
La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ?

Jean-Paul Domin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/ei/140>

DOI : 10.4000/ei.140

ISSN : 2553-1891

Éditeur

Association Économie et Institutions

Édition imprimée

Date de publication : 15 octobre 2010

Pagination : 5-29

ISSN : 1775-2329

Référence électronique

Jean-Paul Domin, « La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? », *Économie et institutions* [En ligne], 15 | 2010, mis en ligne le 31 janvier 2013, consulté le 21 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/ei/140> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/ei.140>

La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? *

Jean-Paul Domin¹

Introduction

La loi du 13 août 2004, en transférant une partie de la dépense vers les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), consacre une marchandisation croissante du système de santé (Barbier et Théret, 2004). Cette nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, caractérisée par une responsabilisation des assurés sociaux, met en évidence le passage à un nouveau stade dit de la régulation marchande. Ce stade parachève un long *processus* historique qui commence au début du XIX^e siècle. Trois périodes se distinguent nettement : une régulation concurrentielle, une régulation conventionnelle simple et une régulation conventionnelle élargie (Domin, 2003, pp. 5-18).

Un premier stade dit de la régulation concurrentielle couvre une grande partie du XIX^e siècle jusqu'en 1890. La pensée économique dominante refuse alors une quelconque prise en charge des besoins sanitaires et sociaux de la population au seul motif qu'elle favoriserait l'imprévoyance des individus. Le secteur de la santé est ouvert, depuis la loi du 19 ventôse an XI – 10 mars 1803 – à la concurrence et partagé entre deux professions les officiers de santé et les médecins. La séparation entre les deux professions repose sur la formation initiale. L'officier de santé n'a qu'une expérience pratique, alors que le médecin complète sa formation théorique par une connaissance clinique plus approfondie (Foucault, 1963).

Dans un système complètement dérégulé, le prix de l'acte médical constitue le seul régulateur. Toute perturbation sur le marché, notamment une baisse de la demande de soins, se traduit automatiquement par une dépréciation du prix. À partir des années 1870, les premières difficultés apparaissent. Alors que la crise repose sur une insuffisance de la demande liée à la non-socialisation de la dépense, les médecins, quant à eux, militent pour une réduction de

* Cet article a bénéficié des remarques et des critiques constructives des *referees* de la revue que l'auteur tient à remercier vivement. Il reste responsable des insuffisances et des limites de ce texte.

¹ OMI, Université de Reims Champagne-Ardenne, UFR de sciences économiques, 57bis, rue Pierre-Taittinger, 51096 Reims cedex, Tél : 03 26 91 87 42, E-mail : jp.domin@univ-reims.fr

l'offre, notamment par la suppression de la profession d'officier de santé. Cette revendication est partiellement satisfaite par une réforme de 1854 qui favorise une légère diminution des effectifs d'officiers de santé. Le corps médical refuse également toute forme de socialisation de la demande de soins

La situation va évoluer à partir du début des années 1890 et le passage au stade dit de la régulation conventionnelle simple. Les pouvoirs publics, face à la crise démographique, tiennent compte des contraintes sociales. Deux voies sont privilégiées : l'assistance et l'assurance. La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite autorise le financement, sur fonds publics, des soins pour la fraction la plus pauvre de la population. Une seconde loi du 1^{er} avril 1898 dite Charte de la mutualité étend le champ d'action des mutuelles (santé, maternité, ...). Dans les faits, ces deux lois se traduisent par une nette amélioration du taux de couverture sociale qui passe de 3 % à 17 % de la population totale de 1890 à la veille de la Première guerre mondiale (Domin, 2003, pp. 73-93). Le corps médical, qui a réussi grâce à son *lobbying* à faire voter la suppression de l'officiat de santé, va s'organiser collectivement en fixant un tarif minimum de consultation pour éviter les pratiques de concurrence déloyale (Steffen, 1987, pp. 19-39).

À la fin de la Première guerre mondiale, le lourd bilan démographique incite les pouvoirs publics à développer une politique de socialisation des dépenses de santé. Le gouvernement opte pour un système bismarckien d'assurances sociales. Un premier projet de loi est déposé à la Chambre des députés en 1921 et fait l'objet d'une première loi le 5 avril 1928. Mais, face la forte opposition du corps médical qui refuse en bloc le principe de la socialisation, une seconde loi est définitivement votée le 30 avril 1930. Elle consacre le principe du conventionnement. Le praticien signe désormais une convention avec la caisse d'assurances sociales et s'engage à pratiquer les prix définis au préalable. Le succès est indéniable : en 1934 près de 20 millions de personnes (46 % de la population totale) bénéficient d'une couverture sociale. Entre 1920 et 1934, les frais médicaux socialisés sont passés de 78 millions à 326 millions de francs constants 1905-1913 (Domin, 2003, pp. 73-93).

La période qui commence dans l'immédiate après-guerre constitue un tournant dans la mesure où la socialisation de la dépense de santé repose sur un élargissement du conventionnement. Le stade de la régulation conventionnelle élargie commence en 1945 et repose sur la création de la Sécurité sociale (ordonnance du 4 octobre) et la généralisation du conventionnement (ordonnance du 19 octobre). Cette dernière souligne l'importance du conventionnement et impose des tarifs indépassables par les praticiens. Le système n'est pas viable et en 1950 seuls cinquante-sept départements sont effectivement conventionnés. En 1960, le

décret signé par Paul Bacon impose une nouvelle organisation. Il réaffirme le conventionnement autour d'une convention-type signée soit par une organisation professionnelle, soit par un praticien à titre personnel. En contrepartie, les médecins peuvent pratiquer certains dépassements d'honoraires. Une première convention est signée à partir de 1971 (Steudler, 1977, pp. 176-198).

Le développement du conventionnement a sans aucun doute participé à l'amélioration de l'accès aux soins et, par la même occasion, a contribué à l'intensification de la médicalisation. Mais, à la fin des années 1970, l'État social keynésien entre en crise. Le ralentissement économique et le développement d'un chômage de masse sont autant de cotisations en moins pour le système. La politique économique de santé va, dans un premier temps, s'appuyer sur une réduction de l'offre : la mise en place d'un *numerus clausus* et la réduction du nombre de lits hospitaliers en sont deux exemples éloquentes. Pendant une vingtaine d'années, l'essentiel des mesures prises prend appui sur la maîtrise des dépenses. À partir du milieu des années 1990, la politique de régulation par l'offre connaît son paroxysme avec le Plan Juppé (Théret, 2007, pp. 69-100). Son objectif est, par l'intermédiaire d'un jeu d'incitations, de discipliner le comportement des offreurs de soins.

La loi du 13 août 2004 constate l'inefficacité des instruments précédemment mis en œuvre et propose d'instituer une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. L'objectif est de renverser la politique de régulation en l'appuyant sur la demande. Nous soutenons l'hypothèse selon laquelle, il faut voir dans cette nouvelle gouvernance, un changement de mode de régulation. Si les mesures prises à partir de la fin du XIX^e siècle doivent être appréhendées dans la perspective d'une démarchandisation (Esping-Andersen, 1999), la voie dans laquelle semble désormais s'engager le système de santé est celle de la remarkandisation. Nous entrerions dans un nouveau stade de la régulation marchande où désormais l'ensemble du système de l'assurance à la production de soins s'inscrit dans le cadre d'un marché appréhendé comme un construit social.

La reconfiguration en cours du système de santé repose sur un mouvement complexe d'extension du marché par l'État. Ce mouvement s'est manifesté dès le Plan Juppé de décembre 1995 par une étatisation, une prise de pouvoir de l'État au détriment des partenaires sociaux (Hassenteufel, 1997, pp. 175-189). Cette étatisation s'apprécie au niveau des objectifs (la mise en œuvre de la couverture maladie universelle en constitue un exemple éloquent), mais également des moyens (notamment du financement). L'évolution est plus complexe dans la mesure où l'État transfère une grande partie de ses pouvoirs aux organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). La réduction croissante du champ couvert par l'assurance maladie obligatoire laisse des espaces

vacants où le marché peut se développer (Batifoulier *et al.*, 2007, pp. 5-36).

Nous développerons notre argumentation en deux temps. Nous montrerons dans un premier temps, dans une perspective institutionnaliste, que le marché de la santé prend appui sur une construction sociale complexe (1). Nous verrons ensuite quelles sont les transformations actées par la loi (développement de l'assurance maladie complémentaire, ...) et les effets potentiels (une police des corps, une intégration des compagnies d'assurance à l'industrie pharmaceutique, ...) (2).

1. Le marché de la santé comme construction sociale

La régulation marchande qui semble se profiler dans le domaine de la santé prend appui sur la construction d'une nouvelle forme de marché. Cette édification ne repose aucunement sur la conception walrassienne de la concurrence parfaite. Au contraire, il s'agit ici d'une construction sociale. Il apparaît donc important de considérer le marché comme un système institutionnel complexe dont la caractéristique principale est d'encadrer des transactions multiples et répétées (Coriat et Weinstein, 2004, pp. 37-62). Pour l'économie standard, le marché est un espace où se réalisent des transactions qui portent sur un bien défini et conduisent à la formation d'un prix. Or, cette approche est éloignée de la réalité de nombreux marchés, caractérisés par l'individualisation des transactions et des produits (Chamberlin, 1953, pp. 1-29).

Nous considérerons que le marché repose sur un système de règles permettant l'exécution des transactions (Tordjman, 2004, pp. 19-36). Le marché, contrairement au modèle walrassien, n'est pas naturel, il est un construit social. Il doit donc être analysé comme toutes les institutions (Coriat et Weinstein, 2004, pp. 37-62). Le domaine de la santé est tout à fait intéressant à ce propos. Le marché de la santé doit donc être appréhendé comme un marché institué qui repose sur des évolutions historiques et sociales. En France, les deux lois du 4 mars 2002 et du 13 août 2004 semblent constituer l'architecture de ce marché institué (Batifoulier *et al.*, 2008, pp. 27-46).

Cette construction marchande repose sur quatre éléments fondateurs : un accord sur la nature et la qualité du produit échangé (1.1.), l'organisation des relations entre les agents (1.2.), un dispositif d'évaluation (1.3.) et une architecture sociale (1.4).

1.1. Un accord sur la nature et la qualité du produit échangé

La construction de nouveaux marchés est assez significative du mouvement de transformations en cours. La formation d'un

marché nécessite un accord sur la nature et la qualité du produit échangé appelé qualification (Coriat et Weinstein, 2005). La mise sur le marché ne peut pas se faire sans l'autorisation d'une autorité compétente.

Le marché du tirage de collection en constitue un premier exemple probant de l'évolution en cours dans le domaine de la santé. Le domaine de la photographie s'étend sur trois marchés distincts : le marché du tirage domestique, le marché du tirage d'agence et le marché du tirage de collection (Moureau et Sagot-Duvauroux, 2006, pp. 45-60). Le premier, le marché du tirage domestique, correspond à la photographie de loisirs. Le marché du tirage d'agence correspond à la photographie de presse. Le marché du tirage de collection valorise la photographie comme une œuvre d'art. Les galeries d'art, les foires d'art contemporain et les ventes aux enchères participent à la diffusion de cet art nouveau. Le prix dépend de la réputation de l'artiste et du niveau de rareté du tirage.

Le système de santé connaît un mouvement similaire. La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie met en place un panier de soins dont le rôle est de favoriser l'émergence d'une convention de qualité sur le produit (Eymard-Duvernay, 1989, pp. 329-359). Mais, il permet également de standardiser l'offre de soins, notamment en facilitant les comparaisons pour le consommateur. Le panier de soins détermine les soins minimaux que tout assuré est en droit de recevoir et délimite la zone de couverture de l'assurance obligatoire (Demange et Geoffard, 2004, pp. 595-609).

La distinction opérée entre bien et produit (Callon *et al.*, 2001, pp. 211-239) permet de différencier la santé, en l'occurrence le bien et la prise en charge thérapeutique et assurantielle du malade (le produit où le service). Le second étant un état particulier du premier. Dans un système concurrentiel, la production de soins s'articule autour de la définition d'un produit objectif : la prise en charge médicale du malade. Le régulateur monopolistique, en l'occurrence la Haute autorité de santé (HAS), établit un cahier des charges correspondant à l'expression, par la collectivité, d'un droit minimal aux soins pour chaque personne.

Le consommateur de soins doit pouvoir comparer des offres multiples. La concurrence repose donc sur une diffusion de l'information qui permet de standardiser le produit concerné. Le système de santé français connaît depuis une petite dizaine d'années une entreprise de standardisation *via* des agences spécialisées (Batifoulier *et al.*, 2008, pp. 27-46). La diffusion de l'information est réalisée par l'une d'entre elles, la Haute Autorité de Santé (HAS) en l'occurrence. Dans certains cas marginaux, la diffusion de l'information peut également se faire par des associations de malades.

Le problème, dans un cas comme la santé, est d'industrialiser le bien. La solution passe alors par une standardisation en termes de codification qui permet une marchandisation de la différence qui n'est pas possible dans le cas d'une production industrielle traditionnelle (Boltanski et Chiapello, 1999). La qualification ne constitue en rien un antidote à l'incertitude, c'est un moyen de construction de l'individualisation du bien (Callon, 2002, pp. 261-267). Cette étape est importante dans la mesure où elle permet de doter le bien d'une propriété qui l'objective et le singularise. Ce processus de singularisation a comme résultat la calculabilité du bien favorisant sa transformation en bien commercialisable (Callon et Muniesa, 2003, pp. 189-233).

1.2. L'organisation des relations entre les agents

Les transformations en cours du secteur de la santé en Europe montre qu'il existe une diversité d'organisation du marché de la santé dont la spécificité repose souvent sur un phénomène de *path dependence*. Deux grandes voies semblent se dégager. La première, dans les systèmes à dominante béveridgienne (Grande-Bretagne, Danemark, ...), prend appui sur une décentralisation des dispositifs de santé. L'État cesse d'être le fournisseur du service de santé, pour ne plus être qu'un acheteur. Au contraire, dans les systèmes à dominante bismarckienne (Pays-Bas, Allemagne, ...), des éléments de concurrence entre assureurs et producteurs de soins ont été introduits.

Dans chacune des deux grandes voies, l'organisation des relations entre les agents est soumise à la concurrence. Dans la première, ce sont les autorités régionales, où les médecins généralistes détenteurs de fonds, qui organisent la concurrence entre les établissements hospitaliers au profit des malades (Chambaretaud et Lequet-Slama, 2003). En revanche, dans les pays à dominante bismarckienne, l'assuré choisit sa caisse entre plusieurs assureurs publics ou privés qui mettent les producteurs de soins en concurrence (Cohu *et al.*, 2005). La voie choisie en France est différente. Si l'assurance maladie obligatoire reste pour l'instant un monopole, le secteur de l'assurance maladie complémentaire voit, depuis la loi du 13 août 2004, son rôle s'accroître.

En France, depuis la fin des années 1990, la politique de santé évolue vers un modèle de régulation par la demande. Deux lois ont participé à ce mouvement. La première, celle du 4 mars 2002, favorise l'émergence d'une démocratie sanitaire accélérant la transformation du patient en agent (Domin, 2006, pp. 427-438). La seconde permet au consommateur de soins de prendre ses décisions en toute connaissance de cause, notamment en permettant la

circulation de l'information et la comparaison des offres assurantielles (Batifoulier *et al.*, 2007, pp. 101-126).

La démocratie sanitaire constitue un mouvement de fond de la société née dans les années 1990 après une longue phase de mobilisation des malades, notamment du sida, et de leurs associations (Barbot, 2002). L'objectif est, à l'origine, d'en finir avec le paternalisme médical jugé dépassé et de mettre en place une relation thérapeutique plus équitable où le malade ait son mot à dire. Cette stratégie d'*empowerment* des malades s'est traduite dans les faits par l'élaboration d'un nouveau Code de déontologie en 1995 dont les articles 35 et 36 introduisent deux caractéristiques dans la relation thérapeutique : le droit à l'information et la recherche du consentement éclairé du malade. Désormais, l'information doit être adaptée au degré de compréhension du malade. Enfin, la loi du 4 mars 2002 consacre le principe selon lequel « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » et précise que l'information incombe à tout professionnel de santé.

La démocratie sanitaire consacre une évolution de l'encadrement juridique du colloque singulier permettant au malade de gagner sa citoyenneté notamment en intervenant dans la relation thérapeutique. L'idéal égalitaire du libéralisme politique est ainsi introduit au sein de cette relation et permet au malade d'intervenir à part égale avec le praticien (Jaunait, 2005). La transformation est assez profonde dans la mesure où l'information au malade devient une clause contractuelle ordinaire. Le patient devient alors un agent capable de consommer des soins. La transaction marchande est donc possible, elle se caractérise par l'égalité de position et l'égalité de volonté des parties (Coriat et Weinstein, 2004, pp. 37-62).

La loi du 13 août 2004 complète le dispositif en organisant un partage des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) et en mettant en place un panier de soins (périmètre de soins remboursables). La répartition des rôles entre AMO et AMC constitue une revendication de longue date dans le système de santé français. La coassurance et le panier de soins sont censés favoriser un comportement coopératif du malade, notamment en l'incitant à réduire sa consommation de soins. La construction d'un tel dispositif est fondamentale dans la mesure où elle favorise l'émergence d'un consommateur de soins gestionnaire de son capital santé, capable d'optimiser son niveau d'assurance (Batifoulier *et al.*, 2008, pp. 27-46).

1.3. Un dispositif d'évaluation

Une relation marchande se caractérise avant tout par un processus de calcul. Les relations entre des agents différents reposent donc sur des évaluations et des calculs monétaires. Cette

procédure d'évaluation s'appuie sur des *calculative agencies* ou agences calculatrices, c'est-à-dire des collectifs hybrides, des centres de calculs (Callon, 1998, pp. 9-46). Les procédures et les normes mises en œuvre dans l'évaluation ont avant tout pour objectif de déterminer la valeur des choses (Coriat et Weinstein, 2004, pp. 37-62). Le marché de la santé ne peut fonctionner sans la mise en place de ces procédures d'évaluation.

À la fin des années 1980 et au cours des années 1990, les politiques économiques de santé, en France et dans la plupart des pays industrialisés, se sont orientées vers une régulation par l'offre. La tendance a été de substituer aux remboursements de coûts une forme de paiement prospectif avec évaluation de l'activité médicale. Désormais, l'objectif consiste à détecter, dans une relation marquée par l'asymétrie d'information, des éventuels comportements de risque moral (défaut ou excès de prescription), notamment en les comparant à la moyenne qui devient un étalon (*yardstick competition* - concurrence par comparaison). Les activités jugées équivalentes (en termes de standard de pratiques) reçoivent des ressources identiques (Kerleau, 1998, pp. 5-32).

La définition de bonnes pratiques s'inscrit pleinement dans cette logique. La loi du 4 janvier 1993 prévoit un mode de définition et d'objectivation de ces bonnes pratiques. Le point de départ de ce projet est, tout en tenant compte de la difficulté de modéliser *a priori* la décision médicale, d'exploiter la diversité de la pratique médicale afin de définir une conduite diagnostique et thérapeutique. Cet objectif de normalisation passe par la production de principes directeurs (*guidelines*) permettant d'aligner les connaissances sur des normes communes, de coordonner les pratiques médicales et de stabiliser la relation thérapeutique (Tournay, 2007, pp. 253-267). La production de cette objectivité médicale repose principalement sur les principes de la médecine des preuves (*Evidence based medicine*) et est encadré par une expertise médicale pilotée par des médecins (Benamouzig et Besançon, 2005, pp. 301-322).

L'action publique en matière de santé se structure autour de la création d'agence dont l'objectif est d'apporter une solution aux risques. Les deux premières agences ont été créées à la suite de l'affaire dite du sang contaminé : l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) en 1990 et l'Agence française du sang (AFS) en 1992. Le passage au ministère de la Santé de Bernard Kouchner et de son équipe (Aquilino Morelle, Didier Tabuteau, Martin Hirsch) a accéléré la création de structures de ce type.

L'agence du médicament, créée en 1993, dispose d'un pouvoir d'évaluation des produits et d'autorisation de mise sur le marché. La transformation, à la même époque, de l'ANDEM en une Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) complète

le dispositif, notamment en développant l'accréditation des établissements de santé. La fin des années 1990 couronne le processus avec la création de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui reprend les prérogatives de l'agence du médicament, de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFFSA) et de l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE).

La création de la Haute Autorité de Santé (HAS) par la loi du 13 août 2004 s'inscrit dans une perspective semblable. Elle reprend des missions précédemment dévolues à l'ANAES, notamment la certification de la qualité des actes, des produits et des établissements de santé et à l'AFSSAPS. Désormais, la HAS émet des avis et des recommandations sur le niveau des remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Ces décisions sont définitives et ne peuvent être annulées par une autre autorité, elles sont prises comme des décisions techniques par un comité d'experts (Benamouzig et Besançon, 2005, pp. 301-322).

Le secteur hospitalier fait également l'objet d'une évaluation croissante. La mise en œuvre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en 1983 en constitue le point de départ. Aujourd'hui, l'expérimentation et la généralisation d'une tarification à l'activité courent ce processus qui s'inscrit pleinement dans le développement d'un marché de la santé. Dans le même ordre d'idée, l'essor des palmarès hospitaliers participe d'un même mouvement. Depuis 2005, les Assurances générales de France (AGF) proposent à leurs adhérents un palmarès. L'argumentaire avancé par la compagnie pour se justifier présente ce palmarès comme le seul moyen de redonner au consommateur un espace de liberté.

1.4. Une architecture sociale

Le marché de la santé tel qu'il s'ébauche repose sur une architecture sociale complexe où chaque agent remplit le rôle qui lui est assigné. La constitution du marché entraîne une réorganisation des relations entre les agents. L'offre, la demande et le *sponsor* qui assure la diffusion de l'information.

L'offre de santé s'est profondément transformée. Une étude sur le discours du corps médical a montré que celui-ci, fondé dans les années 1960-1970 sur la défense de l'entreprise libérale (indépendance, désintéressement, ...) a progressivement évolué vers la contestation de la socialisation et le refus du carcan tarifaire imposé par l'État. Ce discours marchand vante désormais le dépassement d'honoraires comme le seul moyen pour pratiquer une médecine de qualité. Il se traduit dans les faits par une

multiplication des honoraires particuliers rémunérant des tâches autrefois gratuites (Abecassis et Domin, 2009, pp. 71-84).

Cette évolution du discours ira de pair, dans les années à venir, avec une évolution de l'exercice. Dans un futur plus ou moins proche, la constitution d'une offre combinée de soins autour des compagnies d'assurance sera effective. La loi du 13 août 2004 (articles 51 et 52) sur la réforme de l'assurance maladie prévoit clairement cette hypothèse. Les travaux menés au début des années 1980 sur les réseaux de soins coordonnés prennent ici tout leur sens. Cette réorganisation permettra aux assurances complémentaires, pour l'instant dans une situation de payeur aveugle, de réduire les comportements opportunistes, notamment en mettant en place des réseaux de soins. Mais, dans les faits, cette évolution de la pratique va à l'encontre de certains des principes fondateurs de la profession (indépendance, autonomie, paiement à l'acte, ...).

La demande de soins présente une certaine cohérence. La loi du 4 mars 2002 a libéré le patient et a favorisé sa mutation en agent capable de choix rationnels. La loi du 13 août 2004 a accéléré son immersion dans un espace marchand et a accéléré le passage de l'assuré social au gestionnaire de son risque santé (Batifoulier *et al.*, 2008, pp. 27-46). Le panier de soins caractérise assez bien cette évolution, en incitant le consommateur de soins gestionnaire de son risque santé à choisir son assurance maladie. Les effets de ces deux lois commencent à être perceptibles : le consommateur de soins est de plus en plus informé sur les produits, il peut comparer les offres et le marché de l'assurance maladie complémentaire connaît une croissance importante.

Enfin, le marché de la santé repose essentiellement sur une diffusion de l'information par l'intermédiaire de courtiers en informations, des *sponsors* selon l'expression d'Alain Enthoven. La diffusion de l'information peut se faire soit par un régulateur public, soit par des organismes représentant les patients. Dans le premier cas, le régulateur assure la diffusion des informations et joue également sur l'offre de soins, notamment en accélérant la diffusion de *benchmarking*. La Haute autorité de santé (HAS) s'inscrit dans cette perspective notamment en définissant le périmètre de soins, en évaluant le service médical rendu (SMR) des médicaments et en définissant les bonnes pratiques.

Dans le second cas, la diffusion de l'information peut se faire par l'intermédiaire de structures de représentation des malades comme aux Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande où des *Organizing and managing consumption of care* (institutions et de gestion et d'organisation de la consommation de soins) ont un rôle d'intermédiation entre les producteurs de soins et les malades. Pour l'instant, de telles structures sont essentiellement présentes dans

des pays ayant ouvert leur système de santé à la concurrence. En France, certaines associations de malades du sida, Actions traitements par exemple, déplorent la régulation étatique du marché du médicament et proposent une régulation du marché par ces mêmes associations. Celles-ci exigent de plus en plus la prise en compte de leurs revendications et s'immiscent dans le processus de qualification (Rabeharisoa et Callon, 1999, pp. 188).

2. Une réorganisation complète du système de santé : transformations actées et effets potentiels

Les deux réformes de 2002 et 2004 ont profondément transformé le système de santé, notamment en introduisant des éléments de marchandisation. Mais, si certaines transformations sont de plus en plus visibles, d'autres sont plus lentes à émerger. L'objectif de cette seconde partie est de montrer quelles sont les transformations les plus évidentes et de voir, notamment à la lumière de l'exemple des États-Unis, quels seront les effets potentiels à moyen terme.

Une première transformation semble actée. Le développement des organismes complémentaires d'assurance maladie en constitue un exemple éloquent dans la prise en charge des risques divers (2.1.). D'autres transformations sont plus lourdes et nécessiteront plus de temps à être mises en œuvre. Ainsi, un système assurantiel ne peut fonctionner sans un dispositif de contrôle, une police des corps qui doit contraindre les comportements déviants, les ramener à la raison assurantielle (2.2.). Progressivement, un système de santé intégré se constitue. Il repose sur la satellisation des compagnies d'assurance, des entreprises de la génomique, des industries agroalimentaires et pharmaceutiques. L'exemple américain est caractéristique des évolutions possibles (2.3).

2.1. Le développement d'une logique assurantielle

La loi du 13 août 2004 pose en effet des bases nouvelles dans la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Cette dernière voit sa part s'accroître dans le remboursement des soins (2.1.1.), mais cette croissance masque certaines inégalités sociales (2.1.2).

2.1.1. Un secteur en mutation

L'assurance maladie complémentaire prend une place croissante dans le versement des prestations. En 2006, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) ont versé 20,4 milliards d'euros de prestations (soit une augmentation de

3,9 % par rapport à l'année précédente). À titre de comparaison et pour comprendre l'évolution du marché de la complémentaire, en 1995 ces organismes ne versaient que 11,9 milliards de prestations. Les OCAM représentent donc le deuxième financeur de la protection sociale derrière la Sécurité sociale et juste devant les ménages. La mutualité représente le premier fournisseur d'assurance maladie complémentaire (59,2 % des contrats souscrits) devant les sociétés d'assurance (25,5 %) et les institutions de prévoyances (15,3 %). Mais, la mutualité perd chaque année des parts de marché au profit des compagnies d'assurance.

Le secteur de l'assurance maladie complémentaire fait donc intervenir trois catégories d'opérateurs n'obéissant pas aux mêmes droits. Les mutuelles sont régies par le Code de la mutualité. La réforme de ce dernier a accéléré le phénomène de fusion et de concentration dans le secteur et a entraîné une transformation profonde des contrats proposés (Arnould *et al.*, 2007). Les institutions de prévoyances sont régies par le Code de la sécurité sociale et ont un but non lucratif. Elles proposent essentiellement des contrats collectifs. Enfin, les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances. Sur la centaine d'entreprises qui interviennent sur le secteur, les trente premières représentent plus de 90 % du marché (Abecassis *et al.*, 2008, pp. 153-166).

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

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

de graves ennuis de santé, la somme capitalisée restera au profit des MMA.

2.1.2. La question non résolue des inégalités

L'accès au secteur de l'assurance maladie s'est généralisé en quelques années. En 1980, 69 % de la population y avait accès, aujourd'hui, 91 % en bénéficie. Mais, cette généralisation masque des inégalités dans la mesure où l'accès est fortement corrélé au niveau de vie des ménages. Les inégalités du marché du travail sont ainsi reproduites sur le marché de l'assurance maladie complémentaire. En 2003, 21 % des individus appartenant au 20 % des ménages les plus pauvres ont déclaré ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Si un chômeur a trois fois plus de risque qu'un salarié de ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire, l'inactif a une probabilité 1,6 fois plus grande d'en être écarté (Marical et Saint-Pol (de), 2007).

Ces inégalités sont également présentes dans certaines entreprises où les contrats des cadres sont différents de ceux des autres catégories. Dans les entreprises proposant au moins un contrat d'assurance maladie complémentaire à leurs salariés, les cadres bénéficient d'un contrat avec une meilleure couverture. Ils sont 29 % à bénéficier d'un contrat avec de bonnes garanties en optique et 15 % à avoir accès à un contrat avec de bonnes garanties en dentaire. À l'inverse, les non-cadres sont seulement 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds. Dans les entreprises offrant des contrats différenciés selon les catégories sociales les inégalités sont encore plus marquées : 48 % des cadres bénéficient de contrats à fortes garanties (en optique et en dentaire) contre 18 % des non-cadres (Francesconi et al., 2006).

Des inégalités semblables existent entre contrats individuels et collectifs. Les premiers sont plus souvent des contrats d'entrée de gamme, les seconds sont majoritairement des contrats de haut de gamme offrant des garanties deux à trois fois supérieures à celles des contrats standards. Les inégalités sociales y sont également présentes : les cadres sont plus souvent couverts par un contrat collectif que les ouvriers (76 % contre 50%) alors que ceux-ci souscrivent majoritairement (41 % contre 24 %) des contrats individuels (Arnould et Vidal, 2008).

La question de la prise en charge des dépassements d'honoraire est centrale. Si cette pratique est devenue courante chez beaucoup de médecins, les contrats d'assurance maladie complémentaire restent variables. Globalement, les dépassements d'honoraire sont pris en charge pour un tiers de la population. Mais, contrat par contrat, les garanties sont très disparates et vont d'une absence à une prise en charge complète. Les contrats collectifs sont,

une fois de plus, plus favorable. Plus de deux tiers d'entre eux les couvrent partiellement ou totalement. En revanche, seulement 17 % des contrats individuels prennent en charge les dépassements.

2.2. Une police des corps

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

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

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

La cité de l'assurance repose sur ces six axiomes (Torny, 1995, pp. 67-78). Le principe de *commune humanité* (a1) suppose que toutes les personnes ont accès à un système d'assurance-maladie. La *dissemblance* (a2) implique que les assurés sont porteurs de risques différents, mais ordonnés. L'*ordre de grandeur* (a4) associe un niveau de risque et une prime. Ainsi, un risque fort devra s'acquitter d'une prime élevée et inversement. Néanmoins, selon le principe de *commune dignité* (a3), toutes les personnes peuvent changer de classes de risques. Ces changements dépendent d'une *formule d'investissement* (a5). Dans le domaine de l'assurance maladie, celui qui cesse de fumer réduit d'autant son risque de cancer du poumon. Enfin, l'assurance constitue un *bien commun* (a6), c'est-à-dire que l'adoption d'un principe de prudence satisfait non seulement la personne prudente, mais également l'ensemble de la collectivité.

Dans les faits, la généralisation des techniques de l'assurance justifie une traque contre les comportements jugés déviants (aléa moral *ex ante* et *ex post*) qui risque rapidement de se traduire par le développement de dispositif de contrôle des comportements (alcool,

tabac, ...), mais également par un essor de la génomique associée à l'assurance. Cette police des corps constitue une forme renouvelée du biopouvoir. Dorénavant, les instruments traditionnels (familles, institutions, ...) ne sont plus les vecteurs de la biopolitique. Celle-ci est véhiculée par les individus eux-mêmes en suivant une logique assurantielle. La cité de l'assurance impose aux agents de protéger leur capital humain, notamment en adoptant un principe de précaution face aux pathologies qu'ils risquent voir se déclarer (Ewald et Kessler, 2000, pp. 55-72). L'avènement d'un libéralisme moderne repose ainsi sur l'extension aux marchés de domaines nouveaux (Foucault, 2004).

2.2.2. Le mythe du corps parfait

En traquant les comportements déviants, la police des corps recherche avant tout à favoriser le corps parfait. Cette logique met en évidence la médicalisation de la société. Cette dernière « *consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical* » (Fassin, 1998, pp. 1-13). La médicalisation implique avant tout une transformation culturelle et pas seulement une conquête du corps médical. L'émergence du concept de gouvernance dans le domaine constitue un premier moment de rupture. Faut-il rappeler que ce mot est issu du grec *kubernân* (piloter un char ou un navire) qui est également à l'origine de la cybernétique qui correspond à l'art de piloter des machines. Il faut considérer le médecin comme un cybernéticien au sens où il pilote le malade au sein du système de soins. Il combine trois fonctions importantes, il est à la fois technicien, ingénieur et administrateur (Razac, 2006).

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

Le médecin est également un ingénieur au sens où il « *collabore à la conception des dispositifs sanitaires et sociaux* » (Razac, 2006). Depuis le début des années 1990, les praticiens participent de façon croissante aux réseaux de santé publique, mais également aux dispositifs mis en œuvre par l'Institut national de veille sanitaire (INVS). Le travail en réseaux implique un

bouleversement important de la pratique, dans la mesure où il incite les praticiens à collaborer, notamment par l'intermédiaire de réseaux informatiques. Cette évolution du médecin ingénieur préfigure une transformation future, celle du médecin membre d'une *managed care organization*. On peut se demander si la profession est prête pour cette évolution dans la mesure où elle remet en question certains principes fondateurs de la profession comme l'indépendance.

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

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

2.3. Un système de santé intégré

Le système de santé des États-Unis peut constituer le témoin de ce qu'une régulation marchande pourrait engendrer (développement d'un système d'assurance, salarisation croissante des praticiens, ...). La France, malgré certaines résistances, s'engage dans cette voie.

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

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

La génétique et la génomique constituent le premier niveau, celui de la sélection des malades. Aux États-Unis, la génétique

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

La question des tests génétiques reste centrale dans le modèle qui se structure. La comparaison France États-Unis est, sur ce point, éclairante. L'innovation biotechnologique repose sur un régime de production des savoirs, c'est-à-dire « *une combinaison spécifique de formes élémentaires de régulation* » (Gaudillière et Joly, 2006, pp. 330-349). Historiquement, trois formes principales de régulation ont dominé ce secteur. Une régulation professionnelle qui donne une place centrale à l'expertise, une régulation étatique qui laisse la décision finale aux experts issus de l'administration et une régulation marchande qui repose sur une logique de droits de propriété.

Si la France reste encore sur un modèle de régulation professionnelle et étatique, les États-Unis fonctionnent sur une régulation marchande. La société *Myriad Genetics* est la première à avoir obtenu des brevets sur les gènes BRCA². Cette question résolue, la société a mis à profit son expérience en automatisation de la génétique en construisant un marché des tests BRCA. La campagne publicitaire de lancement a insisté sur le droit pour chacun de bénéficier d'une information génétique.

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

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

² BRCA : BReast CAncer, littéralement cancer du sein.

régulation étatique et professionnelle dans un domaine où le marché n'est pas encore développé.

Un autre problème est posé par l'arrivée de la génomique, celle du contrôle génétique des futurs assurés par les compagnies. Aujourd'hui, *Myriad Genetics* vend des produits spécifiques de la génomique et les *Health maintenance organizations* (HMO) signent des contrats avec elles pour la réalisation de ces tests. Désormais, les HMO ont accès à l'information génétique et peuvent sélectionner leurs assurés ou moduler leurs primes (Domin, 2006, pp. 111-136). Un nouveau pas semble donc avoir été franchi. Certains pays européens (Pays-Bas, Suède) autorisent un contrôle au-dessus d'un certain niveau de prime.

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

2.3.2. L'essor des partenariats croisés

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

Depuis, les techniques de communication se sont affinées. Ainsi, la compagnie MAAF Assurances a-t-elle offert une ristourne sur les produits *proactiv* de la multinationale Unilever. Cette société développe depuis quelques années une gamme de produits riches en stérols végétaux censés combattre le mauvais cholestérol. La MAAF

rembourse le montant de la complémentaire santé (de 10 € pour 7 produits achetés, de 22 € pour 14 produits et 40 € pour 21 articles et plus). La multinationale a passé un accord semblable avec VGZ, le premier assureur néerlandais. Les AGF mettent en place une politique de promotion des yaourts *danacol* de Danone. Axa propose, quant à elle, un service téléphonique de conseils nutritionnels pour ses assurés.

Les produits *Fruit d'Or-Proactiv* et *Danacol* sont riches en phytostérols et phytostanols qui sont des stérols et stanols présents dans certaines huiles végétales (Colza, maïs, soja, ...), dans certaines graines (sésame, tournesol, ...) et dans certains fruits et légumes. Ils auraient un pouvoir hypocholestérolémiant, notamment en limitant l'absorption intestinale du cholestérol. L'objectif des mutuelles est d'inciter leurs adhérents à limiter les risques de maladies cardiovasculaires³. Ces partenariats croisés entre assurances complémentaires et sociétés agroalimentaires restent toutefois contestables d'abord parce que l'efficacité de ces produits n'est pas scientifiquement prouvée, ensuite parce qu'il s'agit d'opérations essentiellement commerciales.

Bon nombre de spécialistes de ces pathologies estiment que les margarines riches en oméga 3 n'ont aucune influence sur la prévention cardiovasculaire. Ces *aliments* n'entraînent en effet qu'une baisse limitée du taux de cholestérol pour une courte durée. À long terme, aucune étude n'a pu démontrer les effets bénéfiques de ces produits sur la baisse de la mortalité cardiovasculaire. Le constat de la revue *Prescrire* est, sur ce point, sans appel : « En 2005, parmi les mesures non médicamenteuses de prévention cardiovasculaire, la consommation d'aliments enrichis en phytostérols et en phytostanols n'a pas sa place »⁴. La seule solution avérée pour diminuer la mortalité des maladies coronariennes reste le couple alimentation équilibrée et activité physique régulière.

D'autre part, cette pratique est d'autant plus contestable qu'un assureur privé tente une opération commerciale sans garantir pour autant un résultat fiable pour l'assuré. Une association de consommateurs, l'UFC-Que choisir, a dénoncé cette opération de « *marketing sur ordonnance* » et a assigné en justice MAAF Assurances afin d'interdire la publicité. L'association de consommateurs n'a pas attaqué cette alliance, elle a seulement reproché à la publicité de ne pas mentionner la nécessité de consulter un praticien avant de consommer ces produits. Quoi qu'il

³ Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité en France avec 31 % des causes de décès.

⁴ « aliments enrichis en phytostérols et phytostanols. Petite baisse de la LDL-cholestérolémie, mais aucune évaluation clinique à long terme », *Prescrire*, volume XXV, n° 266, p. 767.

en soit, face au désintérêt d'une grande partie de ses assurés pour cette opération de promotion, la compagnie a décidé de la suspendre. Toutefois, il ne faut pas relativiser ce type de phénomène qui risque, dans l'avenir de se développer. La contrainte de consommation permet en effet aux assureurs complémentaires de peser sur le comportement de leurs assurés.

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

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

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

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

Un tel système ne peut que générer de nombreux dysfonctionnements. En effet, les industries pharmaceutiques cherchent par tous les moyens à faire prescrire leurs molécules. Les laboratoires Merck ont ainsi imaginé une solution efficace : acheter la société intermédiaire Medco. Celle-ci est chargée par les compagnies d'assurance d'établir la liste des médicaments remboursables ainsi que la liste des médecins agréés (c'est-à-dire de ceux que les assurés peuvent consulter). Au total, 64 millions de

personnes voient leur assurance-maladie gérée par Medco. Or, celle-ci a clairement avantage les produits de Merck. Après plusieurs scandales de ce type, les laboratoires Merck se sont séparés de Medco.

Conclusion

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

La réforme du 13 août 2004 et les mesures prises par la suite ont favorisé une légère augmentation du reste-à-charge des ménages qui est passé de 8,3 % à 9,4 % de la consommations de soins et de biens médicaux entre 2004 et 2007. L'introduction d'une modulation des taux de remboursement en fonction du respect ou non du parcours de soins s'est répercutée sur les assurés dans la mesure où les organismes complémentaires d'assurance maladie sont incités fiscalement à ne pas couvrir les dépenses hors parcours (Domin et Ginon, 2007, pp. 233-244). En 2007, de nouvelles mesures ont été prises suite à la procédure d'alerte lancée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La majoration du ticket modérateur pour les assurés sociaux hors parcours de soins passe de 10 à 20 % et reporte 75 millions d'euros sur les assurés (Fenina *et al.*, 2008).

D'autre part, le report d'une partie de la dépense sur les organismes complémentaires d'assurance maladie ne fait que déplacer les inégalités inhérentes au marché du travail vers le marché de la santé. Les populations les plus vulnérables sont les moins bien couvertes par la couverture complémentaire. Ainsi, un chômeur a-t-il trois fois plus de risques qu'un salarié de ne pas bénéficier d'une telle assurance (Marical et Saint-Pol (de), 2007). Au sein des entreprises, les inégalités entre les contrats proposés aux salariés résultent également des différences entre catégories socioprofessionnelles. 48 % des cadres bénéficient d'un contrat de bonne qualité (fort en dentaire et en optique) contre 18 % des non-cadres (Francesconi *et al.*, 2006).

La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie accélère donc la construction sociale d'un marché de la santé autour d'un

patient optimisateur, capable de choix éclairés en matière de soins et également gestionnaire de son capital santé. Le revers de cette situation conduit à pénaliser financièrement le patient en fonction de son comportement (Batifoulier *et al.*, 2008, pp. 27-46). *In fine*, cette situation légitime les inégalités sociales de santé. Ces dernières sont d'ailleurs accentuées par le renforcement du poids de l'assurance maladie complémentaire.

Références bibliographiques

Abecassis P., N. Coutinet et J.-P. Domin (2008), "Logiques industrielles *versus* droits sociaux : une application au secteur de l'assurance maladie complémentaire", dans J.-P. Domin, M. Maric, S. Delabryère et C. Hédoïn (éds), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux*, Paris, L'Harmattan, pp. 153-166.

Abecassis P. et J.-P. Domin (2009), "L'évolution des conventions médicales à travers leur discours. Les maux de la politique économique de santé", dans T. Barnay et F. Legendre (éds), *Emploi et politiques sociales. Tome 1 : défis et avenir de la protection sociale.*, Paris, Éditions de L'Harmattan, pp. 71-84.

Arnould M.-L., S. Pichetti et M.-O. Rattier, (2007), "Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires en santé", *Études et résultats*, (575).

Arnould M.-L. et G. Vidal, (2008), "Typologie des contrats les plus souscrits auprès de complémentaires santé en 2006", *Études et résultats*, (663).

Barbier J.-C. et B. Théret (2004), *Le nouveau système français de protection sociale*, Paris, La découverte.

Barbot J. (2002), *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland.

Batifoulier P., J.-P. Domin et M. Gadreau, (2007), "Chapitre introductif. Politique de santé : la grande transformation", *Économie appliquée*, 60 (1), pp. 5-36.

Batifoulier P., J.-P. Domin et M. Gadreau, (2007), "La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand", *Économie appliquée*, 60 (1), pp. 101-126.

Batifoulier P., J.-P. Domin et M. Gadreau, (2008), "Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française", *Revue française de socio-économie*, (1), pp. 27-46.

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

Boltanski L. et È. Chiapello (1999), *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, nrf essai.

Boltanski L. et L. Thévenot (1991), *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.

Callon M. (1998), "Introduction : the embeddedness of economic market in economics", dans M. Callon (éd), *The laws of the market*, Oxford, Blackwell Publishers, pp. 9-46.

Callon M., (2002), "Pour en finir avec les incertitudes ?", *Sociologie du travail*, 44 (2), pp. 261-267.

Callon M., C. Meadel et V. Rabeharisoa, (2001), "L'économie des qualités", *Politix*, 52 (1), pp. 211-239.

Callon M. et F. Muniesa, (2003), "Les marchés économiques comme dispositifs de calcul", *Réseaux*, (122), pp. 189-233.

Chambaretaud S. et D. Lequet-Slama, (2003), "Les systèmes de santé danois, suédois et finlandais, décentralisation, réforme et accès aux soins", *Études et résultats*, (214).

Chamberlin E.-H., (1953), "The product as an economic variable", *Quarterly journal of economics*, 67 (1), pp. 1-29.

Cohu S., D. Lequet-Slama et P. Volovitch, (2005), "Réforme des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence", *Études et résultats*, (445).

Coriat B. et O. Weinstein, (2004), "Institutions, échanges et marchés", *Revue d'économie industrielle*, (107), pp. 37-62.

Coriat B. et O. Weinstein, (2005), "La construction sociale des marchés", *La lettre de la régulation*, (53).

Demange G. et P.-Y. Geoffard, (2004), "À quoi peut servir la concurrence en assurance santé ?", *Revue d'économie politique*, 114 (5), pp. 595-609.

Domin J.-P. (2003), "Crise sociale et institutionnalisation des solidarités : une application au système de santé (1890-1940)", dans P. Guillaume (éd), *Les solidarités (2). Du terroir à l'État.*, Bordeaux, Éditions de la MSH d'Aquitaine, pp. 73-93.

Domin J.-P., (2006), "Du droit à la santé au risque sanitaire : une rupture paradigmatique ?", *Économie appliquée*, 59 (2), pp. 111-136.

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), pp. 427-438.

Domin J.-P., (2003), "La santé entre marché et services publics", *La Pensée*, (333), pp. 5-18.

Domin J.-P. et A.-S. Ginon (2007), "L'instauration de mécanismes incitatifs en faveur des contrats d'assurance maladie complémentaire : quels effets sur les inégalités en santé", dans P. Batifoulier, A. Ghirardello, G. Larquier (de) et D. Rémillon (éds), *Approches institutionnalistes des inégalités en économie sociale*, Paris, Éditions de l'Harmattan, pp. 233-244.

Esping-Andersen G. (1999), *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, Puf.

Ewald F. et D. Kessler, (2000), "Les noces du risques et de la politique", *Le débat*, (109), pp. 55-72.

Eymard-Duvernay F., (1989), "Convention de qualité et formes de coordination", *Revue économique*, 40 (2), pp. 329-359.

Fassin D. (1998), "Les politiques de la médicalisation", dans P. Aïach et D. Delanoë (éds), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Économica, pp. 1-13.

Fenina A., Y. Geffroy et M. Duée, (2008), "Les comptes nationaux de la santé en 2007", *Études et résultats*, (655).

Foucault M. (2004), *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979*, Paris, Gallimard, Éditions du Seuil.

Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, Puf.

Francesconi C., M. Perronnin et T. Rochereau, (2006), "La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité", *Questions d'économie de la santé*, (112).

Gaudillière J.-P. et P.-B. Joly, (2006), "Appropriation et régulation des innovations biotechnologiques : pour une comparaison transatlantique", *Sociologie du travail*, 48 (3), pp. 330-349.

Hassenteufel P., (1997), "Le "plan Juppé" : fin ou renouveau d'une régulation paritaire de l'assurance maladie ?", *Revue de l'IREES*, (24), pp. 175-189.

Jaunait A. (2005), *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Dalloz.

Kerleau M., (1998), "L'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des politiques de maîtrise des dépenses de santé", *Sciences sociales et santé*, 16 (4), pp. 5-32.

Marical F. et T. Saint-Pol (de), (2007), "La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités", *INSEE Première*, (1142).

Moureau N. et D. Sagot-Duvaurox (2006), "La construction sociale d'un marché : le cas du marché des tirages photographiques", dans F. Eymard-Duvernay (éd), *L'économie des conventions. Méthodes et résultats*, Paris, Éditions de la Découverte, pp. 45-60.

Pignarre P. (2004), *Comment sauver (vraiment) la sécu*, Paris, Éditions La Découverte.

Rabeharisoa V. et M. Callon (1999), *Le pouvoir des malades*, Paris, Les presses de l'école des Mines.

Razac O. (2006), *La grande santé*, Paris, Climats/Flammarion.

Steffen M., (1987), "Les médecins et l'État en France", *Politiques et management public*, 5 (3), pp. 19-39.

Steudler F., (1977), "Médecine libérale et conventionnement", *Sociologie du travail*, 19 (2), pp. 176-198.

Théret B., (2007), "Les transformations de l'État social français depuis 1975 : une analyse centrée sur les politiques de santé et

menée au regard des standards typologiques et théoriques du changement institutionnel”, *Économie appliquée*, 60 (1), pp. 69-100.

Tordjman H., (2004), “How to study markets. An institutionalist point of view”, *Revue d'économie industrielle*, (107), pp. 19-36.

Torny D., (1995), “Mon corps est-il une bagnole ? Socio-fiction assurantielle”, *Revue française des affaires sociales*, 59 (4), pp. 67-78.

Tournay V., (2007), “Produire l'objectivité médicale : un système expérimental répliatif de standardisation”, *Sociologie du travail*, 49 (2), pp. 253-267.