

Davantage d'État pour plus de marché. L'orientation marchande de la politique de santé

PHILIPPE
BATIFOULIER
Maître de conférences
à l'université de Saint-
Quentin-en-Yvelines

On parle de « privatisation », de « désocialisation » ou de « marchandisation » pour qualifier l'évolution du système de santé français. Pour autant, les espaces vacants investis par le privé sont limités et on observe au contraire une étatisation du système. Le marché de la santé se nourrit ainsi de la restructuration de l'intervention de l'État dans le champ de la protection sociale. Mais cette évolution marchande produit de nouvelles inégalités en faisant peser sur le patient des dépenses de plus en plus lourdes.

La notion de marché est omniprésente en matière de santé et nourrit les débats sur « la réforme ». Elle est invoquée par les uns, estimant que l'on ne va pas assez loin dans le recours aux mécanismes de marché faute de volonté politique alors qu'ils ont montré leur efficacité. Elle est dénoncée par les autres, argumentant d'une privatisation de la santé créant de nouvelles inégalités.

La notion de marché est valorisée par ceux qui l'épurent faussement de tout contenu idéologique et qui prétendent l'affranchir de tous présupposés doctrinaux. L'argumentaire marchand est présenté comme une pragmatique nécessaire et non comme l'application de principes abstraits issus de la théorie économique des marchés. Pour éclairer « ce que marché veut dire » dans le cas du système de santé français, la science économique n'est effectivement pas d'une grande utilité car le « marché walrasien », où la concurrence serait pure et parfaite, n'existe pas plus en santé qu'ailleurs.

Le débat est ainsi brouillé par une insuffisante fondation de la notion de marché dans le cas de la santé et par l'impossibilité de se référer à une définition commune. Il y a plusieurs visions de la marchandisation en santé et on peut d'abord mobiliser deux acceptions fréquentes.

Désocialisation et ciblage des prestations

Une première conception s'appuie sur la notion de *retrenchment*, qui décrit un processus où le marché investit les espaces laissés vacants par l'État. Cette conception permet notamment de saisir les choix de gouvernance de l'assurance maladie qui, depuis les années 1980, tracent une trajectoire marchande qui s'accélère ces dernières années. L'un des traits marquants de l'évolution du système de santé est en effet l'existence d'une forme de désocialisation. Les mécanismes de coassurance, faisant acquitter une part de plus en plus lourde au patient (durcissement des tickets modérateurs et dépassements d'honoraires), constituent une mutation majeure du financement de l'assurance maladie. Parce qu'elle s'exprime par un mécanisme de balancier où la part de l'assurance obligatoire diminue en même temps que la part de l'assurance complémentaire augmente, cette désocialisation peut être vue comme une preuve de la prégnance des mécanismes marchands dans la régulation de l'assurance maladie. Dans cette conception, l'importance d'un marché de la santé se mesure à la part prise par la protection sociale complémentaire dans le financement et le pilotage de l'assurance santé.

Une seconde conception s'inscrit dans la tradition des études typologiques des régimes d'État providence. La construction d'un score de « dé-marchandisation » (de commodification¹) permet de classer les différents pays en mesurant la façon dont les États providence éloignent les individus du marché du travail. Des prestations sociales durables et/ou généreuses, couplées à des critères d'attribution souples, etc. permettent aux individus de s'affranchir de leur position sur le marché du travail en cas de réalisation d'un risque social. La maladie (mais aussi la retraite, la charge de famille ou le chômage) ne conduit alors pas à une altération du niveau de vie socialement inaccepta-

1. Anglicisme, de *commodity*, marchandise.

ble. La mise en avant du poids financier excessif supporté par les contributeurs a conduit à prescrire une cure d'amaigrissement aux régimes de protection sociale, ce qui amène l'existence de nouvelles logiques pour l'État social, moins protecteur vis-à-vis du marché. Ainsi, la tendance commune est de contrôler les coûts, de rendre la protection sociale plus favorable à l'emploi et de développer les mécanismes d'activation des individus. Le repli de l'État providence peut donc être défini dans les termes d'une re-marchandisation, propre aux systèmes libéraux de protection sociale. Dans ce cadre, la logique marchande en santé s'observe quand l'État va chercher à faciliter le marché en restaurant le lien avec le marché d'un côté et en développant une redistribution sélective et des prestations ciblées qui jouent le rôle d'un filet de sécurité de l'autre. Dans cette optique, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) française peut être lue comme une dérive à l'américaine créant de nouvelles inégalités comme les effets de seuil, la stigmatisation des bénéficiaires ou le refus de soins.

Ces deux conceptions du marché en santé font système : le déplacement libéral de la politique de santé répond à la désocialisation. Épargner à certains patients le paiement du ticket modérateur va légitimer l'accroissement des déremboursements pour les autres et engendrer une segmentation des patients.

La marchandisation de la santé ne peut cependant être réduite à cette désocialisation sélective de l'assurance maladie. Elle se conjugue aussi avec la multiplication de la présence publique dans le secteur et l'« étatisation » de l'assurance maladie.

Le référentiel marchand et la construction d'un marché par l'État

Le marché est porté et supporté par un État actif. Il n'investit pas naturellement les espaces de la santé. Il a besoin de l'État, ce qui brouille le clivage traditionnel entre État et marché. La forme marchande qui se met en place repose davantage sur une restructuration de l'intervention de l'État que sur son effacement volontaire. Cet engagement qualitatif

de l'État social trouve son inspiration dans le référentiel marchand de politique publique. Ce cadre cognitif va pointer les problèmes jugés importants et délimiter l'espace des solutions en forgeant un régime des « bonnes idées ».

En mettant au premier plan les problèmes budgétaires plutôt que les problèmes sanitaires, en associant le social au déficit ou au prélèvement et en le résumant au « trou de la Sécu », en militant pour la réduction des dépenses publiques, la limitation des dépenses de santé est apparue comme allant de soi et a fait office d'objectif à atteindre. Cette conception de l'État social s'appuie sur un système de représentations partagées dans certaines institutions décisionnelles (OCDE, Commission européenne ou Banque mondiale) et communautés épistémiques (économistes de la santé notamment) qui vont fournir les critères locaux de « bonne gouvernance » de l'assurance maladie développant un « sens commun réformateur » qui va s'adapter aux histoires et configurations nationales².

Ce châssis intellectuel qui fabrique les outils de la réforme n'est pas celui d'un marché pur. La théorie économique des marchés ne peut être plaquée directement sur un secteur spécifique comme la santé. La plasticité du terme « marché » permet cependant de concilier le prêt-à-penser libéral et la disqualification d'un marché « pur et parfait » et d'accommoder la rhétorique de l'évidence marchande et les spécificités locales du domaine de la santé.

L'activisme public va être le levier de cette inclinaison marchande *hic et nunc*. La réforme s'appuie sur un État interventionniste qui prend le pouvoir sur la régulation du système de santé et le transfère des partenaires sociaux à une technostructure ou une « démocratie des élites ». L'État ne fait pas qu'introduire des ressorts beveridgiens dans un système bismarckien³. Il installe un marché que l'on peut repérer notamment dans le recours aux valeurs de la concurrence.

La concurrence est présentée comme un moyen de contester le pouvoir médical car elle constitue une contre-valeur pour la médecine libérale. Elle est prohibée par la déontologie médicale qui interdit toute forme de publicité ou de mise en compétition, jugées non conformes à l'éthique. Le libéralisme économique, jugé vertueux, va alors

2. Voir Frédéric Pierru, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, *savoir/agir*, Éditions du Croquant, 2007.
3. Référence aux deux grands systèmes historiques de sécurité sociale. Le modèle bismarckien, introduit en Allemagne dès la fin du XIX^e siècle, sous Bismarck, est fondé sur le remboursement de prestations fournies par des praticiens librement choisis, et financé par des cotisations préalables. Les prestations qui visent à rétablir le revenu antérieur (ou une fraction de celui-ci) sont de ce fait différenciées. Lord Beveridge pose, en 1942 en Grande-Bretagne, les trois grands principes d'un autre système de protection sociale: l'universalité, une couverture pour tout le monde; l'uniformité, une aide identique pour tous (ouvriers et cadres supérieurs perçoivent les mêmes montants) sous la forme de prestations en espèces (indemnités maladie, allocations chômage, retraite), ainsi que de services gratuits; enfin l'unicité, tous les risques doivent être couverts par un système unique.

être instrumentalisé pour lutter contre le libéralisme politique des médecins.

Les avancées de l'idée concurrentielle sont perceptibles dans la régulation hospitalière avec la tarification à l'activité (T2A) et la concurrence par comparaison activant la logique de compétition⁴. En médecine de ville, c'est un nouveau statut pour le patient qui est requis : celui de consommateur. Ce nouveau statut cherche à traduire la notion de démocratie sanitaire dans le langage du marché. La démocratie sanitaire, qui donne au patient des droits nouveaux (comme le consentement éclairé), vise à contester le paternalisme et la domination médicale. Pour en faire l'un des véhicules de la coordination marchande, les pouvoirs publics vont développer des dispositifs sponsorisant un patient-consommateur, souverain et responsable, librement informé sur les caractéristiques de produits normalisés.

L'ordre marchand qui s'installe invite en effet le patient à mobiliser de nouvelles compétences. Il est dorénavant appelé à faire jouer la concurrence entre les médecins⁵. Le rapprochement du droit des malades du droit des consommateurs⁶ crée une forme de client responsable. Cette confiance consumériste entre un prestataire et un consommateur, appliquée au cas particulier de la santé, a besoin de médiateur. Un tiers, digne de confiance, doit pouvoir dispenser des informations fiables sur la qualité des produits de santé. Les agences d'État comme la Haute autorité de santé jouent ce rôle en centralisant et certifiant une information. En effet, pour faire jouer la concurrence, le patient doit prendre sa décision « en toute connaissance de cause ». Or, le consommateur de soins est un « roi » fainéant et ignorant. Il doit s'appuyer sur des groupes d'experts, constitués en « agence » qui, en rendant publique une information fiable, vont le sponsoriser. Comme un bien marchand doit pouvoir être évalué partout et être disponible à la comparaison, il est nécessaire que le patient dispose dorénavant de points de repère permettant une évaluation marchande de la qualité. Les recommandations de pratiques cliniques, les classifications des médicaments selon le service médical rendu, etc., participent à cette logique⁷.

L'édification d'un patient-consommateur, si elle est en marche, n'est pas encore achevée. Les techniques et dispositifs

4. Voir l'article de Jean-Paul Domin dans ce numéro.

5. Une disposition récente vise à publier les honoraires de chaque médecin sur le site de l'assurance maladie pour permettre aux patients d'exercer une contrainte de marché.

6. Une information détaillée sur le coût des prestations, un délai de réflexion et un droit de rétractation forment le socle de l'obligation d'information due au patient pour obtenir son consentement éclairé.

7. Pour un exposé plus argumenté, voir Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin, Maryse Gadreau (2008) « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socio-économie*, n° 1, pp 27-46.

marchands peinent à pénétrer un secteur comme la santé, fortement chargé en valeurs, en codes éthiques et moraux et en symboles. Les patients ne se laissent pas facilement encastrent dans les règles du marché. Pour réaliser le programme du marché dans ce secteur spécifique, il faut alors chercher à modifier les représentations des acteurs.

L'universalisation du marché par les incitations

La construction d'un marché de la santé doit s'accompagner de la construction du modèle d'individu qui correspond à ce marché. Or, les individus n'adoptent pas spontanément un comportement de marché du fait notamment de l'absence de prix de marché. Un marché ne fonctionne que si les individus réagissent à des prix en fonction de leur intérêt bien compris. Le programme marchand de l'État social va alors consister à reconstruire un système de prix paramétriques pour stimuler l'intérêt privé et simuler un marché.

Les mécanismes incitatifs vont assurer cette mission. Alors que, sur un marché classique, il convient d'identifier les bons prix, sur ce marché fictif, il faut trouver les bonnes règles, celles qui vont inciter les individus, via un mécanisme de malus, à adopter un comportement marchand. La construction d'un marché n'est alors pas seulement une ambition politique et sociale. Elle développe également une philosophie morale particulière.

La condition d'efficacité de cette marchandisation volontariste initiée par l'État est en effet que les individus soient effectivement « intéressés ». Les acteurs de santé sont dorénavant tous considérés comme des fraudeurs, des gaspilleurs, des nomades ou truqueurs en puissance, qui ne s'orientent vers l'honnêteté (pas d'abus de dépenses) que par intérêt bien compris.

La figure de l'*homo oeconomicus* est alors le fer de lance de la marchandisation. C'est en cherchant à se désencastrent des principes qui animent un secteur comme la santé que la politique de santé diffuse une normativité marchande. La marchandisation invite à considérer que la pluralité des valeurs est secondaire au regard de la recherche de l'intérêt marchand qui est considérée comme universelle et que l'on va activer⁸.

8. Voir Philippe Batifoulier, François Eymard-Duvernay, Odile Favereau (2007), « État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions », *Économie appliquée*, 60 (1), pp. 203-229.

Ce présupposé anthropologique est la condition pour penser toute relation bilatérale comme une transaction marchande. Le marché repose sur le *self interest*. Il n'est pas conducteur d'autres valeurs qui faussent son fonctionnement. La logique incitative va donc filtrer les valeurs pour privilégier le calcul intéressé. Dans cette perspective, les médecins sont incités à participer aux programmes de réduction des dépenses (prescription de génériques par exemple) par des récompenses financières et des revalorisations tarifaires. De même, les patients doivent assumer pécuniairement (par des tickets modérateurs et déremboursements divers) les conséquences d'un comportement postulé « irresponsable ».

La logique incitative en matière de santé est cependant très inégale car le bonus est pour le médecin alors que le malus est réservé au patient. La réforme dite du « médecin traitant » est une illustration emblématique de cette orientation. Les objectifs officiels assignés au dispositif ne résistent pas à l'examen⁹. La rationalité réelle de la réforme consiste à concilier le système de *gatekeeping* avec la liberté tarifaire. Elle introduit un droit à dépassement d'honoraires pour tout médecin (donc y compris en secteur 1 où les dépassements sont normalement prohibés) si l'assuré est hors parcours de soins. L'infidélité du patient est une récompense pour le médecin qui est autorisé à percevoir un dépassement d'honoraire, non remboursé par les assurances obligatoires et complémentaires. Le malus de l'un est un bonus pour l'autre.

Le patient est alors amené à faire un arbitrage tarifaire et à calculer la rentabilité du respect du parcours de soins en fonction de son *reste à charge*. Ainsi, le passage par le médecin traitant avant le médecin correspondant peut être plus coûteux à l'assuré que la consultation directe d'un spécialiste si le médecin traitant est en secteur 2, où les dépassements sont autorisés, par exemple. Plus généralement, le non-respect du parcours entraîne un débours qui pourra paraître peu pénalisant pour le patient aisé et impatient, qui a déjà coutume de consulter directement les spécialistes (à l'inverse des patients modestes). La réforme sous couvert d'installer un patient vertueux l'exhorte à se conduire en optimisateur marchand. Le choix du patient concernant le

9. Voir l'analyse de Pierre-Louis Bras (2006), « Le médecin traitant : raisons et déraisons d'une politique publique », *Droit social*, n° 1, pp. 59-72.

respect du parcours est subordonné à un calcul de rentabilité, qui intègre le coût et la probabilité de la sanction.

La marchandisation initiée par la puissance publique se situe aussi sur un plan normatif. L'institution d'un marché dans la santé requiert la construction du modèle d'individu qui lui correspond. Si les individus n'adoptent pas spontanément des comportements marchands, ils vont être incités à le faire. L'une des conséquences de cette vaste entreprise est de développer le marché au-delà du marché. En effet, le marché n'est plus circonscrit à un espace précis. Il peut s'étendre dorénavant à toutes les relations bilatérales. En se décentralisant, il s'universalise. C'est alors davantage une société de marché qui pénètre le secteur de la santé qu'une économie de marché.

Conclusion : les effets pervers de la marchandisation

Puisqu'elle est supportée par des représentations normatives, cette orientation marchande modifie le sens que les acteurs donnent au système de santé. Elle n'est alors pas sans danger au regard même des objectifs poursuivis par la puissance publique. Elle n'est pas exempte d'effets pervers et paradoxaux en activant des dépenses que l'on cherche pourtant à réduire ou en accentuant les problèmes d'inéquité dans l'accès aux soins que l'on veut combattre.

Vouloir désarmer le libéralisme politique des médecins par un libéralisme économique marchand est un leurre quand sont activés des comportements professionnels plus dépensiers (la recherche d'un revenu croissant, la hausse des honoraires, la facturation de services et consultations autrefois gratuits et dorénavant considérés comme légitimes). Dans le même temps, cette évolution marchande produit de nouvelles inégalités en valorisant la logique de l'intérêt chez le professionnel qui va préférer ses honoraires au risque de refuser des soins aux plus démunis. Elle impose aussi au patient d'acquitter une TVA médicale de plus en plus lourde. Quand la distance entre la dépense de santé et la dépense d'assurance maladie remboursée s'accroît, la réduction du déficit se paye en accroissement des inégalités. ■