



**HAL**  
open science

## Assurance et métrologie : le grand tournant de la médecine capitaliste

Nicolas da Silva, Jean-Paul Domin

► **To cite this version:**

Nicolas da Silva, Jean-Paul Domin. Assurance et métrologie : le grand tournant de la médecine capitaliste. Anne Fretel; Anne Bory; Sylvie Célérier; Florence Jany-Catrice. Politiques sociales en mutation : quelles opportunités et quels risques pour l'État social, Presses universitaires de Louvain, pp.181-196, 2016, 978-2-87558-489-2. hal-02068434

**HAL Id: hal-02068434**

**<https://hal.science/hal-02068434v1>**

Submitted on 5 Oct 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Assurance et métrologie : le grand tournant de la médecine capitaliste

Nicolas Da Silva, EconomiX (UMR 7235), Université Paris Ouest Nanterre la Défense.

Jean-Paul Domin, Regards (EA 6292), Université de Reims Champagne-Ardenne et CEPN (UMR 7234)

**Résumé :** Ce travail s'intéresse aux transformations en cours au sein du système de santé. Après avoir mis en évidence le double mouvement d'industrialisation de la médecine libérale et de l'assurance maladie complémentaire, cet article montre que la récente mise en place du tiers payant prépare la marchandisation du système de santé.

**Abstract :** This paper deals with the ongoing within the health system. After evidencing the double movement of 'industrialization' of private health provision and supplementary health insurance, we will demonstrate how the recent introduction of third-paying system is the first step towards merchandizing the health system.

## ***Introduction***

Ce titre peut paraître énigmatique, il fait explicitement référence à un ouvrage de Henri Hatzfeld (1963) qui décrit la grande transformation qu'a connue la médecine libérale à partir du décret du 12 mai 1960 et notamment l'intervention croissante de la caisse d'assurance maladie dans le colloque singulier. La transformation repose sur un compromis : la certitude d'un revenu défini par la convention pour les médecins et la couverture socialisée des besoins de santé de la population. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, la médecine libérale a connu un développement sans commune mesure grâce à la socialisation de la demande. La transformation actuelle prépare un nouveau stade que l'on peut qualifier de médecine capitaliste qui repose sur un tournant métrologique et assurantiel.

Le tournant métrologique est un trait récent de la politique de santé. *Le New public management* exige des médecins qu'ils suivent des *guidelines* de plus en plus stricts et qu'ils fassent des actes normalisés. C'est un des principes de la gouvernance qui repose sur l'imaginaire cybernétique et la programmation des individus (Supiot, 2015). La solution passe alors par une standardisation en termes de codification (Boltanski et Chiapello, 1999). La qualification de l'acte médical ne constitue en rien un antidote à l'incertitude, c'est un moyen de construction de l'individualisation du bien (Callon, 2002). Elle permet essentiellement de mettre en place ce que Lucien Karpik (2007, p. 68) appelle un dispositif de jugement qui vise à « *satisfaire un impératif généralisé : réduire et si possible faire disparaître le déficit cognitif qui caractérise les consommateurs sur les marchés des singularités* ».

Le tournant assurantiel repose sur une transformation radicale du secteur de l'Assurance maladie complémentaire (AMC). En effet, depuis la loi du 31 décembre 1989, le secteur est organisé autour de trois intervenants assez différents les uns des autres : des mutuelles et des institutions de prévoyance (IP), que l'on peut ranger au sein de l'économie sociale et solidaire, et des sociétés d'assurance. Le secteur connaît depuis quelques années une transformation radicale. Le premier trait de cette évolution repose sur une concentration importante (entre 2001 et 2014, le nombre de mutuelles, d'IP et d'assurance a diminué de 66 %). Dans le même temps, les intervenants sur ce marché connaissent une reconfiguration passant par des alliances et des formes juridiques nouvelles (Abecassis *et al.*, 2014). L'union entre la Mutuelle

générale de l'éducation nationale (MGEN) et Harmonie mutuelle préfigure des alliances plus importantes. La croissance du chiffre d'affaires du secteur est assez significative des évolutions en cours. De 2001 à 2013, il est passé de 17 à 34 milliards.

L'objectif de ce travail est de comprendre les ressorts des deux transformations en cours et de montrer que ces différentes mesures, apparemment désordonnées et sans logique commune, font sens. Elles participent de l'édification d'un marché de la santé. Ce travail s'inscrit dans une perspective institutionnaliste de l'économie de la santé.

Nous organiserons notre propos en deux temps. Nous étudierons dans un premier temps le double mouvement d'industrialisation de la médecine et de l'assurance complémentaire (1). Nous verrons ensuite que le tiers payant constitue le marchepied de la marchandisation de la santé (2).

## ***1. La médecine à la rencontre de l'assurance : un double mouvement d'industrialisation***

Depuis la fin des années 1980, un mouvement d'industrialisation touche la médecine et l'assurance maladie complémentaire. D'une part, un mouvement de normalisation de la pratique médicale se développe. Il repose sur l'essor de *guidelines* incitant les praticiens à respecter des normes standardisées de pratiques (1.1). D'autre part, un marché de l'assurance se développe. Il repose sur une généralisation de la couverture complémentaire, mais également un mouvement complexe de concentration des opérateurs (1.2).

### **1.1. L'industrialisation de la médecine libérale**

L'histoire de la médecine libérale peut se lire comme la tentative pour les professionnels d'échapper à deux institutions de régulation présentées comme également nuisibles pour la qualité des soins : le marché et l'État. Contre le marché, les médecins refusent le principe de fixation des prix par le libre jeu de la concurrence car la compétition sur les prix porterait en elle le risque de nivellement par le bas des soins. Contre l'État, les médecins refusent le principe de socialisation du financement et de l'organisation des soins dans la mesure où le respect de normes édictées par le politique risque d'entrer en contradiction avec l'intérêt premier des patients.

Dans le contexte de socialisation croissante du financement des soins du début du XX<sup>e</sup> siècle, le congrès médical du 30 novembre 1927 consacre cette position par la signature de la Charte de la médecine libérale qui exige pour l'exercice d'une médecine de qualité le respect de plusieurs principes qui structurent aujourd'hui encore la profession. Deux d'entre eux sont importants : l'entente directe (paiement des honoraires directement par le patient sur un prix non déterminé à l'avance) et la liberté thérapeutique (le médecin choisit librement le protocole de soin et les prescriptions associées).

En dépit des représentations profanes sur les assurances sociales de 1928-1930 et sur les ordonnances de 1945 créant la Sécurité sociale, il faut attendre 1971 pour voir l'accès généralisé à la médecine de ville. Même avec la création de la Sécurité sociale, l'opposition de la profession médicale à coopérer avec le financeur des soins empêche la solvabilisation des patients (Vallat, 2001). En effet, tant que les médecins n'ont pas accepté une régulation de leur prix, il est financièrement impossible pour les caisses de s'engager à rembourser les soins. Ce n'est qu'à partir du décret du 12 mai 1960 que l'opposition médicale se fissure (Hatzfeld, 1963). La première convention médicale nationale signée le 28 octobre 1971 prévoit un tarif opposable, uniforme sur tout le territoire. Les médecins signataires s'engagent à pratiquer ce tarif, au détriment de la libre entente, et la Sécurité sociale s'engage à rembourser 80 % des soins des patients.

Cette émergence tardive de l'accès à la médecine de ville sera pourtant de courte durée. Au même moment, commence le grand bond en arrière du retrait de l'État social (Domin, 2016). L'*agenda* change radicalement. Plutôt que de chercher à étendre l'accès aux soins, il s'agit désormais de promouvoir la maîtrise des budgets publics. La convention médicale de 1980 prévoit ainsi l'autorisation de pratiquer des dépassements afin que la revalorisation des honoraires médicaux puisse se faire sans peser sur les comptes sociaux. Malgré des tentatives de régulation des prix, notamment en 1990 et en 1995, la médecine de ville se caractérise jusqu'à aujourd'hui par la croissance non maîtrisée des dépassements d'honoraires qui a un impact négatif sur l'accès aux soins. Parallèlement à ce désengagement partiel sur la régulation des prix, la politique publique se distingue à partir des années 1990 par la tentative de réguler les pratiques – et donc par la remise en cause de la liberté thérapeutique (Da Silva et Gadreau, 2015). À l'image de l'argumentation dans d'autres sphères d'interventions publiques, l'hétérogénéité des pratiques professionnelles est analysée comme un écart à la norme – la bonne pratique – causant de nombreuses inefficacités économiques (gaspillage des ressources, opportunisme des acteurs, ...) et des problèmes de qualité.

Dépourvu de légitimité pour établir des normes de pratiques, l'État va alors s'appuyer sur un champ médical ancien et en expansion : la médecine fondée sur les preuves, qui place au sommet de la hiérarchie, la technique de l'essai clinique randomisé. Au nom de la qualité des soins, ce sous-ensemble de la médecine défend l'idée d'une normalisation, au moins partielle, de la pratique médicale face à l'exercice traditionnel fondée sur la singularité de la relation patient-médecin. Il place au centre de ses analyses l'importance primordiale de l'usage des statistiques pour discriminer les meilleures pratiques. S'il y a un *consensus* sur le fait que la médecine fondée sur les preuves constitue un progrès pour le débat sur la qualité des soins, il y a un débat épistémologique très important entre médecins (Da Silva, 2014) (i) sur la capacité de cette méthodologie à épuiser l'ensemble de la réalité médicale et (ii) sur les modalités d'application de ses résultats dans la pratique médicale (obligation, recommandation, formation, rôle du patient, ...).

Malgré la puissance de la controverse dans le champ médical au sujet de la médecine fondée sur les preuves, au début des années 1990, l'État tranche en faveur des défenseurs d'une normalisation des soins. Le premier acte est lancé avec la création des Références médicales opposables (RMO) en 1993. Il ne s'agit plus d'opposer au médecin un prix fixé à l'avance (*i.e.* le tarif opposable), mais une pratique fixée à l'avance. Prenant appui sur les standards chiffrés produits par la médecine fondée sur les preuves, l'assurance maladie devient peu à peu prescriptrice de soins. L'idée est de remplacer un modèle professionnel traditionnel fondé sur la subjectivité de la relation patient-médecin par un modèle industriel fondé sur l'objectivité (prétendue) de la norme chiffrée. Cette dimension objective de la pratique ouvre la perspective du contrôle par des non-médecins et donc la légitimité de l'État en ce qui concerne la gestion de la qualité des soins – la confiance nécessaire à l'échange n'est plus à rechercher dans les compétences morales et techniques du médecin mais dans la structure produisant les normes.

Dans ce cadre renouvelé, la pratique médicale commence à faire l'objet d'une normalisation croissante avec une multiplication des références de bonnes pratiques provenant tant des sociétés savantes médicales que d'un nouvel acteur du paysage sanitaire : les agences de santé. Celles-ci sont des institutions, supposées indépendantes du pouvoir politique, qui ont pour objectif d'émettre un avis d'expert (Benamouzig et Besançon, 2005). Les missions des agences de santé ont évolué au fil du temps avec un rôle de plus en plus contraignant sur les professionnels (Robelet, 1999). Alors qu'en 1989 l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) a principalement une mission de formation, la Haute

autorité de santé (HAS), créée en 2004, procède à l'accréditation de certaines spécialités médicales et à la production constante de normes de bonnes pratiques (Bloy et Rigal, 2012).

En plus de la production et de la certification des normes, les années 1990 ont vu la naissance d'une troisième forme d'institution de l'industrialisation des pratiques<sup>1</sup> : les institutions de contrôle. Dans l'optique de la puissance publique, la normalisation ne peut produire ses effets que si l'activité médicale subit un *minimum* de contrôle. C'est en partie pour cela que de lourds investissements en systèmes d'information ont été décidés (création du Système national inter-régimes de l'assurance maladie -SNIRAM-, généralisation de la carte vitale, informatisation des cabinets de médecin, ...). Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 a permis de développer la responsabilité médicale. En effet, en choisissant un médecin traitant, l'état de santé et les remboursements des patients peuvent désormais être associés à un médecin responsable. Cette évolution a rendu possible l'introduction du paiement à la performance en médecine libérale. La performance se définissant comme le respect d'un standard thérapeutique, les médecins sont incités à homogénéiser leurs pratiques par l'introduction d'un lien arithmétique entre rémunération et performance.

Au total, avec la régulation des pratiques la puissance publique cherche à opérer le basculement d'un modèle où la coordination est fondée sur la confiance en la singularité du médecin à un modèle où la confiance est fondée sur l'agence de santé. Cette normalisation de la médecine libérale n'est pas sans rappeler l'évolution parallèle du secteur de l'assurance santé.

## **1.2. L'industrialisation de l'assurance maladie complémentaire**

Depuis le début des années 2000 le secteur de l'assurance maladie complémentaire (AMC) connaît une évolution en trompe-l'œil. Derrière une apparente tranquillité, le marché devient de plus en plus concurrentiel avec des opérateurs qui se restructurent.

Les organismes complémentaires qui ont la seule charge de rembourser le ticket modérateur ont vu leur clientèle s'étendre. En 1980, 69 % de la population bénéficie d'une couverture complémentaire contre 30 % en 1960. L'engagement de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) ne cesse de croître jusque dans les années 1980. À cette date, la tendance s'inverse (Coudreau, 2004). Le désengagement de la Sécurité sociale est décidé de façon unilatérale, sans aucune concertation avec les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Il pèse essentiellement sur les ménages et leur couverture maladie complémentaire. Dans un premier temps, les mutuelles refusent de prendre en charge le transfert, mais la pression concurrentielle des IP et des sociétés d'assurance les incite à couvrir ce qui était auparavant du ressort de l'assurance maladie obligatoire. La non-coordination des OCAM est un problème sur un marché concurrentiel : ils ne peuvent résister à la pression des assurés qui réclament toujours plus de garanties.

La loi du 31 décembre 1989 fixe les règles entre l'État, les assurés et les OCAM et lisse les divergences en mettant en concurrence les mutuelles, les IP et les sociétés d'assurance. Les mutuelles appelées également Mutuelles 45 relèvent du code de la Mutualité et sont définies par l'article L. 111-1 dudit code comme des « *personnes morales de droit privé à but non*

---

<sup>1</sup> Nous entendons par industrialisation des pratiques le processus visant à substituer le modèle professionnel de production des soins par le modèle industriel (Da Silva, 2014). Cette industrialisation s'appuie sur la conception du soin comme un produit (et non comme un service). Dans cette optique, il existe une nomenclature du produit et donc des procédures standards reproductibles à l'infini permettant d'optimiser la production. L'industrialisation des pratiques suppose alors un ensemble d'outils décalqués du monde de la production industrielle tels que l'usage des statistiques pour définir le produit, l'intervention de procédures de certification, la création de mécanismes de contrôle, etc.

lucratif (...). Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide... ». Les IP sont régies par le code de la Sécurité sociale et sont définies selon l'article L. 931-1 dudit code comme « des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants ». Elles se différencient des mutuelles et des sociétés d'assurance par leur gestion paritaire. Enfin, les sociétés d'assurance constituent le troisième intervenant sur le marché. Elles sont régies par le code des Assurances, mais sont assez disparates dans la mesure où cohabitent des structures assez différentes : des sociétés d'assurance classiques, des bancassureurs et des sociétés d'assurance mutuelle (SAM).

La loi modifie en profondeur l'équilibre du secteur en favorisant l'intervention des compagnies d'assurance et en autorisant les IP à proposer des assurances complémentaires individuelles. Depuis le début des années 2000, le marché de l'Assurance maladie complémentaire se modifie de façon importante. Deux tendances se dégagent assez nettement : la concentration et la constitution de structures dominantes.

La concentration est une tendance assez ancienne et tend à s'accroître depuis le début des années 2000. En 2001, 1702 OCAM sont présents sur le marché (117 sociétés d'assurance, 57 IP et 1528 mutuelles). Cinq ans plus tard, le nombre d'acteurs sur le marché a diminué. 1074 unités sont présentes (99 sociétés d'assurance, 46 IP et 848 mutuelles). En 2014, cette tendance s'est encore renforcée avec 573 OCAM répartis de la façon suivante : 94 sociétés d'assurance, 26 IP et 453 mutuelles. Si le nombre d'entités présentes sur le marché a considérablement diminué (- 66,3 %), ce sont les mutuelles les plus touchées (- 70,3 %) suivies des IP (- 54,3 %) et des sociétés d'assurance (- 19,6 %). La création d'un marché unique européen explique en partie cette évolution. Il contraint les OCAM à se restructurer pour atteindre une taille critique et répondre aux directives dites *Solvency I* et *II*<sup>2</sup>.

La directive *Solvency II* s'articule autour de trois piliers. Le premier est constitué d'exigence quantitative, notamment des marges de solvabilité. Les fonds propres sont encadrés par un minimum absolu (*minimum capital requirement - MCR-*) en dessous duquel l'autorité de contrôle intervient et un capital cible (*solvency capital requirement - SCR-*). Le deuxième pilier définit des normes d'exigence qualitative pour la surveillance et la gestion des risques. L'assureur doit prouver qu'il est en mesure de surveiller l'ensemble des risques assurantiels. Par ailleurs, il doit respecter un certain nombre d'exigence en matière de gouvernance et est dans l'obligation de publier les informations sur ce sujet. Enfin, le dernier pilier est consacré à la discipline de marché et notamment aux critères en matière de *reporting* et de transparence. L'assureur doit fournir un certain nombre d'informations au public, mais également à l'autorité de contrôle.

Le droit français a tenu compte de ces évolutions et a introduit de nouvelles formes de rapprochements entre acteurs. Les premiers, les rapprochements faibles (Union de mutuelles 45, Groupement d'intérêts économiques, union de groupes mutualistes) permettent à des mutuelles 45, des sociétés d'assurance mutuelle, des IP ou des sociétés d'assurance de s'associer autour de partenariat ou d'unions techniques. Les seconds, les rapprochements forts (Société de groupe d'assurance mutuelle -SGAM- et Union mutualiste de groupe -UMG-) permettent une première forme d'intégration financière. Les SGAM sont ouvertes à toutes les

---

<sup>2</sup> La directive *Solvency I* (73/239/CEE) date du 24 juillet 1973. En 2005, une nouvelle réflexion débute, elle aboutit en 2009 à *Solvency II* (directive 2009/138/CE, L35A) qui modifie les directives antérieures en instaurant des règles renforcées de solvabilité. Celle-ci a été traduite en droit français par l'ordonnance 2015-378 du 2 avril 2015.

entités et ont la personnalité morale. En revanche les UMG sont exclues aux sociétés d'assurance (Abecassis, *et al.*, 2014).

En 2014, les mutuelles ont un chiffre d'affaires de 18 milliards d'euros (53 % du marché). Les assureurs sont en deuxième position avec 9,6 milliards d'euros (28 %) et les IP occupent la dernière position avec 6,3 milliards (19 %). Si les mutuelles restent en tête, elles perdent chaque année des parts de marché au profit des sociétés d'assurances. Les premières avaient en 2001, 60 % du chiffre d'affaires du secteur, contre 19 % aux secondes et 21 % pour les IP. Mais, le marché évolue rapidement. L'accord national interprofessionnel (ANI) signé par les partenaires sociaux le 11 janvier 2013 et repris dans la loi du 14 juin 2013 prévoit la généralisation de l'AMC à l'ensemble des salariés du secteur privé. La loi privilégie la mise en œuvre d'une complémentaire santé au niveau de la branche professionnelle et à défaut au niveau de l'entreprise.

La perspective de la transformation du marché a incité les OCAM à se rapprocher. La MGEN, qui s'est regroupée avec la Mutuelle des affaires étrangères et européennes (MAEE), la Mutuelle nationale territoriale (MNT), la Mutuelle civile de la défense (MCDef) et la Mutuelle générale environnement et territoire (MGET) dans une UMG appelée Istya, a annoncé en janvier 2015 la création d'une UMG avec Harmonie mutuelle. À terme, Istya et Harmonie mutuelle se rapprocheraient inéluctablement. Ensemble, ces deux entités représentent un chiffre d'affaires de 4,7 milliards d'euros et protègent 9,6 millions de personnes. D'autres unions sont en cours. La mutuelle générale (Ex MGPTT) a créé une SGAM avec le groupe Malakoff-Médéric. Les deux entités se rapprochent de la Banque postale assurance santé sa. Enfin, l'UMG Solimut s'est rapprochée d'Adréa, Apreva et Eovie mcd. À elles trois, ces trois entités représentent en 2014 un chiffre d'affaires de 2 milliards d'euros.

Ces évolutions du secteur de l'AMC peuvent s'interpréter comme une industrialisation. Alors qu'historiquement ce secteur était faiblement concurrentiel et assez différencié, la modification des règles du jeu mène aujourd'hui à la création d'un marché relativement homogène avec des acteurs en mesure de se faire concurrence. Associé à l'industrialisation des pratiques médicales décrite dans la section précédente, ce mouvement semble participer à la marchandisation du système de soin que la récente réforme du tiers payant est venue accélérer.

## ***2. Le tiers payant ou le marchepied de la marchandisation du système de soins***

Si l'industrialisation des pratiques médicales et de l'activité des OCAM constitue le préalable d'homogénéisation indispensable à la création d'un marché des soins ambulatoires, la mise en œuvre du tiers payant inaugure une nouvelle ère pour le système de santé parce qu'elle fait entrer définitivement les OCAM dans la régulation du système. D'une part, le tiers payant légitime les assureurs privés dans la définition du conventionnement médical, ce qui introduit de nouveaux impératifs de gestion (2.1.). D'autre part, cette réorganisation ouvre la voie à une mise en concurrence généralisée orchestrée par ces mêmes assureurs privés (2.2.). D'une médecine libérale on passe à une médecine capitaliste.

### **2.1. Légitimer les OCAM dans la définition du conventionnement**

L'innovation majeure liée à la réforme du tiers payant n'est pas la garantie d'un meilleur accès aux soins. L'innovation majeure est la légitimation de l'intervention des OCAM dans la définition du conventionnement médical. En effet, dans la mesure où en 2014 près de 21,7 % des dépenses en médecine ambulatoire sont financées par les OCAM (Beffy *et al.*, 2015), la gestion du tiers payant impliquera nécessairement l'intervention croissante de ces acteurs. Il n'y a pas d'obstacles, à terme, à ce que les dépassements d'honoraires soient pris en compte

dans le dispositif de tiers payant. En dépit de l'opposition prévisible de certaines franges de la profession, les OCAM pourront obtenir un rapport de force favorable en ne remboursant que les actes des médecins avec qui elles sont conventionnées, à l'image de ce qu'a fait la Sécurité sociale entre 1960 et 1980. À partir des exemples étrangers, l'introduction des OCAM dans la régulation du système de santé peut s'interpréter comme un instrument de discipline à destination de la profession médicale.

Aux États-Unis par exemple, les *managed care organizations* (MCO) intègrent des fonctions d'assurance et de production de soins afin d'encadrer les comportements des patients et des médecins. Ainsi, les filières de type *Health maintenance organization* (HMO) permettent-elles de limiter l'utilisation des ressources rares : l'intégration des fonctions d'assurance et de production de soins constitue une incitation implicite à la maîtrise des dépenses (Chambaretaud et Lequet-Slama, 2002). Les médecins sont rémunérés au forfait, à la capitation (*i.e.* en fonction du nombre de malades inscrits dans le cabinet) et intéressés aux résultats financiers de leur réseau. Ils sont de ce fait désincités à s'écarter des directives de leur employeur dans la mesure où leur rémunération dépend de la différence entre la contribution forfaitaire payée par le patient et les dépenses de fonctionnement du cabinet. Les médecins étant ainsi subordonnés à l'assureur, la liberté thérapeutique cède du terrain face aux exigences de rentabilité des assureurs. Autrement dit, sous la pression exercée par l'assureur les médecins ont intérêt à minimiser les prestations par patient.

En France, les OCAM ont vu tout l'intérêt que peut apporter une telle organisation. La MGEN a ainsi innové en proposant des remboursements plus intéressants à leurs assurés choisissant de s'équiper chez des opticiens appartenant au réseau. La Mutuelle a également mis en œuvre un réseau de chirurgiens-dentistes avec un fonctionnement identique. Plusieurs fois, elle a été condamnée pour cette pratique, la Cour de cassation ayant, dans une décision du 14 mars 2013, montré qu'une mutuelle ne pouvait faire varier le niveau de remboursement des adhérents en fonction de l'appartenance au réseau des professionnels de soins. La loi du 27 janvier 2014 autorise les remboursements différenciés et encadre de telles pratiques (Ginon, 2015). Les OCAM ont massivement suivi la MGEN en mettant en place des structures de ce type. Les exemples ne manquent pas. Le groupe Istya a créé des réseaux d'opticiens (Optistya) et d'audioprothésiste (Audistya). De leur côté une société d'assurance (Allianz) et deux sociétés d'assurances mutuelles (Maaf et MMA) ont créé le réseau Santéclair.

L'exemple américain devrait nous éclairer sur ce qui risque de se développer en France. Les MCO sont allées assez loin dans leur volonté d'encadrer l'exercice médical. Or, ces exigences vont à l'encontre des principes défendus par le Code de déontologie et notamment de la liberté de prescription. Les assureurs ont imposé aux praticiens la règle du baillons (*gag rule*) selon laquelle ils ne peuvent plus critiquer les références médicales, ni révéler les incitations financières utilisées par les premiers pour discipliner les seconds (Chambaretaud et Lequet-Slama, 2002). Les compagnies d'assurance multiplient également les procédures de contrôle. Elles édictent des règles de prescription assez sévères en matière de durée d'hospitalisation et d'adressage aux spécialistes.

L'exemple de l'accouchement est tout à fait significatif de cette dérive. Alors que dans les années 1970, leur durée est approximativement de quatre jours, celle-ci a progressivement diminué sous l'effet des règles prescrites par les compagnies d'assurance. Une enquête montre en 1996 que 82 % des femmes adhérentes à une MCO, ont une durée d'hospitalisation d'une journée seulement contre 48 % chez les femmes bénéficiant d'une assurance maladie traditionnelle (Gazmararian et Koplan, 1996). Les pouvoirs publics ont dû intervenir pour réglementer le secteur. Désormais, certains États comme le New Jersey imposent aux assureurs de prendre en charge au moins quarante-huit heures quand le praticien le demande (Chambaretaud et Lequet-Slama, 2002). Dans bon nombre de MCO, les praticiens voient leur



liberté se réduire progressivement. Il s'agit bien d'un formatage de la pratique renvoyant plus généralement au mode de prise en charge des patients encadré par le contrat d'assurance (Bungener et Baszanger, 2002).

Placés entre les assureurs et les industriels, les médecins n'ont plus aucun poids dans le débat. Leurs règles déontologiques ont d'ailleurs plié sous l'action conjointe des compagnies d'assurances 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 rentabilité. Le code éthique de l'AMA a complètement été refondu pour favoriser le marché. Les médecins contractuels des compagnies d'assurance ont vu leur liberté s'amenuiser en matière de prescription (Pignarre, 2004).

La question du prix des médicaments est au cœur des débats. En effet, dans ce système, seuls les patients sans couverture payent les médicaments au prix fort. Les compagnies d'assurances négocient les prix avec l'industrie pharmaceutique en fonction des quantités. Si le prix est supérieur, elles peuvent envisager des mesures de rétorsion, notamment en refusant d'inscrire le médicament sur leur formulaire. Dans ce cas, les médecins ne pourront 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 (*i.e* ceux que les assurés peuvent consulter). Au total, 64 millions de personnes voient leur assurance-maladie gérée par Medco. Or, celle-ci a clairement avantagé les produits de Merck. Après plusieurs scandales de ce type, les laboratoires Merck se sont séparés de Medco (Pignarre, 2004).

Le cas américain illustre les potentialités de la réforme du tiers payant en France. Avant d'être un outil de généralisation de l'accès aux soins, c'est un outil de disciplinarisation des médecins. Cependant, pour que le marché puisse prendre définitivement forme, il est nécessaire, en plus de la réorganisation de l'offre de soins, de mettre de l'ordre du côté de la demande – c'est le second aspect de la montée en puissance des OCAM.

## **2.2. La généralisation de la mise en concurrence par les OCAM**

L'entreprise de construction d'un marché de la santé ne peut pas se satisfaire de la modification des conditions de production du bien. Pour institutionnaliser l'échange marchand dans le secteur des soins médicaux, la construction de l'offre de soins nécessite en parallèle celle d'une demande de soin. C'est dans cet esprit que la politique publique a instrumentalisé les revendications de rééquilibrage du colloque singulier, historiquement marquée par le paternalisme médical, dans le but de confier un pouvoir économique au patient. Si la thématique de la démocratie sanitaire est née de la volonté de ces derniers de participer activement au processus de décision médical, notamment à partir de l'expérience des malades atteints du SIDA, l'évolution législative et tarifaire du système de santé s'est traduite par l'activation d'une logique de consommateur de soins. À la suite d'auteurs reprenant le langage d'Albert Hirschman (1995), il est possible de synthétiser ce problème par la transformation d'une revendication de prise de parole (*voice*) en politique publique visant à doter les patient d'une option de défection (*exit*). Le consommateur de soins, désormais à armes égales avec le médecin, peut faire jouer la concurrence pour obtenir un meilleur rapport qualité prix (Domin, 2006).

Le revers de la politique d'*empowerment* du patient est son coût (Batifoulier *et al.*, 2008). En effet, la contrepartie du nouveau pouvoir du patient sur le marché a été l'augmentation du ticket modérateur. Assez logiquement, pour activer la rationalité marchande du patient, il faut non seulement le défaire de la tutelle du médecin, mais aussi le rendre sensible aux différences de prix. Or, ce mode de régulation n'a pas été sans effets sur l'accès aux soins puisqu'il a contribué à l'explosion du reste à charge (RAC) pour le patient. En 2014, le RAC s'établit à 8,5 % de la CSBM soit 16,2 milliards d'euros. L'essentiel du RAC provient des soins de ville où il avoisine 12,5 %, contre 63,9 % pour la Sécurité sociale (Befly, *et al.*, 2015).

Cette situation aboutit à une véritable insécurité tarifaire (Tabuteau, 2013) à l'origine de nombreux renoncements aux soins. Dans ce contexte, le risque est d'éroder la légitimité du système de santé. Plutôt que de revenir à une prise en charge complète des soins, jugée incompatible avec l'impérieuse exigence de maîtrise des dépenses, la politique publique tend à réorganiser plus radicalement la demande de soins. Il s'agit désormais de réorienter l'activité de l'AMC. Le développement du RAC ouvre un espace de rentabilité pour les OCAM à qui une partie du travail de mise en concurrence de l'offre médicale va être déléguée.

Le marché des soins peut être appréhendé doublement. D'une part, les entreprises sont supposées mettre en concurrence les OCAM pour obtenir des garanties au meilleur prix. C'est dans cette perspective qu'il faut analyser la restructuration du marché de la complémentaire : les opérateurs se regroupent pour offrir des contrats plus ou moins compétitifs aux entreprises. D'autre part, la signature de l'ANI acte la défaillance du patient en tant qu'acheteur rationnel de soins. Les OCAM se substituent au patient en tant qu'acheteur de soins. En ce sens, ils sont considérés comme une institution plus performante dans la mise en concurrence des offreurs de soins. Ils sont en effet plus à même de faire pression sur les médecins que ne le sont les patients pris individuellement.

Les patients étant des consommateurs imparfaits et l'AMO ayant fait la preuve historique de son incapacité à maîtriser les dépenses et la qualité des soins, les OCAM font désormais figure de seul acteur pouvant discipliner l'offre de soins. Le tiers payant, en légitimant la présence des OCAM dans la négociation conventionnelle, permet alors de définir le produit échangé dans des conditions proches de l'optimum de marché. Dans ces conditions les accords conventionnels ne pourront échapper longtemps à la définition des honoraires, de l'usage des ressources et de la qualité des soins. Bien que les conflits risquent d'être importants entre médecins libéraux et OCAM, il est difficile d'imaginer que ceux-ci n'interviennent pas directement dans la production des soins dans la mesure où ils disposent d'un atout maître : la solvabilisation de la demande.

Les OCAM disposeront alors de toute la latitude stratégique caractéristique des détenteurs du capital. Comme cela se fait actuellement dans le secteur hospitalier, il est possible d'imaginer l'apparition de toute une série d'outil de mise en concurrence des producteurs : *benchmarking*, paiement à la performance, palmarès, contrôle des dépassements d'honoraires. La médecine libérale risque de se muer en médecine capitaliste. Alors que la socialisation des soins *via* la puissance publique a paradoxalement conduit à une forte indépendance de la profession médicale, la place croissante des OCAM risque de contraindre les praticiens à obéir à un nouvel impératif : la rentabilité du capital investi. Celle-ci suppose par ailleurs une dépossession de liberté de choix des patients qui n'a rien de problématique puisque le travail d'homogénéisation du bien est sensé avoir rendu commensurable la production des offreurs de soins. La qualité n'étant plus fondée sur la singularité du médecin, mais dans le respect de normes certifiées par les agences de santé, aucun obstacle ne peut s'élever face à la construction d'un réseau de soins. Les conventions n'ont, dans ce cadre, que le seul rôle de définir des produits standards et remboursables.

## **Conclusion**

La réforme du tiers payant est-elle une réforme progressiste arrachée de haute lutte dans une période marquée par la régression des ambitions du système de santé ? Le penser serait être victime de myopie. Ne voir que ce que nous donnent à voir les réformateurs conduit à une forme de paralysie de la pensée. La réforme du tiers payant ne prend son sens que si on l'analyse au regard du processus d'industrialisation et de marchandisation du secteur de la santé tel qu'il a été programmé au moins à partir des années 1980. Le tiers payant va certainement profiter à certaines catégories de personnes, mais il va radicalement modifier le rapport de force dans la régulation de la médecine ambulatoire au détriment des patients et des médecins.

Du point de vue des patients, les inégalités d'accès aux soins de qualité, en fonction des dispositions à payer ou de la qualité de l'emploi, risquent de s'accroître. Même si les complémentaires se généralisent, les contrats proposés ne seront certainement pas homogènes. Par ailleurs, comme le montre le cas américain, le rôle prépondérant des OCAM dans la définition des pratiques thérapeutiques et de prescriptions est un risque pour tous. Lorsque les médecins devront choisir entre la pratique qu'ils jugent légitime en fonction de leurs compétences et la pratique qui leur permet d'obtenir leurs revenus, les patients pourront-ils se fier à leur décision ?

Il semble que la période actuelle soit propice à un éclaircissement sur le statut de la déontologie et de la hiérarchie des libertés défendues dans la Charte de la médecine libérale. En voulant préserver la liberté tarifaire face à la puissance publique, les médecins ont peu à peu accepté de céder du terrain sur les libertés thérapeutique et de prescription (Domin, 2016). Avec la montée en puissance des OCAM, les médecins risquent de perdre sur les deux tableaux. Dès lors, il serait utile de savoir si la profession médicale n'est pas prête à réexaminer ses positions historiques. Souhaite-t-elle prendre le risque de la généralisation des réseaux de soins ou est-elle prête à favoriser une nouvelle alliance avec la puissance publique ?

Au total, en dépit de son contenu partiellement progressiste, le tiers payant semble être le marchepied de la marchandisation des soins. En confiant aux AMC un rôle stratégique au sein du marché des soins en construction, le tiers payant légitime la réduction des libertés des patients (choix du médecin) et des médecins (liberté thérapeutique et de prescription). Or, si la perte des libertés susmentionnées n'est pas contestable, rien ne permet de garantir l'amélioration de la qualité des soins et/ou de l'usage des ressources. Les expériences françaises et étrangères semblent même affirmer le contraire.

## **Bibliographie**

Abecassis, P., Coutinet, N. & Domin, J.-P. (2014). Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie. *Revue internationale de l'économie sociale RECMA*, (331), 60-75.

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), 27-46.

Beffy, M., Roussel, R., Solard, J. & Mikou, M. (2015). *Les dépenses de santé en 2014*. Paris: DREES.

Benamouzig, D. & Besançon, J. (2005). Administrer un monde incertain : les nouvelles bureaucraties techniques. Le cas des agences sanitaires en France. *Sociologie du travail*, 47(5), 301-322.

- Bloy, G. & Rigal, L. (2012). Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique *Sociologie du travail*, 54(4), 433-456.
- Boltanski, L. & Chiapello, È. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard, nrf essai.
- Bungener, M. & Baszanger, I. (2002). Médecine générale, le temps des redéfinitions. In I. Baszanger, M. Bungener & A. Paillet (Éds), *Quelle médecine voulons-nous ?*, (p. 19-34), Paris: La Dispute.
- Callon, M. (2002). Pour en finir avec les incertitudes ? *Sociologie du travail*, 44(2), 261-267.
- Chambaretaud, S. & Lequet-Slama, D. (2002). Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation. *Revue française des affaires sociales*, 56(1), 15-37.
- Coudreau, D. (2004). Les partenaires sociaux, l'État et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). Chronique d'un échec. *Séve. Les tribunes de la santé*, (4), 39-49.
- Da Silva, N. (2014). *Instituer la performance. Une application au travail du médecin. Thèse de sciences économiques*. Nanterre: Université Paris Ouest.
- Da Silva, N. & Gadreau, M. (2015). La médecine libérale en France. Une régulation située entre contingence et déterminisme. *Revue de la régulation*, (17).
- Domin, J.-P. (2006). La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins ? *Journal d'économie médicale*, 24(7-8 ), 427-438.
- Domin, J.-P. (2016). Paiement à l'acte et régulation du système de soins : une analyse de longue période (1803-2013). *Revue française de socio-économie*, (16), 215-234.
- Gazmararian, J. & Koplan, J. (1996). Length-of-stay after delivery : managed care versus fee-for service. *Health affairs*, 15(4), 74-80.
- Ginon, A.-S. (2015). Réseaux de soins et identité mutualiste à la lumière de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014. *Revue de droit sanitaire et social*, 61(2), 312-324.
- Hatzfeld, H. (1963). *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris: Éditions ouvrières.
- Hirschman, A. O. (1995). *Défection et prise de parole*. Paris: Fayard.
- Karpik, L. (2007). *L'économie des singularités*. Paris: Éditions Gallimard.
- Pignarre, P. (2004). *Comment sauver (vraiment) la sécu*. Paris: Éditions de La Découverte.
- Robelet, M. (1999). Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France. *Politix*, (46), 71-97.
- Supiot, A. (2015). *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*. Paris: Fayard.
- Tabuteau, D. (2013). *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*. Paris: Odile Jacob.
- Vallat, B. (2001). *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*. Paris: Économica.