Déjeuner n°1 du 27 janvier 2010

avec les interventions de
Claude LE PEN
Président du collège des économistes de la santé
Frédéric VAN ROEKEGHEM
Directeur de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

HIPPOCRATE
Club parlementaire sur l'économie de la santé

Club parlementaire sur l'économie de la santé
présidé par
Gérard BAPT
Député de la Haute-Garonne
Jean-Pierre DOOR
Député du Loiret
Alain VASSELLE
Sénateur de l'Oise

Assurance-maladie : le Modèle de 45 est-il mort ?

Les sondages le montrent, l'opinion publique est nostalgique d'un temps révolu où une Sécurité sociale généreuse et financièrement équilibrée donnait aux Français le sentiment qu'ils ne seraient jamais plus abandonnés face aux conséquences financières de la maladie et de la mort. Aujourd'hui au contraire, ils perçoivent avec angoisse une Sécurité sociale déficitaire, fragilisée, en voie même de privatisation, qui leur demande année après année de payer plus pour les couvrir moins. La question se pose donc de savoir si cette perception correspond à une réalité, d'apprécier les changements intervenus dans l'organisation et la gestion de la Sécurité sociale depuis 1945 et d'anticiper les tendances d'évolution futures de manière à identifier les points de rupture et de continuité avec le modèle de Sécurité sociale à la française, notamment en ce qui concerne les formes de la solidarité.

Ce que nous montrerons ici c'est que le trouble actuel provient moins d'une diminution du niveau de protection sociale des Français - qui a plutôt progressé - que d'une remise en cause de certains des principes fondateurs du modèle de 45.

L'idéal de 45

Du mythe à la réalité…

On connaît les traits distinctifs du modèle de Sécurité sociale mis en place par les fameuses ordonnances des 4 et 19 Octobre 1945 et organisé par une série de lois et de décrets en 1945 et 1946 qui furent rassemblés en 1956 dans la première édition du Code de la Sécurité sociale[1] :

- Couverture des risques maladie, maternité, invalidité, accidents, vieillesse et décès.
- Obligation d'adhésion pour les salariés et assimilés (représentants de commerce, employés d'hôtel, ouvreuses de cinéma et de théâtre gérants de société, écrivains, etc.), français ou étrangers[2] , soit environ les deux tiers de la population, et affiliation obligatoire à la caisse primaire de la circonscription sans choix de l'organisme gestionnaire.
- Gestion assurée par des " *caisses primaires* ", des caisses régionales et une Caisse nationale de Sécurité sociale, sans hiérarchie mais avec répartition des tâches : les caisses primaires assurent la gestion des risques maladie-maternité et AT-MP (incapacités temporaires) des assurés de leur " circonscription " ; les caisses régionales gèrent les risques longs (invalidité et incapacités per-manentes) et exerce le contrôle médical ; la caisse nationale assure la " *compensation nationale des risques* " et la solvabilité des caisses primaires et régionales.
- Caisses et régimes spécifiques pour les " *professions agricoles et forestières* " (au sein de la Mutualité sociale agricole) ainsi que pour les professions " *jouissant d'un régime spécial à la date du 6 Octobre 1945* " (mineurs, cheminots, marins, dockers, électriciens-gaziers, etc.) (Art. 17 de l'ordonnance du 4 Octobre 1945).
- Gestion paritaire avec des conseils d'administration des caisses primaires composés pour trois-quarts de représentants élus de travailleurs et pour un quart de représentants élus des employeurs (avec en outre des représentants du personnel, des médecins de la circonscription et des associations familiales).
- Financement assuré par des cotisations sociales égales à 16 % du salaire (6 % à la charge de l'assuré et 10 % à la charge de l'employeur) sous un plafond fixé à un niveau relativement bas (528.000 francs par an de 1956).
- " *Participation de l'assuré* " à hauteur de 20 % du coût des soins (" ticket modérateur ") sans exonération (Art. 24, ordonnance du 19/10/1945).
- Assurance spécifique " *maladie de longue durée* " pour les affections de plus de 6 mois avec une prise en charge limitée à 3 ans.

[1] Décret n°56-1279 du 10 décembre 1956 portant codification des textes législatifs concernant la Sécurité sociale (JO du 18 Décembre 1956).
[2] Art. 241 et 245 du CSS (JO du 18/12/1956)

Secrétariat général du club hippocrate : 3, rue des caves du Roi 92310 Sèvres - France
Tél : 01 41 14 99 00 ; mail : secretariat@club-hippocrate.fr

Contrairement à une idée fréquemment reçue, l'inspiration de ce modèle n'est pas tant le programme du Conseil National de la Résistance (CNR) de Mars 1944 que les lois du 5 Avril 1928 et du 30 Avril 1930 qui avaient comme objectif d'étendre à la France le modèle d'assurance sociale dit " Bismarkien " que l'Alsace et la Lorraine avait hérité de ces quarante années d'annexion allemande.

Le programme du CNR s'inspirait surtout des principes du fameux rapport de Lord Beveridge[3] qui établissait les principes de l'État providence visant à mettre tous les citoyens, quels qu'ils soient, à l'abri des cinq grands maux sociaux - pauvreté, ignorance, insalubrité, chômage et maladie - qui, selon Beveridge, avaient nourri les thèses extrémistes de droite et de gauche et précipité le monde dans la guerre. En vertu de ces principes, l'Angleterre et le Pays de Galles avaient adopté dés 1944 un système (dit " béveridgien ") conférant à l'ensemble des citoyens une couverture maladie universelle, avec gratuité intégrale des soins au point de délivrance, financement fiscal et gestion directe par l'état à travers un établissement public, le National Health Service (NHS).

Bien que portée par le programme CNR[4], l'adaptation de ce modèle à la France a été récusée en 1945 par les professions agricoles et par celles, nombreuses, dotées d'un régime " spécial " plus favorable que les dispositions de droit commun. Dans la lignée des lois d'avant-guerre, l'organisation mise en place a donc été professionnelle et indépendante de l'État, les risques couverts limités à la maladie, à la maternité et à la vieillesse, le financement assuré par des cotisations sociales et la gestion paritaire[5].

Les conditions de la Libération ont donc surtout permis de dépasser les oppositions farouches qui avaient entraîné l'échec des tentatives de 1928 et de 1930, notamment celles du patronat et des syndicats médicaux[6] - qui ne sont d'ailleurs pas conviés sur les fronts baptismaux de la nouvelle Sécurité sociale - mais aussi celle de l'extrême gauche puissante en France[7] à l'époque. Les ordonnances de 45 radicalisent le modèle en supprimant deux traits " bismarkiens " qui figuraient dans les lois d'avant-guerre et qui existent toujours en Allemagne : la limitation de l'obligation d'assurance aux salariés dont les revenus étaient inférieurs à un certain seuil et la liberté de choix de la caisse d'affiliation.

Ce dernier point sera vécu douloureusement par la mutualité dont les organisations avaient essaimé partout en France sur des bases diverses (entreprises, professions, proximité géographique) et qui se trouve expulsée de son métier de base. Elle se voit toutefois reconnaître un statut particulier qui fera l'objet d'un Code spécifique, le Code de la Mutualité[8], et certaines mutuelles, notamment les mutuelles de la fonction publique, sont appelées dans l'urgence à assurer le rôle de " caisse primaire " de Sécurité sociale pour leurs sociétaires. C'est à son Congrès d'Aix-les-Bains (18 au 23 mai 1948) que la Mutualité fera son *aggiornamento* en redéfinissant ses missions et s'engageant dans la voie de l'assurance complémentaire ainsi que dans celle de la production de soins à travers des structures mutualistes dédiées.

De 1945 à la fin des années 70

L'extension de la protection

Au total, loin de sa réputation, l'assurance-maladie de 1945 était donc **inégalitaire** (elle ne couvrait pas les non-salariés), **corporatiste** (avec le maintien des régimes spéciaux et leurs prestations spécifiques), **régressive** (effet du plafonnement de la base des cotisations) et elle laissait à la charge de l'assuré une part importante des dépenses, voire l'intégralité de ces dernières dans le cas des longues maladies après 3 ans !

Tous les traits précédents vont cependant être progressivement gommés au cours des décennies suivantes selon une logique constante d'universalisation et d'extension de la couverture.

La part de la population couverte qui était de l'ordre de 70 % en 1945 s'est progressivement élargie avec l'intégration des exploitants agricoles en 1961, et des non-salariés dont le régime autonome d'assurance maladie et maternité est créé le 12 Juillet 1966. En 1978, certaines professions atypiques comme les ministres des cultes sont inclus de même qu'est créé régime d'assurance individuelle pour les personnes sans affiliation professionnelle. En 1978, la couverture par les régimes de

---

[3] Lord Beveridge : " *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services* ", 1942.

[4] Le Programme du CNR prévoyait, au titre des " mesures à appliquer dés la libération du territoire ", " un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ".

[5] Ordonnance du 4 Août 1945, art.1 : " Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travail-leurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent ". La Sécurité sociale à la Française ne sera donc pas universelle mais réservée aux " travailleurs ", c'est-à-dire dans la terminologie de l'époque aux salariés, et elle ne couvrira que certains risques, excluant notamment le chômage qui fera l'objet d'une compensation et d'une organisation séparée.

[6] On sait en particulier que le syndicalisme médical s'est unifié en 1928 autour d'une " charte de la médecine libérale ", en réaction à la menace perçue d'une médecine sociale

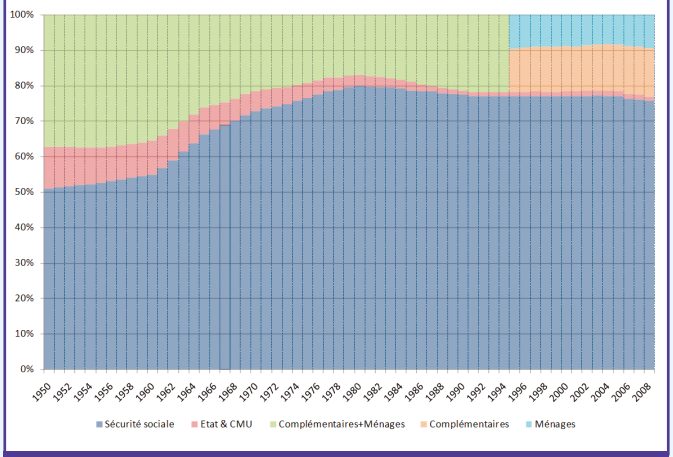
[7] Le parti communiste, alors récent, appliquant la ligne " classe contre classe " de la 3ème Internationale, dispute à la SFIO la direction de la classe ouvrière après le Congrès de Tours (1920) en s'opposant à toute avancée " réformiste ".

[8] Ce statut ne disparaitra de facto que dans les années 90 quand seront transposées les directives européennes assimilant les " mutuelles de 45 " à des sociétés d'assurance " normales ".

base de l'ensemble de la population est pratiquement réalisée et 98,4 % de la population bénéficie de l'assurance-maladie dont 79 % au titre du régime général.

Parallèlement, la qualité de la couverture publique s'améliore avec l'instauration, dés les années 50, des deux cas majeurs d'exonération du ticket modérateur qui existent toujours : les maladies de lon-gue durée et les soins lourds, notamment hospitaliers. En 1955, l'assurance " longue maladie " est intégrée au régime commun avec la suppression de toute limite de durée pour la prise en charge des pathologies chroniques. Dans la foulée est adopté le principe d'une exonération du ticket modérateur pour certaines maladies, initiant ce qui deviendra le régime des " *Maladies Longues et Coûteuses*[9]", puis, à partir de 1986, celui des " *Affections de Longue Durée* " (ALD)[10] . Ce dispositif a connu le succès que l'on connaît : près de 9 millions de personnes représentant plus de 60 % des remboursements en bénéficient aujourd'hui. Toujours en 1955 est introduit le principe d'une exonération de ticket modérateur pour " *les actes de la nomenclature générale des actes professionnels d'un coefficient supérieur à 50*[11]" qui existe toujours sous forme inversée d'une contribution forfaitaire de 18 EUR sur tous les actes dont le tarif conventionnel est inférieur à 91 EUR[12].

Graphique 1 : Le financement des dépenses de santé 1950-2008



***Note :** Jusqu'en 1994, la comptabilité nationale de la santé confondait les parts respectives des assurances complémentaires et des ménages dans un poste unique " dépenses privées ".*

Sous l'effet de ces deux facteurs, le taux de socialisation publique des dépenses de santé progresse fortement pour atteindre son maximum (80 %) en 1980 (graphique 1). Il se stabilise ensuite autour de 77 % avec un léger fléchissement (perte d'un point environ) à partir de 2006.

Le contexte est par ailleurs celui d'une expansion extensive et quantitative du système de santé. La densité de médecins double pratiquement entre 1960 (environ 67 praticiens pour 100.000 habitants) et 1976 (119 médecins pour 100 habitants), le nombre de lits dans les hôpitaux publics, dont le statut est profondément affecté par la loi Debré de 1958[13], ne cesse de croître atteignant son maximum historique en 1978 avec 730.000 lits dont 335.000 de court séjour (contre 550.000 lits dont 220.000 de court séjour aujourd'hui). La consommation des soins qui, dans les années 50 représentait moins de 3 % du PIB, atteint les 6 % en 1979.

La Sécurité sociale subit elle-même une profonde réorganisation avec l'ordonnance du 21 Août 1967 qui remplace la Caisse unique de Sécurité sociale par trois grandes caisses nationales pour la maladie, la vieillesse et la famille (respectivement CNAMTS, CNAV, CNAF) et par un organisme financier commun, l'ACOSS. Mais, en dépit de cette réorganisation et de la progression du taux de couverture, le modèle français d'assurance maladie est resté très largement fidèle à ses principes initiaux. Ce n'est qu'à partir de 1990 que, sous le double effet du ralentissement de la croissance économique et de la croissance continue des dépenses de santé, se mettra en place un processus progressif d'étatisation.

Le grand tournant des années 90...

Si le souci de contrôler les coûts des soins remboursables est présent dés le début de la Sécurité sociale selon des modalités variables[14], le thème de la " *maîtrise des dépenses de santé* " n'apparaît véritablement dans l'agenda politique qu'avec le Plan Barre de 1976 dont l'objectif est d'adapter l'économie française à la période de croissance ralentie et de compétition internationale

[9] Avec la suppression de toute notion de délai pour la prise en charge des maladies chroniques, sauf pour les indemnités journalières qui restent limitées à 3 ans.

[10] Le Plan Seguin supprime la célèbre " 26ème maladie ", une catégorie résiduelle de " maladies exonérantes " laissée à l'appréciation du médecin conseil, établit une nouvelle liste plus complète de 30 pathologies et instaure le principe - mal appliqué en pratique - d'une dispense de ticket modérateur limitée à la maladie exonérante. Le système n'a cessé d'évoluer par la suite avec par exemple en 2004, l'obligation d'un protocole de soins établi par la HAS.

[11] Décret n°55-568 du 20/05/55. Le " coefficient " 50 est devenu le K50 avec la création des lettres-clés de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

[12] Changement imposé par le remplacement de la NGAP par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

[13] Qui crée les CHU/CHR et le statut de médecin hospitalier à temps plein.

[14] Ces modalités sont détaillées dans les articles 11 à 14 de l'ordonnance du 19/10/1945. Pour les médecins libéraux, sont prévus des tarifs départementaux ratifiés par des conventions régionales médecins-caisses avec la possibilité de dépassement si " la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien ou d'autres circonstances particulières " le justifient. Un " forfait journalier " s'applique aux hôpitaux publics (hors honoraires). Quant aux médicaments ils sont remboursés sur la base d'un " tarif légal " sous condition qu'ils possèdent " une activité thérapeutique reconnue " et que le prix de vente au public ne dépasse pas le tarif légal de plus de 20 %.

accrue qui s'est ouverte après la crise de 1974. En rupture avec les options plutôt laxistes qui avaient prévalu antérieurement, sera d'abord menée de 1976 à 1990 une politique de maîtrise essentiellement de nature tarifaire et budgétaire, avec comme mesure phare le passage des hôpitaux sous " budget global " en 1985. Parallèlement sont mis en place les premiers " transferts de charge " avec la baisse du taux de remboursement des " médicaments de confort " de 70 % à 40 % en 1976, le premier dé-remboursement de médicaments (les vitamines) en 1986, la limitation de l'exonération du ticket modérateur aux soins en rapport avec la maladie exonérante dans le cas des ALD en 1986 et l'instauration en 1980 du Secteur II à honoraires libres pour les médecins libéraux, qui déconnecte le tarif de remboursement du prix effectif et laisse le " dépassement " à la charge du patient ou de son assurance complémentaire.

Cette politique s'étant avérée économiquement peu efficace et socialement dangereuse, émerge progressivement au début des années 90 l'idée qu'une maîtrise effective et durable des dépenses nécessitait, au-delà des ajustements tarifaires, des changements d'organisation ainsi que des modifications de comportement des agents, professionnels de santé et patients. Toutes les dispositions conventionnelles, réglementaires ou législatives qui sont se succédées depuis lors, issues de la droite comme de la gauche, ont porté la marque de cette réorientation stratégique :

- La convention de 1990 qui ferme (partiellement) le secteur II à honoraires libres créé dix ans plus tôt et voit la première tentative d'organisation de filières de soins, avec la notion très disputée de " médecin référent "[15];

- La Loi Teulade de 1993 qui modifie le champ conventionnel, crée les Union locales de médecins libéraux (URML), introduit les obligations de formation continue et d'évaluation des médecins, ouvre la possibilité des " *référentiels de pratique médicale*[16] " et crée l'obligation pour les médecins de communiquer aux caisses le codes des actes effectués sur leur patients ;

- Le Plan Juppé de 1996 qui organise le contrôle parlementaire des dépenses de santé, donne un statut juridique au médicament générique, réforme les structures des caisses (avec les URCAM), expérimente les filières et réseaux de soins, met en place les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et nationalise la dette de la Sécurité sociale en la transférant à la CADES, un établissement public financé par une nouvelle contribution parafiscale, la CRDS ;

- La loi CMU de 1999 qui universalise la protection de base et crée une protection complémen-taire gratuite sur financement public pour des assurés à faibles ressources ;

- La loi de réforme de 2004, votée dans un contexte de " déficit abyssal " (13 Mds d'EUR), qui réunit les différentes caisses publiques au sein de l'UNCAM, renforce le pouvoir du directeur général, introduit le dispositif de " médecin traitant[17] " et met en route le Dossier médical personnel (DMP) ;

- La loi HPST de 2009, enfin, dont les mesures phares sont, comme on sait, la création des ARS qui fusionnent au plan régional les organes de l'État et ceux de l'assurance-maladie et la réforme de l'hôpital public. Nous y reviendrons.

Les changements les plus profonds ont affecté le financement et la gouvernance amorçant un processus d'étatisation progressive du système qui n'est sans doute pas terminé. La loi CMU de 1999, dont le volet assurance base crée une affiliation sur critère de résidence (et non plus exclusivement sur critère professionnel) ainsi que le basculement sur la CSG[18] en 1996 de la quasi-totalité de la part " salariale " des cotisations sociales en 1996 (figure 2) ont rapproché le système français du modèle beveridgien de couverture universelle étatique[19].

Le modèle de démocratie sanitaire, enfin, change également avec l'effacement du monopole syndical sur la représentation des assurés sociaux et l'abandon de l'élection comme mode de désignation de leurs représentants. Les lois d'organisation d'octobre 1946 accordaient au contraire une très large place aux processus électoraux, allant jusqu'à fixer au centimètre

---

[15] Le projet de MG-France, syndicat formé de généralistes sécessionnistes de la CSMF et proche du gouvernement de gauche (Claude Evin est ministre des affaires sociales) est un nouveau partenaire conventionnel, accède au statut de partenaire conventionnel et obtient un avenant sur la création d'un médecin référent qui, dans son esprit, est la première étape vers un " *gate-keeper* " à l'anglaise.

[16] Les " Références Médicales Opposables " de 1994 en sont directement issues. Les RMO déchireront le syndicalisme médical avec l'adhésion douloureuse de la CSMF et l'opposition résolue de MG-France.

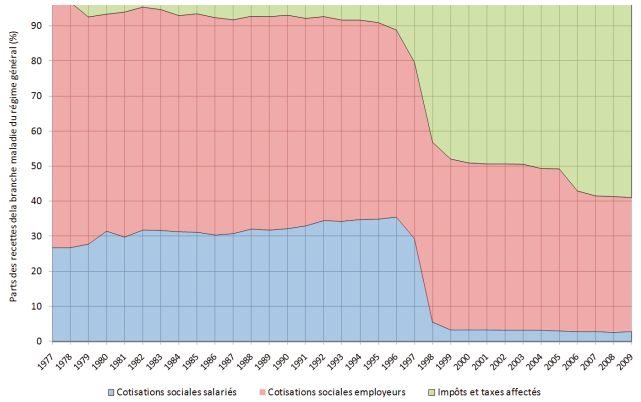
[17] Pour succéder au dispositif du " médecin référent " qui n'a jamais réussi et qui a pâti d'avoir été conçu, à l'origine, comme une arme contre la médecine spécialisée, voire contre la médecine libérale, plutôt que comme un dispositif techni-que de fidélisation et de suivi des patients.

[18] Créée en 1990 pour le financement de l'assurance-vieillesse.

[19] Le financement a été également fiscalisé par l'affectation à la Sécurité sociale de taxes soit antérieurement perçues par l'Etat (tabac, alcool) soit spécialement créées à son bénéfice (taxes et prélèvements divers sur l'industrie et sur la distribu-tion pharmaceutique, contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, etc.). De même que par la création de la CRDS (environ 6 Mds d'EUR par an) constitue un mode indirect de fiscalisation qui ne figure pas au poste recettes des caisses.

près la taille des affiches électorales et des bulletins de vote[20]. La tendance actuelle - qui se manifeste notamment pour la gestion des hôpitaux et des ARS - consiste à remplacer les grands conseils d'administration des organismes sociaux, par des organes spécialisés, inspirés du secteur privé, avec un directoire restreint composé de cadre exécutifs et un conseil de surveillance faisant une place aux associations de patients et aux élus comme représentants désignés des assurés et des ayants-droits.

Figure 2 : Financement de la branche maladie du régime général



Une " beverigisation " mal vécue par l'opinion publique et les professionnels de santé

Ainsi, au cours des années récentes, l'assurance maladie s'est universalisée, étatisée, fiscalisée et elle apparaît finalement plus égalitaire, plus équitable, plus protectrice que le modèle de 45. Elle s'est rapprochée du modèle beveridgien, généralement tenu comme plus juste socialement et plus efficace économiquement. Grace à l'assurance complémentaire qui est un des traits distinctifs historiques de la France et qui a été quasi-généralisée par le volet complémentaire de la Loi CMU de 1999, le reste à charge des Français se situent autour de 9 % de la dépenses de soins, ce qui est l'un des taux les plus bas observés dans le monde (figure 2). D'où viennent alors le trouble et l'inquiétude qui agitent l'opinion publique ? Plusieurs réponses peuvent être suggérées.

Cohérente dans son fond et dans son but, cette évolution a néanmoins été graduelle, tâtonnante, conflictuelle, avec des dispositions mal ou pas appliquées et une multiplication de plans dont chacun accrédite l'échec du précédent. La rhétorique politique a le plus souvent été contradictoire affirmant simultanément que le système était bon - le " meilleur du monde " - mais qu'il devait néanmoins se réformer en profondeur. S'est ainsi installée dans l'opinion publique l'impression décourageante de problèmes récurrents, impossibles à résoudre, conduisant néanmoins un système devenu incontrôlable au bord de l'implosion financière.

Par ailleurs, la plupart de ces plans et lois comportait un volet de " *mesures financières à court terme* " qui accaparait bien légitimement l'attention des médias et de l'opinion publique et occultait les mesures structurelles. Ainsi, par exemple, le Plan Juppé a-t-il mis en place la nouvelle taxe pour le remboursement de la dette sociale, instauré un prélèvement social de 1,2 % sur les retraites, créé une contribution spécifique de l'industrie pharmaceutique, etc. Le plan de 2004 a instauré la participation forfaitaire des usagers de 1 EUR sur les consultations et visites, revalorisé le forfait hospitalier et créé une contribution additionnelle de 0,03 % du CA à la C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés), etc. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 a instauré les fameuses " franchises médicales " qui ont profondément troublé l'opinion publique. L'évolution structurelle du système n'a ainsi été appréhendée qu'à travers des mesures financières récurrentes, sans vision toujours claire de ses transformations et de son avenir.

L'appréciation négative tient aussi au fait qu'indépendamment de sa dimension financière, l'évolution du système s'est avérée contraignante. Contraignante pour les patients appelés à contribuer davantage et à s'inscrire dans un " parcours de soins ", mais aussi contraignante pour les médecins qui ont vu progressivement remettre en cause les principes traditionnels de la médecine libérale qui avaient survécu, tant bien que mal, à la création de la Sécurité sociale.

Le courant " conventionnaliste " (mené dans les années d'après-guerre par Jacques Monier, président de la CSMF, partisan résigné de la négociation avec l'État) a finit par l'emporter au sein du syndicalisme médical, et est même parvenu à les faire inscrire dans le Code de la Sécurité sociale en 1971[21], en échange de l'adhésion aux tarifs opposables et de la signature de la première Convention médicale[22]. Malgré cela, sous la pression des circonstances et aussi sans doute au nom de considérations doctrinales directement inspirées du

[20] Les dernières élections ont été tenues en 1983 et, en 1996, un processus de désignation de représentants syndicaux a été substitué à l'élection directe par salariés.

[21] Art L162- CSS : " Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin ".

[22] L'idée de tarifs nationaux opposables se substituant aux tarifs conventionnels départementaux date en réalité de 1960 à l'initiative de Paul Bacon, syndicaliste chrétien devenu député MRP et ministre du travail dans le 1er gouvernement De Gaulle.

modèle britannique, ces principes ont été progressivement ruinés, avec le développement de dispositifs comme le tiers-payant, les référentiels professionnels, les restrictions de prescription d'un nombre croissant de médicaments, l'évaluation des pratiques, les filières et parcours de soins, la collecte de données patients, etc. Le processus n'est sans doute pas terminé. Nous y reviendrons.

Une " beveridgisation " plus formelle que réelle...

Un point essentiel qu'il faut souligner ici est que le processus de " beveridgisation " a davantage affecté les formes institutionnelles et, dans une certaine mesure, les modalités de la régulation des dépenses, que le fond philosophique sur lequel repose le modèle français.

La philosophie beveridgienne est en effet fondamentalement une philosophie d'assistance consistant à offrir à tous les citoyens un accès gratuit à des soins de base financés par l'impôt, avec un modèle de redistribution verticale entre riches et pauvres. L'organisation des soins avec son universalité, sa gratuité (au point de délivrance), son financement par l'impôt (progressif) et le passage obligé par des cabinets de " soins primaires " ne font que traduire cette option philosophique.

Par contraste, la doctrine sous-jacente du modèle " bismarkien " à la française consiste à créer les conditions d'une **égalité d'accès aux soins tels qu'ils sont** et non à susciter un modèle de soins de base minimaux, universels et gratuits ! De tradition mutualiste et assurantielle, la solidarité " à la française " est d'abord " horizontale ", entre malades et biens-portants, avant d'être " verticale " entre riches et pauvres. Cette notion a été largement défendue y compris par les syndicats qui, selon la tradition française, se méfiaient de l'État[23] et ne craignaient rien tant qu'une " *médecine à deux vitesses* ", confortable et de qualité pour les " riches ", minimale et sociale pour les autres !

Cette opposition doctrinale n'est pas ses conséquences pratiques. La prise en charge publique d'un traitement très coûteux qui ne prolonge que de quelques semaines la vie d'un patient en phase terminale, peut être refusée au nom de la philosophie beveridgienne - qui considérera que la thérapie sort du champ d'application du contrat de soins minimaux et menace la viabilité du système - et acceptée au nom de philosophie française qui trouvera insupportable que le " riche " puisse se procurer le dit traitement sur le marché s'il ne fait pas l'objet d'une prise en charge publique. La possibilité d'un " rationnement " économique a été ainsi inscrite dés l'origine dans les gènes du NHS britannique au nom du droit à des soins minimaux gratuits pour tous, alors qu'elle a été génétiquement exclue de l'idée française de " l'égalité d'accès à des soins de qualité ".

L'évolution des années 90 a donc fait naître un système mixte dans lequel la " beveridgisation " organisationnelle et institutionnelle s'associe de manière plus ou moins contradictoire à une philosophie politique et sociale de type " bismarkien ", où le modèle dominant de solidarité est horizontale. L'attachement à ce modèle (" *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* ") est réguliè-rement réaffirmé, y compris dans le préambule des lois récentes de réforme. De même, confronté en 1999 aux trois scénarios pour la CMU complémentaire proposés par le rapport du député Jean-Claude Boulard, le scénario " tout complémentaire ", le scénario " tout CNAM " et le scénario " tout État ", le gouvernement a finalement choisi, comme on sait, un scénario mixte associant les complémentaires et la CNAMTS qui avaient plaidé leur cause en faisant ressortir que " *le système français de protection sociale n'était pas un système d'assistance fondé sur un critère de revenu mais sur un critère de besoin*[24] ".

Conclusion

Vers un nouveau modèle ?

Au total donc, pour répondre à la question qui constituait le titre de ce papier : " *le modèle de 45 est-il mort ?* ", la réponse pourrait être " *oui, très largement* " en ce qui concerne le plan organisationnel et institutionnel, et " *non, pas encore* " pour ce qui est de la philosophie sociale qui reste fondée sur une logique assurantielle et mutualiste privilégiant la redistribution horizontale.

Un scénario possible - et même probable - d'évolution pourrait consister à achever la mutation beveridgienne de l'organisation du système et à adopter, en parallèle, une philosophie de la protection sociale plus conforme à cette organisation étatisée et plus proche de la notion d'assistance. Cette double évolution offrirait l'avantage pragmatique de permettre des allègements de

[23] Rappelons s'il en est besoin que la tradition syndicale française a toujours récusé le trade-unionisme, fondement de la social-démocratie britannique.

[24] Interview d'Etienne Cagniard, négociateur pour le compte de la Mutualité, dans la revue Projet de décembre 2001. Le mouvement associatif avait pour sa part milité pour la solution " tout État ", conforme à une mission d'assistance, les mutuelles et les complémentaires étant soupçonnées de " *faire du profit sur les pauvres* ".

dépenses, par exemple en diminuant les prestations servies à la partie la plus favorisée de la population, sans pré-judice pour les autres… Au prix toutefois d'un sacrifice du fameux principe de solidarité horizontale qui serait substitué par des mécanismes classiques de solidarité verticale.

En ce qui concerne l'achèvement de la transformation structurale du système français, **trois grands chantiers sont d'ores-et-déjà en cours**, dont on peut prédire sans risque qu'ils constitueront l'objet des prochaines réformes.

Le premier est celui de la médecine libérale, ou de ce qu'il en reste. Le processus de démantèlement du statut traditionnel va se poursuivre, notamment avec la remise en cause de la sacro-sainte liberté d'installation. La Loi HPST votée en 2009 a en effet mis en place des dispositifs nouveaux, comme par exemple l'intégration des médecins libéraux aux futurs Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) qu'élaboreront les futures ARS. Si, à partir de 2012[25], ces schémas faisaient apparaître une " *offre de soins de premier recours* [qui] *ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé* ", le directeur de l'ARS sera en droit de proposer aux médecins libéraux des " *contrats de solidarité* " par lesquels ils s'engageront à répondre aux besoins locaux, avec des pénalités financières pour ceux qui les refuseraient (Art. 43 de la Loi HPST). La même loi réaffirme les obligations de " *service public de permanence de soins* " de tous les médecins et introduit la notion nouvelle au plan légal de " *médecin généraliste de premier recours* " qui importe en droit français la notion de " *primary care* " dont on connait le rôle central dans les systèmes beveridgiens.

Par ailleurs, le fameux secteur II à honoraires libres, ouvert en 1980 et restreint en 1990, est sans doute condamné à terme à la fois pour des raisons de principe et à cause de l'envolée des dépassements ces dernières années. En Octobre 2009, a ainsi été créé, par voie conventionnelle, un " *secteur optionnel* " ouvert aux chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens avec l'obligation d'effectuer un quota de 30 % d'actes au tarif conventionnel et de limiter à 50 % les dépassements du tarif opposable pour les autres. En échange, les praticiens bénéficient d'une prise en charge par les caisses d'une partie de leurs cotisations sociales. Si la formule ne semble pas assez attractive pour constituer une réelle alternative au secteur II, sur la base du volontariat, elle témoigne de la pression continue qui s'exerce sur ce dernier. L'échec prévisible de ce secteur optionnel conduira inéluctablement les pouvoirs à une action contraignante, dont les modalités restent encore à trouver.

L'organisation de la sécurité sociale constitue un deuxième chantier de la " beveridgisation ", plus technique et sans doute plus indifférent à une opinion publique qui prête en général assez peu d'attention à l'ingénierie administrative. La création des ARS qui concentrent les compétences régionales de l'assurance maladie et des caisses a constitué, nous l'avons vu, une étape importante du processus d'étatisation. Sans tutelle au-dessus d'elles - autre qu'un " comité de coordination " aux missions floues - et sans réels relais sur le terrain, puisque les CPAM restent rattachées à l'assurance maladie, ces ARS sont en quelque sorte suspendues en l'air, dans une situation sans doute intenable à terme. Elles ont toute latitude pour planifier et organiser l'offre de soins, mais elles sont privées de moyens d'action pour une gestion du risque, pourtant inscrite au nombre de leurs missions. En réalité, elles ne peuvent pleinement exister et remplir leurs fonctions légales qu'en repoussant l'assurance maladie dans le simple rôle de " *payeur aveugle* " que cette dernière n'a cessé de récuser toutes ces dernières années. Une évolution institutionnelle logique serait la création de l'Agence nationale de santé (ANS) qui avait été envisagée mais abandonnée précisément pour éviter de donner le signal d'une étatisation complète qui aurait été mal vécue par les partenaires sociaux. La situation actuelle est instable et devra sans doute évoluer, notamment si le comité de coordination peine à trouver sa place.

Le dernier chantier, plus politique et plus urgent, est celui du financement. Le gigantesque déficit du Régime général - plus de 20 Mrds d'euros en 2009 et plus de 30 en 2010 - appellera inévitablement des mesures énergiques si, comme c'est probable, la croissance économique ne connait pas de rebond spectaculaire en 2010 et 2011. On sait que le seul retour à la croissance antérieure - autour de 2 % par an en termes réels et de 3-4 % en termes nominaux - ne suffira pas à réduire le déficit compte tenu de la dynamique des dépenses. Rappelons que la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a prévu une croissance de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) de 3 %. En dépit de la politique du " ni-ni " affichée du gouvernement (ni baisse des prestations, ni aug-mentation des prélèvements obligatoires) il est probable que la CSG devra être majorée d'un point (8 milliards d'Euros environ) ou d'un demi-point dans les années qui viennent. Cela contribuerait à accentuer la fiscalisation du système. Comme le ferait le basculement des charges sociales patronales sur la CSG, souvent évoqué mais toujours repoussé pour des raisons qui tiennent davantage à la symbolique politique qu'à l'efficacité économique. Irait également dans le sens de la fiscalisation et dans celui de la " *redistribution verticale* ", l'idée parfois avancée d'une

[25] Ce délai de trois années a été une concession accordée aux syndicats médicaux farouchement opposé à la régulation des conditions d'installation.

fusion de la CSG avec l'impôt sur le revenu, qui, en rendant progressif le financement de la Sécurité sociale, constituerait une rupture avec la logique de financement proportionnel par cotisations sociales.

Mais **le vrai changement paradigmatique**, qui marquerait un changement radical et signerait la répudiation définitive du modèle de 45, **consisterait à concentrer les prestations de l'assurance maladie obligatoire sur la partie la plus défavorisée de la population**, qu'il s'agisse des patients les plus sévèrement atteints ou des plus démunis financièrement. L'assurance maladie publique s'inscrirait alors dans la logique d'assistance dont on a rappelé qu'elle était profondément étrangère à l'esprit mutualiste et assurantiel de 1945.

La tendance récente à transférer aux assurances complémentaires une part croissante des dépenses va dans ce sens. Elle a déjà contribué à dichotomiser le système public d'assurance maladie, le taux moyen de prise en charge (de l'ordre de 76 %), recouvrant en réalité en effet deux situations distinctes, celle des patients pris en charge à 100 % sur fonds publics, soit au titre d'une ALD (9 millions de personnes), soit au titre d'une hospitalisation, soit encore au titre de la CMU (4,5 millions de personnes)[26], et celle des personnes non hospitalisées ne relevant pas d'une ALD et ne bénéficiant pas de la CMU, dont le taux de prise en charge publique n'excède pas 60 %. Le solde est couvert par des assurances complémentaires " normales " (hors CMU) ou, pour la partie résiduelle de la population sans complémentaire, par un financement direct. Ce dualisme croissant, où les " riches " et les " biens portants " voient réduire leur prise en charge publique, constitue une modalité silencieuse de substitution d'une solidarité " verticale " à la solidarité " horizontale ", longtemps considérée comme l'horizon indépassable du système.

Le dispositif du " *bouclier sanitaire* " évoqué par Martin Hirsch, Haut Commissaire aux solidarités actives, à l'occasion du débat sur les franchises médicales en juin 2007 et élaboré par Raoul Briet et Bertrand Fragonard[27] accentuerait cette évolution, s'il était mis en œuvre. On sait que l'idée du bouclier sanitaire consiste à remplacer toutes les formes de participation des usagers (ticket modérateur, franchises, forfait hospitalier, etc.) par un mécanisme unique de plafonnement du " *reste à charge* " des assurés, les dépenses étant intégralement remboursées au-delà d'un certain seuil (une " *franchise* " en termes assurantiels) qui serait laissé à la charge des patients. Dans la mesure où le " *reste à charge* " aurait vocation à être modulé selon les revenus des assurés, le bouclier sanitaire s'inscrit lui aussi clairement dans la ligne de la solidarité verticale.

Il paraît donc clair que le processus de transformation structurelle du système de santé amorcé dans les années 90 n'est pas parvenu à son terme. Des étapes importantes ont été franchies, le plus souvent de manière pragmatique, avec la volonté de rationaliser et de rendre plus efficaces les logiques de régulation des dépenses sans (trop) pénaliser l'accès aux soins. Cette stratégie a été jusqu'à présent et dans une certaine mesure couronnée de succès. Le rythme de croissance des dépenses a diminué sans que l'équité et l'égalité dans l'accès aux soins aient été gravement remises en cause. Mais le système est devenu institutionnellement instable et la décroissance des recettes de l'assurance maladie en période de faible croissance n'a pas permis de retrouver un équilibre financier. La crise de 2008 et 2009 a au contraire creusé le déficit public à un niveau sans précédent. Les mêmes causes produisant les mêmes effets, il faut donc s'attendre à la poursuite des processus d'étatisation et de fiscalisation, d'une part, et de concentration du financement publique sur le " gros risque " et sur la partie la plus défavorisé de la population, d'autre part. **L'opinion publique qui a plutôt accepté la logique de changement jusqu'à aujourd'hui, continuera-t-elle à le faire quand elle s'apercevra que le modèle traditionnel de solidarité sur lequel repose la Sécu n'existe plus ? C'est certainement un des grands enjeux du débat politique de 2012.**

Claude LE PEN
Université Paris-Dauphine
Président du Collège des Economistes de la Santé

[26] La CMU est en effet financée par l'État et correpond donc à une prise en charge publique qui intervient dans 90 % des cas à travers les caisses primaires d'assurance-maladie. Le plafond de revenu est de 7.521 EUR/an pour une personne seule et de 11.282 EUR/an pour un couple sans personne à charge.

[27] Raoul Briet et Bertrand Fragonard (avec le concours de Pierre-Jean Lancry) : Mission Bouclier sanitaire, 27 septembre 2007.