

Réforme du financement de la santé : la raison politique prime sur la rationalité économique

Pour Frédéric Pierru, sociologue à l'université de Lille II et chargé de recherches au CNRS, la réforme du système de santé (Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires) vise avant tout à préserver des équilibres politiques qui s'inscrivent dans la longue durée.

Dans une récente Note du Conseil d'Analyse Economique [1], trois économistes réputés, parmi lesquels l'économiste de la santé Brigitte Dormont, critiquent l'inefficacité et les inégalités d'un système d'assurance-maladie français dans lequel le panier de soins et de biens « essentiels » est co-financé par la Sécurité sociale (AMO) et les assurances maladie complémentaires (AMC). Ce système mixte, inédit dans les pays développés, est source de confusion des rôles, neutralise pour partie les incitations financières mises en place pour « responsabiliser » les assurés sociaux (en effet, les tickets modérateurs sont en partie couverts par les AMC) et, surtout, principale critique, n'invite pas à actionner le véritable levier d'amélioration de l'efficacité du système de santé : la contractualisation, sur la base de critères de coûts et de qualité, des payeurs avec les offreurs de soins. En outre, à la suite d'autres travaux, ils soulignent combien le « marché » des AMC, en grande partie solvabilisé sur fonds publics – *via* des dépenses fiscales et des exonérations de cotisations sociales –, est intrinsèquement inefficace et inégalitaire [2].

En schématisant, les salariés les mieux intégrés sur le marché du travail, comme les cadres des grandes entreprises, bénéficient de contrats d'entreprise « haut de gamme », généreusement sponsorisés par l'État, tandis que les fonctionnaires, les retraités, les chômeurs, les jeunes doivent se contenter de contrats individuels d'entrée ou de milieu de gamme qu'ils doivent presque totalement financer.

En outre, la tarification et la segmentation en fonction du risque sévissent sur ce « marché », malgré les quelques garde-fous posés ici et là pour éviter que cette concurrence très peu régulée ne soit excluante. Dès lors, le trio d'économistes en appelle le gouver-

nement à choisir à terme entre deux scénarios pour mieux en finir avec ce système mixte où AMO et AMC interviennent de concert :

- un scénario où un seul payeur public contractualise avec les offreurs de soins de façon décentralisée ;
- un scénario de mise en concurrence « régulée » de caisses, sur le modèle néerlandais ou suisse, qui là encore auraient les moyens légaux et informationnels de contractualiser avec les offreurs de soins afin d'aller vers l'efficacité.

“
Les salariés les mieux intégrés sur le marché du travail, bénéficient de contrats d'entreprise « haut de gamme », sponsorisés par l'État, tandis que les fonctionnaires, les retraités, les chômeurs, les jeunes... doivent se contenter de contrats individuels d'entrée ou de milieu de gamme qu'ils doivent en partie financer.
 ”

On remarquera d'abord que le second scénario de mise en concurrence des caisses, que tout économiste « orthodoxe » défend par réflexe quasi-professionnel – la concurrence est toujours mieux que le monopole – ne fonctionne pour l'instant que sur le papier : les évaluations des expériences étrangères en la matière, notamment batave, ne sont guère concluantes, ce que mentionnent d'ailleurs honnêtement les auteurs, même si c'est pour en donner une autre interprétation. En effet, même les experts de l'OCDE ont souligné que la « régulation », mot magique censé rassurer les citoyens attachés au service public face aux projets néolibéraux, de ce marché est techniquement très difficile à réaliser, les opérateurs ayant toujours un temps d'avance pour se

jouer des règles qu'on prétend leur appliquer. En réalité, la concurrence du côté du financement ne fonctionne pas en santé, comme l'ont montré les évolutions divergentes des Etats-Unis et du Canada. Mais nous souhaiterions davantage évoquer ici les limites du regard de la « science » économique dans un monde aussi saturé d'intérêts contradictoires et mobilisés qu'est celui de la santé. En effet, l'auteur de ces lignes se souvient qu'un tel débat avait, par exemple, déjà eu lieu, à la veille des élections présidentielles, au sein du groupe santé du *think tank Terra Nova*, auquel il participait. Ou encore, au même moment, entre les auteurs du futur « Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » [3].

RÉFORME DU SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE : UN DÉBAT PLUS POLITIQUE QUE FACTUEL !

Fallait-il favoriser la reconquête de la Sécurité sociale et éliminer les AMC – position minoritaire qui était la mienne et celle d'André Grimaldi – ou plutôt privilégier la concurrence des financeurs, dans le cadre d'une forte « régulation » ?

Nous avons alors été frappés par le fait que le débat quittait assez rapidement le terrain des faits et des études académiques pour aller sur celui de la « faisabilité politique ».

En effet, il semblait inenvisageable de défendre une plate-forme électorale en matière de santé qui plaiderait pour la disparition d'un groupe d'intérêt aussi puissant que la Mutualité française ou encore du rôle des institutions de prévoyance, gérées de façon paritaire par les syndicats de salariés et le patronat, et qui tiennent des positions très fortes sur le marché des contrats de complémentaire santé d'entreprise... Pour le dire autrement, les belles constructions intellectuelles, aussi séduisantes et rationnelles fussent-elles, devaient céder le pas à des calculs politiques plus prosaïques : comment ne pas s'aliéner ou au moins obtenir la neutralité de groupes d'intérêt puissants ?

C'est sur ce constat que le politiste à beaucoup à dire. En effet, il sait que la réforme des systèmes de santé est un exercice politiquement très difficile, dans lequel les idées comptent moins que les rapports de force entre groupes d'intérêt et les contraintes de type institutionnel.

Ainsi, Barack Obama voulait originellement faire évo-



luer le système de santé étatsunien, dans lequel la concurrence entre assureurs privés produit le formidable résultat de le rendre le plus coûteux et inégalitaire des pays développés, vers un modèle « *single payer* » public à l'européenne... La réforme Obamacare a fini par drainer toujours plus de fonds publics vers le marché privé de l'assurance. Pour prendre une

image, les assureurs et l'industrie du *managed care*, aidés par une partie du corps médical et un Parti Républicain radicalisé, pratiquent le judo à la perfection : une offensive publique finit par être retournée en renforcement des acteurs privés. Ippon.

Revenons au cas français. Si notre système de santé est « mixte », ce n'est certainement pas par hasard ni par choix. Historiquement, l'avène-

ment des premières assurances sociales y a été très tardif, au cours des années 1920 – 1930, en raison de l'opposition et de l'obstruction de groupes partisans de ce que l'historien Henri Hazfeld a appelé « l'objection libérale » : petits artisans et commerçants, une frange du petit patronat, assureurs, médecins libéraux et... Mutualité.

Il faut le rappeler, tant ce fait est aujourd'hui oublié, la Mutualité, plutôt conservatrice et notabiliaire, ne s'est ralliée que tardivement – dans les années 1960 – au principe des assurances sociales obligatoires, pour une raison simple : elle avait un quasi-monopole en matière de prévoyance individuelle avant l'avènement de la Sécurité sociale.

De même, la CSMF craignait les menaces que la mise en place d'un financeur public ferait peser sur les fameuses libertés médicales consacrées en 1927. C'est la raison pour laquelle le gouvernement d'après-guerre avait décidé que les mutuelles prendraient en charge le ticket modérateur de 20 % : absurde d'un point de vue économique, ainsi que le souligne notre trio d'économistes, cette décision est complètement

“ Les constructions intellectuelles, aussi séduisantes et rationnelles soient-elles, ont dû céder le pas à des calculs politiques plus prosaïques ”

raisonnable d'un point de vue politique. De même, le Patronat, un temps discrédité, est reparti à l'offensive et a obtenu rapidement, dès les années 1950, la création de régimes complémentaires gérés de façon strictement paritaire et conçus comme une « Sécu bis » alternative à la démocratie sociale tant honnie du régime général.

Ce sont ces institutions de prévoyance, parties du marché des retraites complémentaires, qui sont ensuite venues concurrencer les mutuelles, en voie de concentration accélérée, et les assureurs sur le marché de la complémentaire santé...

ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (ANI) : AVANCÉE SOCIALE OU REcul PROGRAMMÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Passons à une expérience *in vivo* du primat des considérations politiques sur les exigences économiques et sociales.

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) de 2013 a présenté comme une « grande avancée sociale » la généralisation des contrats de complémentaire santé d'entreprises aux salariés qui n'en bénéficient pas encore. En fait, il s'agit d'une avancée à reculons. Par cette décision, le gouvernement et certains syndicats signataires ont acté le recul, entamé depuis les années 2000, du seul mécanisme efficient et juste pour financer les dépenses de santé : la sécurité sociale au profit... des AMC.

Un combat s'est alors engagé entre mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance autour des « clauses de désignation » pour savoir comment ces acteurs allaient se répartir cet élargissement du marché. Il en résulte des revirements cocasses.

Ainsi la CFDT, principal syndicat signataire, a défendu pendant trente ans la « beveridgisation » de notre système de santé arguant que le risque santé relevait de la solidarité nationale, donc de l'État et de l'impôt, et non des assurances sociales et de la sphère du salariat... Et elle finit par apposer sa signature sur un accord qui en réalité créé une « Sécu bis » au-dessus de la véritable Sécu, mais une « Sécu bis », qui en plus d'être inégalitaire et inefficace, est adossée à l'entreprise-providence et au travail..

Pour être juste, on n'a guère entendu non plus les autres centrales syndicales sur ce point, alors qu'elles dénonçaient la dérégulation du marché du travail portée par cet accord... Et pour cause : les syndicats tirent de moins en moins leurs ressources des cotisations d'adhérents en voie de raréfaction que de la

participation à divers organismes sociaux, à la formation professionnelle ou aux régimes complémentaires. Ils ont donc tout intérêt à ce que le marché de la complémentaire santé se développe, aussi dysfonctionnel soit-il. Il en va de même pour les grands groupes mutualistes dont certains sont d'ailleurs proches de centrales syndicales. Sans parler bien entendu des assureurs qui taillent des croupières aux mutuelles et aux institutions de prévoyance (IP) depuis quelques années.

Ainsi va la réforme du système de santé : si économiquement irrationnelle et socialement injuste soit-elle, elle vise d'abord à préserver des équilibres politiques qui s'inscrivent dans la longue durée. La rationalité économique et sociale cède à nouveau, comme en 1945, devant la raison politique.

Frédéric Pierru

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Brigitte Dormont, Pierre-Yves Gzoffard, Jean Tirole, « Refonder l'assurance-maladie », Les Notes du Conseil d'Analyse Economique, n°12, avril 2014.
- [2] Pierre-Louis Bras, Didier Tabuteau, Les assurances maladie, Paris, PUF, 2010 ; André Grimaldi et al., « Appel pour un débat public sur la santé », Le Parisien, 25 août 2013.
- [3] André Grimaldi, Didier Tabuteau, François Bourdillon, Frédéric Pierru, Olivier Lyon-Caen, Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire, Paris, Odile Jacob, 2011.