bouleversé pour favoriser le marché. Les médecins contractuels des compagnies d'assurance ont vu leur liberté s'amenuiser dans de nombreux domaines de prescription

⁵ Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité en France avec 31 % des causes de décès.

⁶ « *aliments enrichis en phytostérols et phytostanols. Petite baisse de la LDL-cholestérolémie, mais aucune évaluation clinique à long terme* », *Prescrire*, volume XXV, n° 266, p. 767.

La question du prix des médicaments est au cœur des débats. En effet, dans ce système, seuls les patients sans assurances payent les médicaments au prix fort. Les compagnies d'assurance négocient les prix avec l'industrie pharmaceutique en fonction des quantités. Si le prix est supérieur, les compagnies d'assurance peuvent envisager des mesures de rétorsion, notamment en refusant d'inscrire le médicament sur leur formulaire. Dans ce cas, les médecins ne peuvent pas prescrire le médicament sans autorisation expresse de la compagnie d'assurance.

Un tel système ne peut que générer de nombreux dysfonctionnements. En effet, les industries pharmaceutiques cherchent par tous les moyens à faire prescrire leurs molécules. Les laboratoires Merck ont ainsi imaginé une solution efficace : acheter la société intermédiaire Medco. Celle-ci est chargée par les compagnies d'assurance d'établir la liste des médicaments remboursables ainsi que la liste des médecins agréés (c'est-à-dire de ceux que les assurés peuvent consulter). Au total, 64 millions de personnes voient leur assurance-maladie gérée par Medco. Or, celle-ci a clairement avantage les produits de Merck. Après plusieurs scandales de ce type, les laboratoires Merck se sont séparés de Medco.

Conclusion

La construction du système de santé s'est réalisée en trois temps distincts. Le vecteur de la transformation a été pendant longtemps été la socialisation de la demande de soins. À chaque étape, une part croissante de la population est prise en charge par un dispositif socialisé de protection sociale. Jusqu'à la fin des années 1970, la socialisation semble être le moteur de la transformation. À cette date, le processus commence à s'inverser pour entrer dans une phase de remarchandisation où le bien santé peut faire l'objet d'échanges sur un marché spécifique et créé (Batifoulier, Domin, Gadreau, 2008).

Le système de santé est, après la réforme de 2004, en voie de marchandisation croissante. La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie prend en effet appui sur le développement des produits offerts par les organismes complémentaires d'assurance maladie, une contrainte sur les corps pour les convertir à la raison assurantielle et une intégration des compagnies d'assurance aux industries pharmaceutiques et aux multinationales de l'agro-alimentaire. Cette logique n'est pas sans conséquences sur les individus, d'abord parce que le reste-à charge des ménages augmente, ensuite parce que l'égalité d'accès aux soins est remise en question.

La réforme du 13 août 2004 et les mesures prises par la suite ont favorisé une légère augmentation du reste-à charge des ménages qui est passé de 8,3 % à 8,5 % de la dépense de soins et de biens médicaux entre 2004 et 2007. L'introduction d'une modulation des taux de remboursement en fonction du respect ou non du parcours de soins s'est répercutee sur les assurés dans la mesure où les organismes complémentaires d'assurance maladie sont incités fiscalement à ne pas couvrir les dépenses hors parcours (Domin, Ginon, 2007). En 2007, de nouvelles mesures ont été prises suite à la procédure d'alerte lancée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La majoration du ticket modérateur pour les assurés sociaux hors parcours de soins passe de 10 à 20 % et reporte 75 millions d'euros sur les assurés (Fenina, Geffroy, Duée, 2008).

Bibliographie

ABECASSIS P., COUTINET N., DOMIN J.-P. [2008], « Logiques industrielles *versus* droits sociaux : une application au secteur de l'assurance maladie complémentaire », in DOMIN J.-P.,

- MARIC M., DELABRUYÈRE S., HÉDOIN C. (Eds), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux*, Paris, L'Harmattan, p. 153-166.
- ARLIAUD M. [1987], *Les médecins*, Paris, La Découverte.
- ARNOULD M.-L., PICHETTI S., RATTIER M.-O. [2007], « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires en santé », *Études et résultats*, (575).
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2007a], « Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation », *Économie appliquée*, 60(1), p. 5-36.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2007b], « La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand », *Économie appliquée*, 60(1), p. 101-126.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2008], « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socio-économie*, (1), p. 27-46.
- BEC C. [1996], « Fin des concurrences philanthropiques : 1880-1914 », in PETIT J.-G., MAREC Y. (Eds), *Le social dans la ville en France et en Europe (1750-1914)*, Paris, Éditions de l'Atelier, p. 219-227.
- BEC C. [1998], *L'assistance en démocratie*, Paris, Éditions Belin.
- BEC C. [1999], « Les politiques d'assistance : de l'intégration à la relégation », *La revue de l'IRES*, (30), p. 72-92.
- BOLTANSKI L., THÉVENOT L. [1991], *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- CASTEL R. [1995], *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Éditions Fayard.
- CATRICE-LOREY A. [2001], « L'État social en France : genèse et évolutions d'un modèle institutionnel (1920-1996) », in *Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, CHSS, La Documentation française, p. 59-90.
- DARMON P. [2003], *Le médecin parisien en 1900*, Paris, Hachette littératures.
- DOMIN J.-P. [2003a], « Crise sociale et institutionnalisation des solidarités : une application au système de santé (1890-1940) », in GUILLAUME P. (Ed) *Les solidarités (2). Du terroir à l'État.*, Bordeaux, Éditions de la MSH d'Aquitaine, p. 73-93.
- DOMIN J.-P. [2006], « Du droit à la santé au risque sanitaire : une rupture paradigmique ? », *Économie appliquée*, 59(2), p. 111-136.
- DOMIN J.-P. [2003b], « La santé entre marché et services publics », *La Pensée*, (333), p. 5-18.
- DOMIN J.-P. [2002], « Les assurances sociales et l'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population : les prémisses d'une politique globale de santé publique (1914-1941) », *Revue française des affaires sociales*, 56(1), p. 133-154.
- DOMIN J.-P., GINON A.-S. [2007], « L'instauration de mécanismes incitatifs en faveur des contrats d'assurance maladie complémentaire : quels effets sur les inégalités en santé », in BATIFOULIER P., GHIRARDELLO A., LARQUIER (DE) G., RÉMILLON D. (Eds), *Approches institutionnalistes des inégalités en économie sociale*, Paris, Éditions de l'Harmattan, p. 233-244.
- DREYFUS M. [1990], « Histoire de la Mutualité », in SAINT-JOURS Y. (Ed) *Traité de Sécurité sociale*, Paris, LGDJ, p. 9-51.
- EWALD F. [1986], *L'État Providence*, Paris, Éditions Grasset.
- FASSIN D. [1998], « Les politiques de la médicalisation », in AÏACH P., DELANOË D. (Eds), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Économica, p. 1-13.
- FENINA A., GEFFROY Y., DUÉE M. [2008], « Les comptes nationaux de la santé en 2007 », *Études et résultats*, (655).
- FOUCAULT M. [2004], *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Gallimard, Éditions du Seuil.
- FOURNIER J., QUESTIAUX N. [1974], *Traité du social*, Paris, Dalloz.

- GAUDILLIÈRE J.-P., JOLY P.-B. [2006], « Appropriation et régulation des innovations biotechnologiques : pour une comparaison transatlantique », *Sociologie du travail*, 48(3), p. 330-349.
- GREVET P. [1976], *Besoins populaires et financement public*, Paris, Éditions sociales.
- GUILLAUME P. [1996], *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, CHSS.
- HATZFELD H. [2004], *Du paupérisme à la Sécurité sociale (1850-1940)*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- LÉONARD J. [1981], *La médecine entre les savoirs et les pouvoirs*, Paris, Éditions Aubier-Montaigne.
- PALIER B., BONOLI G. [1995], « Entre Bismarck et Beveridge. Crise de la Sécurité sociale et politiques », *Revue française de science politique*, 45(4), p. 668-699.
- PIGNARRE P. [2004], *Comment sauver (vraiment) la sécu*, Paris, Éditions La Découverte.
- RAUZY A., PICQUENARD S. [1955], *La législation de l'aide sociale*, Paris, Berger-Levrault.
- RAZAC O. [2006], *La grande santé*, Paris, Climats/Flammarion.
- RENARD D. [1987], « Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914 », *Politiques et management public*, 5(2), p. 107-128.
- RENARD D. [2000], *Initiative des politiques et contrôle des dispositifs décentralisés. La protection sociale et l'État sous la IIIe République*, Paris, Mire.
- RENARD D. [1994], « Les rapports entre assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale français », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe (Rencontre d'Oxford)*, Paris, MIRE, p. 105-125.
- RENARD D. [2001a], « Logiques politiques et logiques de programme d'action : la création des administrations sociales sous la IIIe République », *Revue française des affaires sociales*, 55(4), p. 33-39.
- RENARD D. [2001b], « Un train peut en cacher un autre. La création du ministère du travail et de la prévoyance sociale en 1906 », *Revue française des affaires sociales*, 55(2), p. 81-103.
- RENARD D. [1988], « Une définition institutionnelle du lien social : la question du domicile de secours », *Revue française de science politique*, 38(3), p. 370-386.
- RIOUX J.-P. [1980], *La France de la Quatrième République. L'ardeur et la nécessité (1944-1952)*, Paris, Éditions du Seuil.
- ROBELET M. [2005], « Réforme du système de santé et mobilisation éthique des médecins : un regard sociologique sur l'éthique des professions », in BATIFOULIER P., GADREAU M. (Eds), *Éthique médicale et politique de santé*, Paris, Économica, p. 145-165.
- STEFFEN M. [1987], « Les médecins et l'État en France », *Politiques et management public*, 5(3), p. 19-39.
- STEUDLER F. [1977], « Médecine libérale et conventionnement », *Sociologie du travail*, 19(2), p. 176-198.
- THÉRET B. [1991], « Les dépenses d'enseignement et d'assistance en France au XIXe siècle : une réévaluation de la rupture républicaine », *Annales Économie, Sociétés, Civilisations*, 46(6), p. 1335-1374.
- THÉRET B. [2007], « Les transformations de l'État social français depuis 1975 : une analyse centrée sur les politiques de santé et menée au regard des standards typologiques et théoriques du changement institutionnel », *Économie appliquée*, 60(1), p. 69-100.
- THIERS A. [1850], *De l'assistance et de la prévoyance publiques*, Paris, Paulin et Lheureux Éditeurs.
- TORNY D. [1995], « Mon corps est-il une bagnole ? Socio-fiction assurantielle », *Revue française des affaires sociales*, 59(4), p. 67-78.