



L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DANS LA RÉGULATION : VERS UN MODÈLE COOPÉRATIF ?

ÉTIENNE CANIARD *
CHRISTINE MEYER-MEURET **

La Loi du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie, contient pour la première fois des dispositions qui visent à organiser le partenariat entre les deux acteurs du financement : les régimes obligatoires et l'assurance maladie complémentaire. Déjà, le rapport de J.F. Chadelat¹ avait mis en évidence la réalité et les conséquences du co-paiement ; depuis les débats ont évolué, notamment sous l'effet des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui mettent l'accent sur l'enjeu de l'organisation et de la régulation. En effet, malgré des poids très différents dans le système (respectivement 75,7 et 12,3 %² de la consommation des soins et de biens médicaux (CSBM) cette juxtaposition des financeurs sans coordination réelle bride l'organisation et la régulation de l'ensemble des dépenses de santé, mais aussi des seules dépenses de l'assurance maladie obligatoire.

Obligatoires et volontaires *les dépenses ont, en effet, partie fortement liée, et la maîtrise d'un seul des deux ne permet pas la régulation du tout.* On doit même considérer que les *mécanismes de transferts*, à l'œuvre entre les deux secteurs, ont pu contribuer aux difficultés pour réguler la dépense d'assurance maladie obligatoire (AMO) qui seule, depuis près d'un quart de siècle, intéresse l'action publique. Qu'il s'agisse de la prise en charge des très hauts risques laissée à l'assurance obligatoire ou de l'abandon plus ou moins délibéré au « marché » des stratégies de revenus de certains professionnels par le développement organisé ou

* Délégué aux questions de santé et de Sécurité sociale à la Mutualité française.

** Sous-directrice du département protection sociale à la Mutualité française.



« spontané » des honoraires « libres », qu'il s'agisse de la politique des vases communicants maniée avec brio par les gouvernements successifs (hausse du « ticket modérateur » pour les assurés non exonérés, avec, pour la compenser, une croissance des dépenses à 100 % conduisant année après année au partage du marché entre « gros risques » et « petits risques »), que l'on regarde les choix en termes de réponse aux besoins, ou la gestion de l'innovation, les 25 dernières années de « régulation » ont été marquées par cette dichotomie entre les deux secteurs de financement.

La conséquence en a été une explosion des prises en charge à 100 %. (En 2003, les dépenses sans ticket modérateur du régime général ont augmenté de + 9,3 %, tandis que les dépenses avec ticket modérateur n'augmentaient que de 3,2 %). Finalement, entre 1980 et 2002, on constate un déplacement de 4 % de la valeur annuelle de la consommation médicale qui s'opère des financements obligatoires (Sécurité sociale plus État) vers la couverture complémentaire (respectivement de 81,1 à 76,7 %, et de 8,7 à 12,3 %). Pour autant, cette évolution n'a pas permis de maîtriser la dépense remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

La Loi CMU³, en créant un droit à la protection complémentaire en santé a mis en évidence la nécessité de disposer d'une protection complémentaire pour accéder aux soins. Une nouvelle étape se dessine en 2004, la « reconnaissance » de la complémentaire santé, non pas en faisant entrer le loup dans la bergerie (c'est-à-dire, les assureurs privés dans la Sécurité sociale), mais en organisant, par un système d'engagements et de contreparties, les différents niveaux de protection et leurs relations avec les prestataires de soins et de santé.

Faire intervenir des acteurs privés dans la régulation d'un système n'est pas une démarche sans précédent. Elle est déjà à l'œuvre dans des domaines comme les télécommunications ou les transports. Mais ce choix va, avec l'assurance maladie, sans doute constituer « une première » dans le champ social. L'État, par cette loi, va d'une certaine façon organiser les différents niveaux de couverture obligatoire et complémentaire. Mais au-delà du désormais classique « cahier des charges » défini pour les opérateurs de marché, au-delà de la création d'une instance représentative, la loi va aussi donner aux acteurs les moyens de coopérer sur un contrat commun de régulation.

Dans cet article, après quelques définitions nécessaires aux non spécialistes du domaine et un état des lieux de la situation, nous proposerons un bref retour en arrière, puis nous présenterons les scénarios envisagés au début des années 2000 ; enfin, nous discuterons les principales dispositions de la loi pour dégager les conditions de la réussite, notamment au regard des positions des différents partenaires.

En effet, la loi, si elle est une condition nécessaire, n'est pas

suffisante. Les résultats dépendront moins de la création d'institutions nouvelles que des coopérations et partenariats effectifs qu'elles permettront entre les régimes obligatoires, les professionnels de santé et les organismes de protection complémentaire. Comme les professionnels de santé, mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance sont en quelque sorte au pied du mur ; diversement intéressés à cette entreprise, les organismes d'assurance maladie complémentaire ont une partie commune à jouer, dont les règles méritent d'être précisées.

DÉFINITIONS ET ÉLÉMENTS D'ÉTAT DES LIEUX

La régulation, à la différence de la maîtrise, s'envisage dans un ensemble hétérogène. Canguilhem la définit ainsi : « La régulation est l'ajustement, conformément à quelque règle ou norme, d'une pluralité de mouvements ou d'actes et de leurs effets ou productions que leur diversité ou leur succession rend d'abord étrangers les uns aux autres »⁴. Il ne s'agit donc pas de rechercher l'équilibre ou de contrôler l'évolution d'un ensemble limité et homogène, en maîtrisant la seule dépense remboursée, et ceci en juxtaposant le contrôle des différents segments de la dépense, mais bien de considérer que le système de financement est un tout composé des prestations de l'assurance maladie obligatoire, de l'assurance maladie complémentaire et des dépenses des ménages. La régulation consiste aussi à s'intéresser aux transferts entre les secteurs de financement et entre les sources de prestations. Faut-il rappeler que la maîtrise des dépenses hospitalières a été soutenue par un mouvement de long terme d'externalisation des activités de soins ? La croissance des dépenses de médicament a d'ailleurs renforcé ce mouvement. De même la dépense « reconnue » par l'assurance maladie obligatoire s'est transformée sous l'effet des transferts vers les ménages ou leurs assurances complémentaires. Il apparaît donc que le renvoi sur le marché, de ce que le secteur public ou obligatoire ne peut pas financer, doit aussi trouver son organisation, s'appuyer sur des outils et des objectifs communs avec le système de Sécurité sociale, au risque sinon de le mettre en péril.

Sont désormais considérés comme organismes de protection complémentaire en assurance maladie, ceux « offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident »⁵. Ceci inclut donc explicitement, pour ces activités, les mutuelles relevant du Code de la mutualité agréées au titre des activités d'assurance, les institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale, les sociétés d'assurance régies par le Code des assurances. Les gestionnaires, distributeurs, courtiers, banques... non assureurs ne sont pas concernés.

Certes, des directives européennes ont organisé l'harmonisation des

conditions d'exercice des activités d'assurance, mais le cadre juridique des différentes institutions n'a pas été unifié. Des différences importantes persistent. Les mutuelles, héritières des sociétés de secours mutuels du XIX^{ème} siècle, organisent progressivement leur structuration économique autour de l'activité d'assurance santé, en gardant une relation de proximité avec leurs adhérents, à la fois « propriétaires » de leur mutuelle, mais aussi « clients » selon les principes coopératifs, caractérisés notamment par la prise de décision en assemblées générales. Les institutions de prévoyance, pur produit du paritarisme et de la gestion de la prévoyance d'entreprise, n'ont commencé à joindre aux produits de retraite, des couvertures prévoyance puis santé, qu'au milieu des années 1980 ; la couverture des frais de soins de santé représente actuellement un peu plus de la moitié de leur activité. Les sociétés d'assurance, régies par les principes des sociétés de capitaux et rendant compte à leurs actionnaires, si elles ont toujours développé une activité sur les risques de la personne, n'ont pas beaucoup investi le secteur de la santé, peu profitable ; l'assurance santé ne représente aujourd'hui que 3 % à 4 % de leur chiffre d'affaires.

Tous ces organismes développent leurs activités santé dans le champ des frais de soins (prestations de soins de santé), mais diffusent aussi, soit séparément, soit en inclusion, des offres de prévoyance (versements d'indemnités journalières au-delà du plafond Sécurité sociale, assurance invalidité...). La question de l'articulation de ces activités avec celle des régimes de Sécurité sociale commence à se poser, mais ne sera pas traitée dans cet article⁶. Au sein même des différentes institutions, le poids de ces activités autres que l'assurance santé au sens strict est extrêmement variable : les frais de soins de santé représentent 80 % de l'activité d'assurance des mutuelles, 40 % de celle des institutions de prévoyance (hors caisses de retraites complémentaires), 3 % de celle des assureurs. Connaître ces éléments permet aussi de comprendre les enjeux stratégiques et d'entreprises très variables selon les organismes.

Une autre différence importante tient, au sein même de l'activité d'assurance santé, à la nature et au mode de diffusion des produits proposés ; si les activités semblent aujourd'hui proches, ce sont des chemins très différents qui y ont mené. Les mutuelles ont conservé le principe de l'adhésion volontaire et développent le contact direct avec l'adhérent ; elles offrent pour plus de 60 % de leur activité, des couvertures individuelles. Les institutions de prévoyance ont développé au sein des entreprises des contrats collectifs et c'est pour satisfaire aux contraintes de la Loi Evin, qu'elles ont proposé des régimes d'adhésion individuelle (maintien de droits après rupture du contrat de travail ou cessation d'activité)⁷. Les sociétés d'assurance enfin, ont cherché assez tôt à prendre place sur le marché de la protection d'entreprise, mais elles

ont aussi développé toute une activité de protection individuelle, complémentaire de la gestion déléguée de la couverture de base pour les TNS (travailleurs non salariés) et les agriculteurs.

À la fin des années 1980, c'est-à-dire après 10 ans de débat sur la prise en charge des dépassements d'honoraires et du forfait journalier hospitalier, est intervenue la première mesure législative de régulation de l'assurance santé complémentaire. La « Loi Evin », en 1989, met en place des mesures contre la sélection et l'exclusion.

Tableau n° 1
La couverture en frais de soins de santé selon les organismes
(mutuelles, assurance, institutions de prévoyance) :
pooids de l'assurance santé dans l'activité
des différentes catégories d'organismes

Résultats 2002	Mutuelles	Soc. assurances	IP	total
Total des prestations versées (1) (Md€)	10,2	3,7	3,4	17,3
Croissance 1997-2002 (1)	22 %	13 %	59 %	22 %
Cotisations santé (Md€)	12	4,7	3,8	20,5
Prestations de santé/total CA (2)	73,5 %	3,6 %	7,9 %	//
Cotisations santé/chiffre d'affaires assurance de personnes (hors retraites obligatoires, hors réalisations sanitaires et sociales)	84,3 %	4,9 %	48,8 %	//

(1) Comptes de la santé

(2) Comptes et rapports d'activité, FFSA, CTIP, FNMF

COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

RETOUR SUR LES ANNÉES RÉCENTES

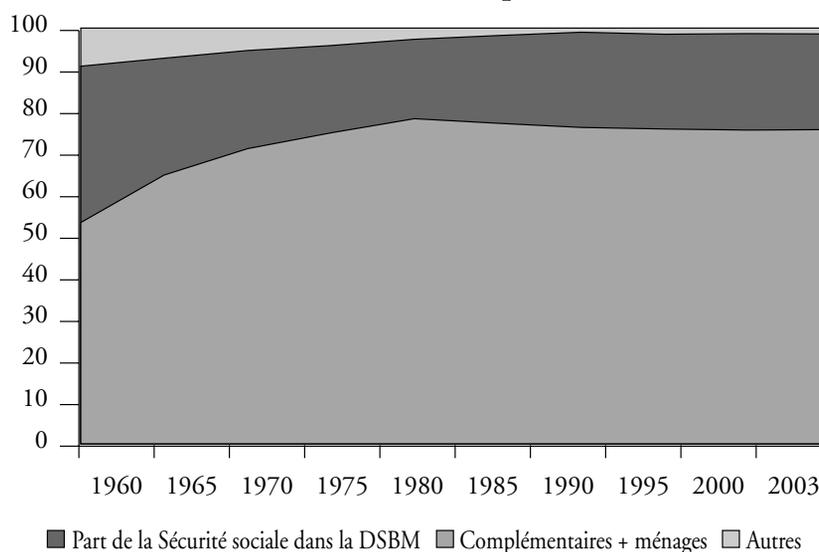
Le système français de Sécurité sociale, bien qu'il n'ait jamais offert une couverture totale a vécu sur cette image du modèle universel, équitable, prenant en charge tous les besoins ; « un vaste système d'entraide obligatoire », dont l'objectif était : « la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité⁸ ».

Le système, assis sur une base professionnelle a successivement été étendu aux salariés du monde agricole (1963) puis aux travailleurs non salariés non agricoles (1967). La Loi de généralisation (1978) a comblé les interstices professionnels vacants, et créé l'assurance personnelle. C'est la Loi CMU de 1999 qui, pour son volet « assurance maladie obligatoire », achève la transformation du système en posant le principe de l'universalité du droit à l'assurance maladie sous condition de résidence, transformation qui vient s'ajouter aux évolutions antérieures du financement (création de la CSG en 1991). Sont de fait supprimées

les frontières entre l'approche bismarckienne (base professionnelle et cotisations sociales) et certaines caractéristiques des systèmes nord-européens (base de résidence et financement fiscalisé).

Du côté du taux de couverture, l'histoire est plus paradoxale, puisque dès l'origine, le principe retenu était de couvrir à 80 % les prestations de soins (sachant qu'à l'époque, la majorité des dépenses était constituée par le paiement des indemnités journalières, c'est-à-dire la compensation des conséquences de la maladie) et de laisser un ticket modérateur à charge de l'utilisateur. Vers la moitié des années 1970, avec la fin des années de forte croissance économique, dont l'influence sur l'évolution du système de protection sociale est majeure, s'est posée la question de la maîtrise des dépenses.

Graphique n° 1
Financements de la consommation de biens
et services médicaux depuis 1960



Ce graphique, issu des travaux de la DREES montre que l'augmentation de la part des financements de la Sécurité sociale dans la consommation de soins traduit d'abord la diffusion de la couverture : elle a été régulière jusqu'en 1980 (de 53,20 à 78,20 %), fin de la généralisation et s'est progressivement réduite (1985-1995) puis stabilisée (1995-2003) pour atteindre 75,6 % en 2003. Ainsi, si aujourd'hui le niveau de prise en charge ne diminue pas, c'est, très clairement, parce que la croissance des dépenses à 100 % compense l'augmentation des financements complémentaires et privés pour la majeure partie de la population.

En effet, on oublie souvent que la très forte concentration des dépenses (5 % des assurés sociaux perçoivent 60 % des prestations des régimes obligatoires), raison d'être du système de protection sociale, masque fortement la réalité des transferts. Ceux-ci peuvent être compensés en moyenne par la progression du 100 %, il n'en demeure pas moins qu'ils se traduisent par un effet individuel négatif sur une forte majorité de la population.

*L'erreur au long cours : la régulation par le ticket modérateur
et les niveaux de remboursements*

La complémentaire santé, à la création de la Sécurité sociale, concernait le seul « ticket modérateur ». Mais, dès le début des années 1980, les politiques de maîtrise vont plus ou moins ouvertement porter sur le transfert vers les ménages et leurs couvertures complémentaires de dépenses non prises en charge par l'assurance maladie : la création du secteur 2 dit à « honoraires libres » (en 1980), l'instauration du forfait journalier hospitalier (en 1983), la création des catégories de médicaments dits de confort et, en 1987 (Plan Seguin) de l'ordonnancier bi-zone, y contribuent. C'est aussi, régulièrement, l'augmentation des tickets modérateurs (augmentation de 5 % avec le plan Veil en 1993), qui vont transformer le paysage de la couverture complémentaire en santé.

Au moment de ces premiers choix de « désengagement », les mutuelles affirment refuser la prise en charge des transferts, mais progressivement, notamment dans le cadre des contrats collectifs, la pression concurrentielle amène les mutuelles à inscrire ces prises en charge dans leurs garanties. Les mutuelles ne sont pas les seules à « résister » : il n'est pas rare, quel que soit l'opérateur, de trouver au milieu des années 1990, des couvertures ne prenant en charge que 95 % du tarif conventionnel, même si les mêmes contrats couvrent en même temps des dépassements parfois très importants.

Il en résulte qu'à la fin des années 1990, la prise en charge des frais de santé a pris, à l'insu des régulateurs, une configuration particulière ; alors que les comparaisons internationales montrent que la régulation des systèmes s'appuie sur une prise en charge organisée et un accès facilité à la médecine de première ligne, la France est le seul pays qui laisse subsister un reste à charge (RAC) d'au minimum 25 % voire plus, dès lors que des dépassements sont facturés⁹. En outre, on assiste à un véritable partage du marché entre la Sécurité sociale qui intervient très largement sur les soins hospitaliers (remboursement des dépenses à hauteur de 91 %) ou pour les maladies longues et coûteuses (qui représentent 40 % des dépenses extra-hospitalières), et les financements privés, des ménages et des complémentaires qui prennent en charge

les tickets modérateurs, importants pour la médecine ambulatoire et plus généralement les soins de premiers recours.

Dès lors commence une course poursuite entre la réponse aux besoins sociaux (création avec la CMU-complémentaire d'un « droit à la protection complémentaire » sous condition de ressources), la banalisation de la prise en charge à 100 % souvent sur des critères dont la dimension sociale n'est pas absente et l'utilisation des transferts de charge sur les financements privés. Le ministre de la Santé et de l'Assurance maladie en viendra même à déclarer, en 2003, que les modifications de prise en charge par l'AMO des soins post-hospitalisations ne posent pas de problème d'accès aux soins puisque ce sont les complémentaires qui payent.

Et de plans d'économies en plans d'économies, de gouvernement en gouvernement, les dépendances réciproques se tissent sans que soient réglées les questions essentielles de la régulation du système, de la couverture souhaitable, des choix collectifs entre quantité et qualité de prestations. La part de la population disposant d'une couverture complémentaire était de 31 % en 1960 ; elle atteignait 85 % lors de la création de la CMU complémentaire ; elle est aujourd'hui de 92 %, si l'on inclut cette couverture de droit. Les professionnels en viennent parfois à recommander des assureurs, et certaines professions sont passées maîtres dans l'étude des contrats complémentaires. Les assureurs proposent, pour résister à la saturation prochaine du marché, des garanties de plus en plus folles ; couverture des frais réels, prise en charge des honoraires auprès de praticiens non conventionnés, prise en charge de techniques non évaluées, de médicaments dont les laboratoires ne demandent même pas le remboursement par l'assurance maladie, deviennent de véritables chèques en blanc tirés au bénéfice des producteurs de soins.

Si *a priori*, les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les assureurs complémentaires du fait des transferts n'émeuvent guère l'assurance maladie obligatoire, on commence néanmoins, à mesurer que le niveau de couverture final peut peser sur les finances de l'assurance obligatoire par les effets de volume induits. Au-delà, la question de l'efficacité et de la légitimité du régulateur se pose lorsqu'il ne représente plus que 50 ou 60 % du marché, voire dans certaines activités comme les soins bucco-dentaires moins du tiers. Dernier avatar de ces surenchères, on en arrive à suggérer que la rémunération de la qualité serait négociable au-delà des tarifs de la Sécurité sociale avec les assureurs privés, laissant ainsi entendre que la qualité ne ferait plus partie des préoccupations des régimes de base, et serait réservée aux seuls favorisés ! Et dans le même temps, comble du paradoxe, on confond quantité et qualité dans les comparaisons entre couvertures, notamment

entre contrats individuels et collectifs, comme si la quantité d'assurance était un gage de qualité des prestations offertes en contrepartie des remboursements !

Il devient d'autant plus difficile de sortir de cette situation que les assureurs complémentaires doivent, dans leurs négociations balbutiantes avec les professionnels de santé, se plier à la fois aux contraintes du droit de la concurrence et au respect des principes vieux de presque un siècle, de la médecine libérale¹⁰. Il est ainsi difficile d'organiser des négociations (qui pourraient devenir des « ententes »), d'intervenir sur le contenu des prestations (« liberté de prescription »), d'agir par des réseaux de professionnels labellisés (ce qui pourrait être assimilé à une restriction de la « liberté d'accès »), de faire du contrôle de la qualité (qui demeure une prérogative des ordres professionnels), toutes choses que la morale déontologique, le secret médical, si excessif en France, réprouvent. Quant à donner aux assurés des conseils d'orientations, des adresses de professionnels et leurs compétences, les références de médicaments moins chers, bref, les premiers balbutiements d'une gestion du risque... quelle audace !... qui est pourtant la mission première de l'assurance maladie qui devrait orienter les assurés vers des réseaux de soins, hors de l'hôpital, introduire dans ses relations avec les professionnels des contreparties de qualité, des incitations à délivrer les soins pertinents, à prescrire les médicaments les moins chers pour une même utilité indépendamment du nom de marque...

Le système politique et institutionnel s'est, en fait, appuyé sans cesse depuis 25 ans sur une idée réductrice : les dépenses augmentent, il faut donc trouver des financements nouveaux... alors que nous sommes depuis longtemps dans le peloton de tête de la dépense par habitant. Les financements privés sont ainsi devenus l'exutoire d'une assurance obligatoire non maîtrisée, sans que l'on cherche à s'en faire un allié pour la régulation du système. Par exemple, alors qu'existaient dans le système de décision publique tous les ingrédients pour dérembourser des médicaments à service médical rendu modéré ou faible, le gouvernement décidait en avril 2003 de diminuer, de 65 à 35 %, le taux de prise en charge de 635 spécialités pharmaceutiques, arbitrant ainsi dans le sens des intérêts de l'industrie la plus profitable de par le monde et affichant un allègement artificiel des finances de l'assurance maladie obligatoire de 350 Md€ puisque les assureurs complémentaires, privés de l'accès à l'information, même anonymisée, ne pouvaient que prendre le relais de ce nouveau désengagement¹¹.

Ainsi, que l'on considère le court, moyen ou long terme, les effets de ces choix, qui finissent par faire une politique, sont limpides :

- la dépense d'assurance maladie obligatoire n'est pas maîtrisée ;

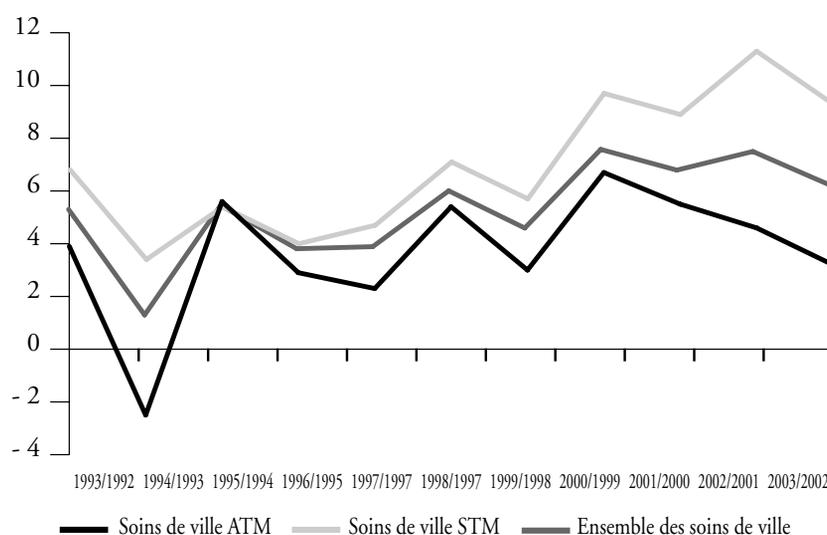
- les outils de régulation (ordonnances de 1996, médecin référent, nouveau dispositif conventionnel de 2002), sont d'une telle fragilité juridique qu'ils ne permettent pas aux partenaires conventionnels d'être assurés de la solidité du lien contractuel qu'ils tissent, favorisant ainsi les oppositions corporatistes ;
- les assureurs complémentaires agissent par la hausse des niveaux de garanties et des prix de l'assurance ;
- les usagers ont un reste à charge de plus en plus important : actuellement, les ménages payent autant individuellement que le remboursement des couvertures complémentaires ;
- les pouvoirs publics développent un nouveau mécanisme de contournement, le remboursement à 100 %, modifiant ainsi la nature même du système de protection sociale tout en étant totalement inefficace sur le plan de la régulation.

Le « backlash » des ALD et du 100 %

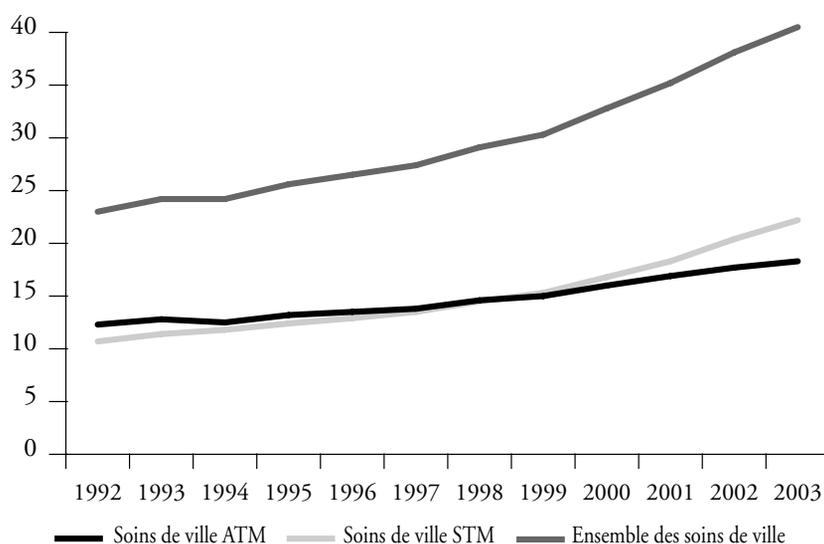
Phénomène des années 2000, les dépenses à 100 %, « sans ticket modérateur » croissent beaucoup plus rapidement que celles avec ticket modérateur. C'est ainsi que sont gommés les effets de transfert évoqués précédemment. La poursuite d'une telle tendance risque de mener le système vers l'implosion.

10

Graphique n° 2
Taux annuels d'évolution 1992-2002
des dépenses de soins de ville avec
et sans ticket modérateur du régime général



Graphique n° 3
Dépenses ATM/STM



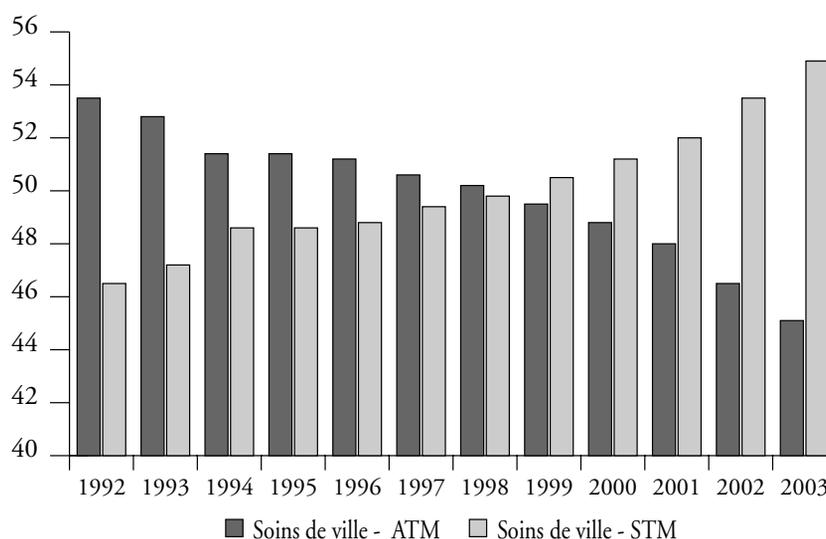
Les graphiques n° 2 et n° 3 qui retracent les taux d'évolution des remboursements du régime général et leurs montants en euros depuis 10 ans, selon qu'ils sont effectués avec ou sans ticket modérateur, font apparaître les effets de la hausse du ticket modérateur de 1993, mais démontrent surtout que, pour les dépenses sans ticket modérateur, le rythme de croissance est toujours supérieur depuis 10 ans à celui des dépenses avec ticket modérateur, avec des écarts de plusieurs points chaque année qui s'accroissent depuis 2000 (en 2002 : + 4,6 % et + 11,3 %).

Le résultat de ces évolutions respectives se traduit par le basculement en 10 ans de la structure des dépenses selon qu'elles sont prises en charge à 100 % ou qu'il reste un ticket modérateur à charge (graphique n° 4) : en 1992, les dépenses ATM représentaient 54 % des dépenses ; en 2003, 46 %. Cette « inversion » résulte, bien sûr, de l'augmentation des participations des assurés ; mais l'ensemble de ces graphiques montre aussi que le vrai problème est aujourd'hui celui de la gestion des 100 %.

Tout ceci montre que la régulation par le ticket modérateur n'est pas opérante pour l'avenir.

Deux exemples récents méritent un développement : les modifications brutales de taux de remboursement des médicaments en avril 2003 et la redéfinition de règles de prises en charge des soins en suite d'hospitalisation.

Graphique n° 4
Structure des prestations versées en soins de ville
par le régime général ATM et 100 % de 1992 à 2003



12

Le passage du taux de remboursement de 635 médicaments de 65 % à 35 % a évidemment pesé de manière mécanique sur les coûts des tickets modérateurs qui ont fortement augmenté dans l'année qui a suivi. Mais sous l'effet de plusieurs causes, absence de mesures d'accompagnement sur les comportements tant de prescription que de consommation, refus des choix clairs en matière de prise en charge (pas de déremboursement des médicaments à service médical insuffisant), prix et parts de marché prises par les innovations réelles ou supposées souvent largement prescrites en dehors des indications de l'AMM (Autorisation de mise sur le marché), transfert vers la ville de prescriptions hospitalières, progression des affections de longue durée (ALD), abouti à une hausse considérable des dépenses de médicaments remboursés à 100 %. Au cours des 6 premiers mois 2004, les médicaments pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ont connu une très forte progression : + 16,6 %. Dans la même période les dépenses avec ticket modérateur affichaient une stabilité (solde d'une importante augmentation pour les médicaments remboursés à 35 % (+ 34%) et d'une baisse pour les médicaments remboursés à 65 % (- 5 %). Pour les ménages et les usagers, la hausse est réelle (+ 7 %), mais sur le moyen terme pour l'assurance maladie, l'effet sera quasiment nul. Pour illustrer les mécanismes internes à l'œuvre dans ce type de situation, il suffit d'observer les ventes d'un médicament très courant, et aux très

nombreuses indications comme l'aspirine, qui n'ont augmenté sur 1 an que de 2 %. Pour ce produit (vente sur ordonnances), le taux de délivrance à des personnes en affection de longue durée est de 40 %, le prix de la boîte est de 3 € en moyenne. En revanche, pour une molécule récente (clopidogrel) - Plavix® -, prescrite à la place de l'aspirine dans ses indications d'anti-agrégants plaquettaires, et dont le prix de la boîte est de 60 €, la croissance de la dépense pour la même période est de + 30 %, 76 % des boîtes vendues étant prises en charge à 100 %.

En décembre 2003, les conditions de prise en charge en sortie d'hospitalisation ont été modifiées : la redéfinition des conditions d'exonération du ticket modérateur (décrets du 20 décembre 2003), sans autre mesure, ni sur la prescription hospitalière, ni sur les suivis d'hospitalisation, semble avoir très rapidement fait long feu, loin des espoirs exprimés par le ministre de la Santé et de l'Assurance maladie lors du débat de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2004, les estimations les plus optimistes du rendement de cette mesure se situent désormais à moins de 150 M€ (contre plus de 500 annoncés). La mise en ALD de personnes non exonérées antérieurement pourrait y avoir contribué.

Associer les complémentaires aux choix collectifs : une nécessité ?

Les mesures que nous venons de décrire, communes à tous les « plans d'économies » ont fait la preuve de leur inefficacité. L'assurance maladie et les professionnels ont cherché d'autres interventions plus structurantes. C'est ainsi, qu'en 2002, est négocié l'accord sur la visite. Il prévoit de rechercher une diminution des visites à domicile, dont nous sommes les champions du monde, alors qu'il est reconnu que la prise en charge au cabinet est de meilleure qualité pour le malade. À cet objectif (guère ambitieux sur le plan strictement quantitatif puisqu'il accompagne une baisse tendancielle déjà entamée) est associée pour la première fois, une délégation donnée au médecin de distinguer au sein des visites, les actes médicalement justifiés de ceux qui ne le seraient pas, sur la base de critères définis dans l'accord. Les médecins généralistes veulent en effet marquer - au-delà du meilleur service rendu au cabinet médical - que le temps du médecin est mieux utilisé à soigner qu'à conduire sa voiture. La décision du médecin emporte donc une conséquence pour l'utilisateur et l'assurance maladie. Si le déplacement du médecin n'est pas justifié il sera facturé avec un dépassement pour exigence du patient (DE) et ne sera pas remboursé par l'assurance maladie. Ce n'est qu'une fois la signature acquise que l'on s'aperçoit que cet accord ne fonctionne que si les assureurs complémentaires ne prennent pas en charge les visites « médicalement injustifiées ». En effet, sinon l'incitation disparaît, et l'accord est réduit à un simple transfert financier sans changement dans



la répartition entre visites et actes au cabinet. La Mutualité prendra alors position pour le non remboursement des visites « injustifiées », sans que cette coordination ait été intégrée préalablement dans la construction de l'accord rendant l'engagement des complémentaires plus fragile.

Ainsi les prochaines années verront peut-être la résolution de la contradiction que la Loi CMU avait tout juste énoncée : la couverture complémentaire est indispensable à la couverture des soins de santé, mais y recourir en guise de compensation aux insuffisances de la couverture obligatoire ne peut constituer une solution. Il faut maintenant considérer l'ensemble du système.

QUELS SCÉNARIOS DE RÉFORME ?

Stratégies et marchés

Nous avons essayé de montrer comment les voies précédemment empruntées n'ont pas permis la régulation du système. Il ne faut néanmoins pas négliger, pour comprendre les débats de la réforme, les effets induits de ces politiques. En effet, multiplier les transferts et ne raisonner qu'à partir des logiques financières ou institutionnelles, le système devient de plus en plus segmenté et cloisonné. Trois exemples illustrent cette situation :

- le partage gros risque/petit risque ; lorsque J. Barrot expliquait en 2002 que la solution serait de ne faire porter par l'assurance maladie que la charge du gros risque, il ne faisait que pousser à son terme une logique déjà à l'œuvre. Celle-ci présente pourtant bien des dangers, puisque, comme l'a répondu le ministre de l'époque, professeur de médecine, derrière un petit risque, peut s'en cacher un gros. C'est aussi la réponse du « système » qui s'est adapté à la modification des conditions de prise en charge en sortie d'hospitalisation précédemment évoquée ;
- l'hôpital et la ville, bien au-delà des seuls mécanismes financiers, renforcés par les statuts et les constructions institutionnelles, la rupture entre le système hospitalier et la médecine de ville pèse sur l'organisation des soins et les prestations rendues depuis longtemps. Cependant, les conséquences de cette rupture sont beaucoup plus lourdes aujourd'hui, puisque de nombreux actes réalisés à l'hôpital pourraient - du fait de l'évolution des techniques - l'être en ambulatoire avec davantage de souplesse et d'adaptabilité aux besoins et in fine des coûts de structures moindres. Cela suppose néanmoins un accès à la médecine libérale et des parcours de soins pour les patients mieux organisés. L'assurance maladie, qui prend en charge plus de 90 % de la dépense à l'hôpital n'a pas son mot à dire, et ne dispose d'ailleurs pas des informations pour y intervenir en opportunité. Quant aux complémentaires et aux usagers, ils ont dû, depuis 25 ans,

honorer des « forfaits journaliers », en constante augmentation, prestations liées aux « séjours », sans pouvoir, bien sûr, exercer le moindre choix, ce qui disqualifie l'idée de responsabilisation souvent évoquée pour justifier ces dispositifs ;

- le moment « curatif » reste dans le système français l'essentiel de la prise en charge ; il définit le cœur de la prestation de l'assurance maladie¹². Les professionnels libéraux sont des professionnels des « soins », la prévention reste le parent pauvre et l'ensemble des prises en charge médico-sociales, des techniques de suppléances nécessaires à prévenir des handicaps ou des dépendances sont hors champ de la médecine et de l'assurance « maladie », alors que la chronicité des pathologies tend à estomper les frontières entre ces différentes interventions. Est-ce au nom de cette distinction ou pour des raisons exclusivement financières, toujours est-il que les organismes complémentaires ont trouvé un terrain d'expansion dans des secteurs comme l'optique ou l'acoustique que le système obligatoire a délaissés.

La Loi CMU et la crise des années 2000

La Loi du 27 juillet 1999 énonce le principe d'universalité de l'assurance maladie obligatoire et crée un droit à la protection complémentaire gratuite pour les personnes à faibles ressources. Celle-ci a beaucoup été critiquée dans ses modalités. Mais personne n'a remis en cause le principe de ce droit nouveau : la nécessité d'avoir une couverture complémentaire pour accéder aux soins primaires. Quelle reconnaissance, alors que la question de l'accès aux soins primaires était occultée dans tous les débats ? En Europe, la France qui faisait jusqu'alors figure de vilain petit canard, avec ses mutuelles santé, ses couvertures complémentaires à l'assurance de base, s'est soudain trouvée promue au rang de pionnier au moins pour les plus démunis. Mais il y a eu un revers à cette médaille : l'intensification de la politique de transfert, les hausses de forfait journalier hospitalier, les dépassements sauvages d'honoraires, puisque le risque d'éviction financière était désormais canalisé. Ceci dit, la CMU complémentaire a joué son rôle, permettant l'accès aux soins de premier recours. En effet, parmi les personnes bénéficiaires de la CMU, les dépenses de médecine générale sont nettement plus importantes que pour les autres assurés sociaux, et ce sont d'abord ces prestations qui sont solvabilisées par la CMU.

Dès ce moment, la place de la couverture complémentaire dans le système a commencé à apparaître comme un des enjeux majeurs d'une nécessaire réforme. Au sein de la Mutualité, cette analyse menée à partir de 2001 par le mouvement a conduit à la résolution du Congrès de Toulouse¹³.

Stratégies d'acteurs et scénarios pour la réforme

Il apparaissait en effet qu'outre les déficits de recettes de la Sécurité sociale, dont on savait désormais qu'ils n'expliquaient bon an mal an qu'un quart du déficit annuel¹⁴, c'est à une crise de la régulation qu'il fallait répondre. Celle-ci pouvait-elle se résoudre dans un magistral « chacun pour soi », ou devait-elle chercher ses solutions dans le partage - plus ou moins consenti - entre les différents acteurs d'objectifs et de moyens communs ?

Au cours des années 2002-2003, plusieurs scénarios concernant l'évolution du système d'assurance maladie, le rôle des financeurs dans le système et leurs relations avec les usagers et les professionnels se dégagèrent :

- la mise en concurrence des assureurs : la mise en concurrence des payeurs peut se faire *a minima* sur la gestion ; par exemple, gérer pour moins cher une même enveloppe de dépenses déléguées *per capita*. En fait, contrairement à ce qui a pu être avancé, la mise en concurrence sur la gestion a à terme des conséquences sur la gestion du risque : il est toujours préférable pour un assureur de gérer un assuré avec peu de sinistres. Pour éviter la sélection, l'État néanmoins se fera fort (comme aux Pays-Bas ou en Suisse) de multiplier les garde-fous, les cahiers des charges, ou d'imposer des fonds de péréquation pour mutualiser les forts risques. Cependant, il n'est pas un pays où ces dispositifs ne se soient pas traduits par la reprise par le système public des risques lourds : des personnes non assurables parce que durablement malades et donc avec une dépense certaine ; il n'est pas d'exemple dans les pays de l'OCDE où la mise en concurrence des assureurs, que celle-ci porte sur la gestion ou sur l'assurance, ne se soit finalement traduite par la création d'un régime de base, public, pour les non solvables ou les « risques catastrophiques »¹⁵.

Appliqué à notre système, ce modèle pouvait avoir comme conséquence de réduire progressivement les prestations des régimes de base, et en contrepartie de laisser s'étendre le champ de la concurrence dans la santé. Les assureurs intervenant de façon plus importante, soit en gestion (délégation), soit en assurance (offre de produits), pouvaient dans un cadre finalement défini par l'État, agir sur un marché à la fois élargi et encadré. Ce scénario de la plus grande intervention de l'État dans le système - que l'on soit dans un système d'aide médicale étendue ou de régulation du marché concurrentiel - avait la faveur des assureurs, de certains politiques, voire de certaines organisations professionnelles. Paradoxalement, le scénario de la mise en concurrence laisse apparaître le revers de sa propre médaille : l'étatisation accrue de la gestion de la santé.

Si l'on s'interroge sur une mise en concurrence des professionnels, on constate le même paradoxe apparent. Les professionnels qui sont le plus

en situation de concurrence, les industriels du médicament, ont « exigé » lors des travaux préparatoires et de la discussion parlementaire de n'avoir à traiter qu'avec l'État (surtout pas avec l'assurance maladie). De fait, l'inscription au remboursement de nouveaux médicaments, la fixation des prix des spécialités remboursables ne ressortiront pas de la décision de l'assurance maladie mais de celle du Comité économique des produits de santé où l'État est majoritairement représenté¹⁶ ;

- le partage du marché : une autre option, également défendue par certains assureurs consistait à considérer que la Sécurité sociale garderait sa forme juridique, ses règles, sa gouvernance. Mais elle devrait pour trouver son équilibre laisser la gestion d'une partie du risque au marché privé. La gestion au premier franc de certains secteurs pour mieux organiser les relations avec les professionnels sur ces risques, telle était en 2002 la position de certains assureurs. Ce scénario, n'était pas soutenu par les professionnels concernés (notamment les chirurgiens-dentistes qui craignaient de devoir traiter avec une multitude d'interlocuteurs). La deuxième difficulté de ce scénario était sa faible crédibilité économique : les effets attendus n'étaient pas à la hauteur des enjeux financiers ;

- le scénario coopératif qui, sans mettre en cause le niveau d'intervention et la prééminence des organismes de Sécurité sociale, sans se prononcer sur sa gouvernance, visait à trouver les moyens et méthodes pour mieux organiser les différents niveaux de financements et de prise en charge. On pouvait espérer éviter ainsi les dérives à la fois sociales et économiques des années antérieures. Ce modèle, proposé notamment par la Mutualité française, consistait à associer les organismes complémentaires aux relations avec les prestataires des soins, et en contrepartie, d'entrer dans une forme d'organisation de la complémentaire santé. Prenant acte des interdépendances entre les niveaux de prise en charge, à l'instar de ce qui était décrit dans le rapport de J.-F. Chadelat¹⁷, une remise à plat des systèmes contractuels et concurrentiels était souhaitée. Cette problématique plus proche de scénarios coopératifs que concurrentiels prenait acte de situations d'acteurs très différentes, de statuts publics et privés, de métiers et de modes d'actions différents, l'un de nature obligatoire l'autre volontaire et à en rechercher l'organisation commune selon une finalité partagée de prise en charge des prestations de santé et d'amélioration du service rendu.

LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DE LA LOI ET LES CONDITIONS DE LA RÉUSSITE

La Loi portant réforme de l'assurance maladie

La Loi du 13 août 2004 fait, ainsi, le pari de la coopération entre les acteurs. Pari, car si ses dispositions permettent d'organiser les

relations entre acteurs, de nombreux silences persistent, dont la levée dépendra des jeux plus ou moins coopératifs des partenaires. Plusieurs aspects de la Loi sont concernés par cette recherche de coopération :

- l'Union des complémentaires : la création d'une union des organismes complémentaires d'assurance maladie, désormais interlocuteur des professionnels (Union des professionnels de santé) et des caisses (Union nationale des caisses d'assurance maladie) donnera aux partenaires des complémentaires santé un même interlocuteur. Le statut de cette union n'est pas défini par la loi : elle sera ce que les complémentaires voudront et pourront en faire ;

- la participation des complémentaires aux accords avec les professionnels de santé : la question essentielle est celle de la mise en œuvre d'éventuels accords tripartites par les différentes composantes des familles de complémentaires ;

- les contrats solidaires : la loi prévoit que tous les dispositifs bénéficiant d'une aide fiscale (contrats collectifs, contrats individuels bénéficiant de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance) devront respecter, dès 2006, les contraintes d'un cahier des charges. Le contenu de ce cahier des charges devra permettre de trouver un équilibre entre contraintes et incitations ;

- la création d'un institut des données de santé : il est encore trop tôt pour connaître les conditions de mise en œuvre de cet Institut¹⁸, mais la loi prévoit d'ores et déjà, à travers un GIP, qu'y soient associés les caisses d'assurance maladie, les professionnels et les financeurs complémentaires pour échanger des informations nécessaires à la régulation et à la gestion du risque. Le partage des données (non pas celles du dossier médical personnel, bien sûr) est un atout stratégique. Aujourd'hui, les professionnels fournissent des données aux caisses ; celles-ci prennent leurs décisions de paiement et transmettent aux complémentaires les informations nécessaires au paiement, sans contenu (le taux de remboursement du médicament, mais pas son nom ou sa classe, la catégorie d'acte : une consultation, ou un acte de radio, sans indication sur le contexte, le parcours du patient ou la nature de l'acte). Symétriquement, les régimes obligatoires ou les professionnels ne disposent pas d'informations nécessaires à la gestion collective du risque comme le niveau d'assurance et en conséquence sur les restes à charge finaux pour les assurés.

La création d'une union des organismes complémentaires et une définition plus claire des modalités d'assurance dès lors que des avantages fiscaux lui sont associés, marquent sans aucun doute une étape dans la structuration du marché de l'assurance santé. Les partages d'information et leur corollaire, la normalisation et la réciprocité des échanges constituent un des enjeux de ces coopérations. Clairement le

législateur a créé des conditions d'organisation de ce marché sensible, en évitant la sélection et en facilitant l'accès aux garanties complémentaires. Mais il a aussi marqué la reconnaissance des assureurs complémentaires comme acteurs de la régulation, en créant l'Union des organismes complémentaires d'assurance maladie et en organisant le partenariat avec l'assurance obligatoire, dans la négociation avec les professionnels et la gestion du risque maladie.

Au-delà de la régulation d'un marché par la puissance publique, il s'agit de créer *un nouveau modèle de coopération entre acteurs publics et privés du marché de l'assurance santé, pour leur action, à la fois commune et différenciée.*

Le défi lancé aux assureurs complémentaires

Les outils prévus par la Loi sur l'assurance maladie, s'ils sont peu contraignants pour les professionnels de santé, permettent néanmoins de disposer d'un cadre dans lequel les financeurs et les professionnels de santé peuvent contractualiser plus facilement et plus largement. Si jusqu'à aujourd'hui les débats sur la place respective des régimes obligatoires et des régimes complémentaires s'appuyaient essentiellement sur le poids économique en matière de remboursements respectifs, il s'agit demain d'apprécier cette place en fonction de l'apport des complémentaires à la régulation.

L'espace est étroit puisqu'il faudra trouver un équilibre entre la souplesse nécessaire à des acteurs plus aptes à s'adapter à une situation évoluant rapidement (ce qui suppose une réelle liberté d'initiative) et une organisation plus concertée, plus contraignante entre régimes obligatoires et complémentaires.

Pour relever ce défi plusieurs conditions doivent être remplies :

- la Couverture maladie universelle a permis depuis 4 années de créer des espaces de gestion partagés, par exemple en matière de systèmes d'informations. Cette démarche doit être amplifiée pour permettre de développer les conditions d'une négociation tripartite réellement équilibrée tout en respectant les espaces de liberté nécessaires ;
- ne pas nier les différences qui existent sur « le marché des complémentaires » ; il est évident que la prise en compte de l'organisation générale du système n'est pas spontanément la même pour un acteur qui pèse 60 % du marché ou pour celui qui n'en représente qu'un cinquième. Au-delà des différences de forme juridique, de codes de rattachement, de la place de la santé dans leur activité, du mode de gestion, l'histoire de chacune des institutions, influence fortement leurs choix et leurs comportements ;
- reconnaître la prééminence des régimes obligatoires, ce qui n'est pas synonyme de maintien dans la démarche de dépendance actuelle.



Cette prééminence est issue de l'universalité des régimes obligatoires et de leur rôle premier dans la garantie d'accès aux soins et donc dans la lutte contre les inégalités. Pour autant, elle ne doit pas conduire à succomber à la tentation de faire des régimes complémentaires la variable d'ajustement économique du système. *L'enjeu du partenariat est la régulation. Ce n'est ni le partage économique d'un marché, ni une situation dans laquelle l'accès à l'innovation serait l'apanage d'un seul acteur ;*

- enfin, la négociation avec les professionnels de santé doit éviter de faire apparaître un monopole des financeurs face aux professionnels. Une telle situation serait préjudiciable à tous car elle ne permettrait pas d'utiliser la souplesse d'intervention des complémentaires pour inventer des espaces de respiration. *L'équilibre sera fragile entre la nécessité de gager les financements nouveaux par de réelles contreparties et le risque de voir la qualité prise en otage pour mieux diviser les financeurs.*

L'exemple des chirurgiens illustre la nécessité du respect de ces conditions.

La réalité de la situation de la chirurgie française est évidemment complexe : diversité des modes d'exercice, organisations différentes pour l'accueil des urgences ou face à des interventions programmées, offre très variable tant en nature que quantitativement selon les régions.

L'absence de prise en compte de cette diversité limite la portée de l'accord signé cet été, puisque son caractère uniformisant interdit de répondre de façon ciblée aux situations les plus difficiles.

Les contraintes financières globales et le choix d'une approche fondée sur les moyennes limiteront évidemment l'effet positif de cet accord pour la partie de la profession en proie aux difficultés les plus fortes. Enfin, si l'on ne peut que se satisfaire de voir que la place des complémentaires est désormais reconnue dans cet accord, il convient de s'interroger sur la méthode. Comment imaginer que les complémentaires comme les professionnels se sentent réellement liés par un accord... qui n'a pas encore été négocié, ni en terme de différenciation géographique ou par spécialités, ni en terme de contreparties (l'accord signé prévoit en effet une participation des complémentaires pour atteindre l'objectif cible). Expérimenter la nouvelle gouvernance en anticipant sur la mise en place des structures telles l'Union des complémentaires ou l'Union des professionnels de santé, et en traitant les crises à chaud n'est pas forcément la meilleure façon de démontrer l'intérêt des perspectives ouvertes par l'architecture votée par le Parlement.

Si l'on parie sur les changements de comportements, probablement faudra-t-il accepter que ces changements s'adaptent au rythme de



mise en œuvre des outils, sauf à courir le risque d'une décredibilisation du nouveau mode de contractualisation avant même sa mise en œuvre.

Les enjeux et les problématiques exposés ci-dessus peuvent surprendre les habitués de l'économie et du service public. Pourtant en ce début du XXI^{ème} siècle, elles font écho aux interrogations de bien d'autres secteurs aux prérogatives étatiques traditionnellement dominantes, en France surtout. De nombreux secteurs sont confrontés aux mêmes remises en cause notamment sous le poids des contraintes financières. Ainsi, après les télécommunications, les transports, l'énergie c'est aujourd'hui dans la recherche que des voix s'élèvent pour imaginer une voie entre la gestion par l'État, garante du respect de l'intérêt général, mais de plus en plus contraignante et la souplesse du privé. Dans un article récent¹⁹, Isabelle Stengers plaide ainsi pour une meilleure intégration des logiques publiques et privées, montrant comment la « pureté publique » peut desservir la recherche en ne reconnaissant pas aux chercheurs des secteurs privés la capacité scientifique entière, compromis qu'ils seraient par des intérêts particuliers. L'enjeu et le risque sont les mêmes dans la protection sociale.

Il s'agit d'intégrer les contributions respectives des différents acteurs concourant aux évolutions du système en les organisant plutôt que d'ignorer certains dont le statut ne les prédisposerait pas à respecter l'intérêt général. Nier leur existence pour mieux exorciser le risque d'atteinte à la pureté originelle d'un modèle peut rapidement conduire à l'inefficacité ou à la paralysie. Ne pas s'intéresser à la place et à l'organisation des complémentaires n'a pas empêché d'arriver aujourd'hui à une situation où les régimes obligatoires n'interviennent plus qu'à hauteur de 4 % des dépenses d'optique ou, en ce qui concerne les honoraires médicaux, remboursent moins que l'assureur privé dès lors que le professionnel facture 40 % de dépassement sur le tarif conventionnel. Il s'agit désormais de regarder en face ces exemples de situations qui pourraient se généraliser à défaut d'un débat sur les devoirs et responsabilités de chaque acteur dans le cadre d'un projet dont les objectifs doivent rester la solidarité et l'égalité d'accès aux soins.

NOTES

1. J.-F. Chadelat (groupe présidé par) la répartition des interventions entre régimes obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé. Commission des comptes de la Sécurité sociale, avril 2003.
2. Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (janvier 2004)
3. Loi du 27 juillet 1999.
4. G. Canguilhem « La régulation » *Encyclopedia Universalis* 1993.
5. Loi du 13 août 2004, article 55 JO du 17 août 2004.
6. Par exemple, la Loi du 13 août, portant réforme de l'assurance maladie traite longuement des suites données par l'assurance maladie en cas de recours considéré comme abusif aux IJ. Et notamment des récupérations pour versement indu. Qu'en sera-t-il des compléments de salaires versés par les assureurs en cas de maladie ?
7. Les différences d'intervention et de stratégies entre les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance sont d'autant plus complexes à appréhender qu'il existe entre ces catégories d'organismes des intégrations financières de plus en plus fortes, les institutions de prévoyance étant généralement réassurées par les grandes compagnies d'assurance. Par ailleurs, on ne peut écarter du paysage aujourd'hui la possibilité pour chacun des deux autres intervenants de créer, en tant que de besoin, des mutuelles relevant du Code de la mutualité. Ainsi, les institutions de prévoyance, pour les salariés à la retraite, créent des mutuelles dont les membres retraités ne pèseront pas sur la gestion du contrat des actifs. Il arrive également que des mutuelles d'entreprises perdent, lors de la redésignation de l'assureur, le contrat collectif mais, Code de la mutualité oblige, elles doivent néanmoins garder les retraités. Entre la stratégie financière, la logique paritaire, les contraintes prudentielles et les règles du Code de la mutualité ou des contrats solidaires, les frontières sont donc fragiles.
8. P. Laroque : « Le Plan français de Sécurité sociale », *Revue française du travail*, 1, 1946.
9. Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, janvier 2004, annexe 21 : dans de nombreux pays européens, la consultation de médecine générale ne laisse pas de participation à l'utilisateur, ou elle est très faible ; si une participation est prévue, les enfants en sont exonérés.
10. La *Charte de la médecine libérale* en 1927, définit les principes de la médecine libérale, depuis considérés en France (mais en France seulement) comme universels : le paiement direct, le libre choix, le colloque singulier du patient et du médecin, le secret médical, la liberté d'installation. Ceux-ci fondent toujours les revendications professionnelles.
11. Ne disposant que du taux de remboursement, il leur est par exemple impossible de distinguer au sein des demandes de remboursements, celles qui concernent des médicaments utiles ou efficaces, ou de décider de ne plus rembourser telle ou telle spécialité évaluée au service médical insuffisant.
12. Le professionnel ne devrait pas facturer d'acte remboursable par l'AMO s'il n'y a pas de traitement, de maladie, de prescription !
13. 25 mesures pour réformer le système de santé et de protection sociale. Mutualité française juin 2003.
14. Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie - janvier 2004.
15. Aux USA, même s'il n'existe pas de système de Sécurité sociale, ou de système national d'assurance, les dépenses publiques de santé, à travers les régimes Medicare (pour les personnes âgées et les malades chroniques très lourds) et Medicaid (pour les pauvres) représentent plus de 40 % de la dépense de santé.
16. Article 43 de la Loi du 13 Août 2004.
17. J.-F. Chadelat : *op cit.*
18. Les décrets d'application ne sont prévus que pour début 2005
19. Isabelle Stengers « les chercheurs font l'autruche » *Libération*, vendredi 4 septembre 2004.