Les syndicats face aux réformes de l'assurance maladie

Pierre VOLOVITCH *

Tous les pays développés mènent aujourd'hui, à des rythmes il est vrai tout à fait divers, des réformes de leurs systèmes d'assurance maladie. Si les problèmes rencontrés sont largement les mêmes, les systèmes nationaux et leurs dynamiques demeurent très différents. Les réformes prennent donc des formes nationales qui demeurent spécifiques mais qui combinent toutes des projets d'introduction de mécanismes de concurrence et des mesures plus immédiates de diminution du niveau de prise en charge collective.

Les organisations syndicales de salariés sont présentes sur le terrain de l'assurance maladie à plusieurs niveaux. Elles assurent la défense des personnels du secteur des soins, elles participent activement aux débats sur le financement et le niveau de prise en charge des systèmes d'assurance maladie ; elles doivent, en outre, arbitrer concrètement entre l'objectif général d'augmenter la part universelle de la protection maladie et la réalité des gains possibles dans ce domaine dans le cadre des négociations d'entreprise. Enfin, à des degrés divers, elles peuvent être impliquées dans les politiques de santé publique.

Les réformes des systèmes d'assurance maladie

La question la plus communément mise en avant est celle du financement. Dans la totalité des pays, avec des périodisations différentes, les dépenses de soins de santé évoluent plus vite que le PIB. La part des financements publics joue ici un rôle complexe de frein à la dépense dans la mesure où les dépenses publiques sont plus facilement contrôlées que les dépenses privées, mais également d'amplificateur de la dépense dans la mesure où les dépenses publiques, en améliorant la performance, rendent la dépense plus désirable [1]. L'évolution de la part des financements publics pose également la question du type de maîtrise souhaitée. Le terme « maîtrise » peut avoir ici plusieurs acceptions. Pour certains acteurs il exprime l'objectif de stabiliser, voire de faire diminuer la dépense soit en valeur absolue, soit en proportion d'une autre grandeur économique, le plus souvent le PIB. Pour d'autres acteurs il sert d'appui à l'idée que la collectivité, dès lors qu'elle a mis en place un financement collectif de cette dépense, doit se donner

* Merci à Dominique Guibert pour sa relecture critique.

1. Sur ce point, et l'ensemble de l'analyse macro-économique, voir la contribution de Michel Husson dans ce numéro.

les moyens de prévoir quelle en sera l'évolution et la capacité de vérifier que cette dépense correspond bien à des objectifs débattus collectivement. Au-delà de ces diverses acceptions le premier choix de chaque réforme porte alors sur le fait de vouloir maîtriser l'évolution de l'ensemble de la dépense, ou au contraire de ne vouloir faire porter la maîtrise que sur la part socialisée de la demande, renvoyant ainsi aux ménages ou aux assurances privées une part plus importante de la dépense.

Cette mise en avant de la seule question du financement masque d'autres problèmes qui sont sur le fond plus importants.

Des problèmes en grande partie communs

Tous les pays développés connaissent un vieillissement de leur population [1]. Le vieillissement n'est pas, à lui seul un facteur d'augmentation de la dépense de soins. La durée pendant laquelle on est très malade et donc fortement consommateur de soins augmente peu. Il n'y a donc pas, du fait du vieillissement, élargissement de la période au cours de laquelle on est très consommateur, mais déplacement, au rythme de la prolongation de la durée de vie, de la période de forte consommation. La vraie incidence du vieillissement sur les dépenses est plus culturelle que sanitaire. Les générations qui arrivent à des âges élevés ont pris des habitudes de « confort de vie » qui augmentent leur demande de soins. Ce phénomène se combine avec le fait que la médecine moderne sait aujourd'hui prendre en charge la plus grande part des problèmes « aigus » de santé [2]. La combinaison de ces deux évolutions produit une augmentation régulière de la place des maladies chroniques dans les soins délivrés. Aujourd'hui le soin n'est plus principalement la résolution d'un problème de santé ponctuel. C'est, de plus en plus, la prise en charge sur le long terme d'une pathologie durable dont il s'agit de diminuer les effets sur la qualité de vie. Ce changement impose que les modes même d'organisation du système de soins, de coordination des structures et des professionnels du soin soient revues. Il pose également de manière pressante la question de la définition de ce qui relève de la prise en charge collective (soins nécessaires et coûteux) et de ce qui pourrait être renvoyé à la prise en charge individuelle (confort). Il remet en cause l'idée simpliste d'une frontière claire entre ce qui relèverait de la seule action sanitaire (*cure*) et ce qui relèverait de la prise en charge sociale (*care*).

Second problème majeur, le maintien, malgré la mise en place de systèmes souvent universels d'assurance maladie, de graves inégalités sociales de santé et d'inégalités d'accès aux soins. Dans tous les pays développés les catégories socialement défavorisées utilisent moins de médecine de ville, recourent moins à la prévention, et finissent, à pathologie de départ équivalente, par coûter plus cher. Toute aggravation des inégalités d'accès aux soins porte en elle une augmentation

1. Si le vieillissement existe partout, c'est à des rythmes très variés.
2. On parle de soins « aigus » lorsque l'épisode morbide est pris en charge sur un court laps de temps, avec la possibilité d'un retour à un état de santé ne demandant pas la poursuite des soins.

de la dépense finale pour un résultat sanitaire dégradé.

On pourrait ajouter à ces problèmes communs le fait que dans tous les pays le coût de la consommation de médicaments progresse plus rapidement que la dépense globale et que les évolutions technologiques, dans un domaine ou la technologie nouvelle ne remplace pas l'ancienne mais s'y ajoute (voir l'imagerie), sont un facteur d'augmentation de la dépense. Ce problème est d'autant plus commun à tous les pays développés que les industries productrices des médicaments et des technologies médicales sont fortement concentrées et internationalisées.

Enfin, sous des formes certes tout à fait différentes, tous les pays développés connaissent des tensions dans la gestion des personnels de soins. Ces problèmes prennent dans certains pays la forme de pénurie de médecins, d'infirmières. Ils prennent également souvent la forme de problème de répartition géographique de ces professionnels. Ajoutant ainsi la question des inégalités spatiales à celle des inégalités sociales.

Des racines sociales et historiques différentes

La lecture des articles portant sur différents pays qui composent l'essentiel de ce numéro rappelle l'extrême diversité des systèmes nationaux d'assurance maladie.

Les typologies classiques distinguent des systèmes « beveridgiens », qui assurent, grâce à un financement fiscal, une couverture maladie universelle (Royaume-Uni, pays scandinaves, Canada) et des systèmes « bismarckiens », qui proposent, sur la base d'un financement par cotisations sociales, une couverture professionnelle (Allemagne, Autriche, France, Belgique). Dans la réalité ces distinctions, qui conservent une force de description historique importante, sont fragilisées par les évolutions récentes. Sauf aux Etats-Unis, tous les systèmes « professionnels », sont aujourd'hui pratiquement devenus universels [1]. Les pays qui finançaient leur système avec des cotisations sociales ont introduit une part croissante de financement fiscal, et l'Allemagne elle-même, berceau historique des systèmes « bismarckiens » débat aujourd'hui de la mise en place de deux types de financement qui s'éloignent chacun du modèle originel [2]. A l'inverse les pays qui finançaient leur système sur une base exclusivement fiscale vont chercher des ressources nouvelles dans des prélèvements assis sur les revenus professionnels.

Les modes d'organisation du système de soins diffèrent selon que le patient accède librement à une médecine spécialisée très présente en ville ou qu'il n'accède à la médecine spécialisée qu'à l'hôpital après passage obligatoire par un généraliste (filière de soins gérée par le généraliste qui joue le rôle de « *gate keeper* »). Des modes de rémunération des professionnels différents s'articulent, sans que les liens soient mécaniques, avec ces modes d'organisation du système de soins. La volonté, dans les pays où l'accès à la médecine spécialisée est libre, de mettre en place des filières de soins, peut tendre à rapprocher les systèmes, mais les modifications des modes de rémunération, et surtout la reconfiguration de la

1. Demeurent cependant dans ces pays des différences de couverture entre divers groupes sociaux (salariés du privé, fonctionnaires, travailleurs indépendants).
2. Voir la contribution de Patrick Hassenteufel.

place respective de la médecine de ville et de l'hôpital ne peuvent se réaliser que progressivement.

Les systèmes diffèrent par le rôle et les fonctions qu'ils donnent aux acteurs. La volonté d'introduire des mécanismes de marché dans la régulation des systèmes (on verra ci-dessous qu'elle est générale) modifie les fonctions de ces acteurs. On voit dans l'article sur l'Allemagne comment la concurrence fait perdre aux caisses d'assurance maladie leur ancrage professionnel, et on voit dans l'article sur le Royaume Uni comment la concurrence transforme le caractère d'établissement public des hôpitaux. La décentralisation, très poussée dans certains pays, conduit, de ce point de vue du rôle des acteurs, à des configurations qui peuvent changer d'une région à l'autre. L'exemple italien est ici intéressant à considérer [1].

Des rapprochements existent, mais l'étude des situations nationales confirme que les caractéristiques de chaque système ont un ancrage historique et culturel fort. Ce qui ne veut pas dire que l'on ne peut pas le changer, mais que les changements ne sont pas seulement affaire de construction administrative.

La comparaison fait également apparaître un second point sur lequel il faut insister. Le type d'organisation des systèmes d'assurance maladie dispose d'une forte autonomie par rapport aux conditions économiques. Il n'y a ici aucun déterminisme. Pour qui en douterait, il suffit de comparer le Canada et les Etats-Unis. Alors que ces deux pays sont dans le même espace économique, l'un d'entre eux a su construire un système universel et solidaire tandis que l'autre continue de vivre dans un système morcelé et profondément inégalitaire [2].

Plus de concurrence pour demain...

Les systèmes « beveridgiens » (universels et financés par l'impôt) s'étaient construits sur des logiques d'enveloppes budgétaires. Les premières réformes des systèmes « bismarckiens » (professionnels et financés par cotisations sociales) ont tenté de mettre en place ces mêmes enveloppes budgétaires. Ce qui est remarquable aujourd'hui c'est que, sans abandonner totalement les systèmes d'enveloppes fermées les réformes engagées, tant dans les premiers systèmes que dans les seconds, visent à introduire des mécanismes concurrentiels.

Cette cohérence dans l'orientation est évidemment le résultat de modes idéologiques venues d'outre-Atlantique, mais on aurait tort de s'arrêter à cette explication. La régulation des systèmes d'assurance maladie se heurte à des questions aujourd'hui non résolues par les politiques d'enveloppes. Si l'enveloppe fermée garantit le contrôle de la dépense, elle ne garantit pas une meilleure utilisation de la dépense. A l'intérieur de l'enveloppe, les arbitrages se réalisent en fonction de rapports de force et pas nécessairement de critères d'efficacité [3]. L'existence d'enveloppes fermées pousse chaque acteur à

1. Voir la contribution de Jean-Olivier Mallet et de Martine Gayral-Taminh sur l'Italie.
2. Voir les contributions de Catherine Sauviat sur les Etats-Unis et de Pierre Volovitch sur le Québec. Pour approfondir cette question voir en particulier Bruno Théret (2002), *Protection sociale et fédéralisme – l'Europe dans le miroir de l'Amérique du Nord*, Presses Universitaires de Montréal et PIE-Peter Lang.
3. C'est spécialement clair quand il s'agit de répartir l'enveloppe entre services à l'intérieur d'un hôpital.

tenter de transférer une partie de la dépense sur l'enveloppe des autres [1] tandis que la multiplication des enveloppes, qui viserait à limiter ces transferts, cloisonne un système de soins dont l'évolution devrait au contraire – comme on l'a illustré plus haut par l'exemple des maladies chroniques – aller vers plus d'unité. Les gestionnaires des systèmes d'assurance maladie sont aujourd'hui persuadés que l'enjeu est d'améliorer la productivité, l'efficience des systèmes. Ce qui suppose de transformer le travail même des professionnels. Le système d'enveloppe ayant montré son incapacité à induire cette transformation le pari des gestionnaires est que la concurrence peut, comme elle l'a fait dans d'autres domaines, conduire aux changements de pratiques souhaités.

Il n'est pas question, du fait de « l'asymétrie d'information » entre le professionnel et le patient [2], de demander au malade de faire jouer la concurrence. L'idée ici est d'introduire dans le jeu un troisième acteur, l'opérateur de soins. Cet opérateur sera « acheteur » de soins. Comme il ne s'agit par d'un individu malade isolé, il peut se mettre en position de négocier les prix et les pratiques avec des professionnels et des structures de soins placées entre elles en situation de concurrence. Cet opérateur est lui-même en concurrence avec d'autres opérateurs. Il ne peut donc viser uniquement la baisse des prix car il vend, sur un marché concurrentiel, une protection maladie à des acheteurs (individus ou entreprises) qui cherchent une couverture, certes peu onéreuse, mais cependant de qualité. La concurrence entre opérateurs qui négocient la fourniture de soins avec des producteurs eux-mêmes en concurrence devrait donc, en théorie, conduire à une amélioration de la qualité des soins [3]. Ce schéma théorique peut s'enrichir de différentes variables. Les expérimentations les plus avancées tentées en Europe maintiennent un financement collectif [4] alors que ce système est appliqué aux Etats-Unis dans le cadre d'un financement privé, principalement d'entreprise [5].

La mise en pratique de ce genre de schéma théorique se heurte à de nombreuses difficultés. La lecture complète du dernier rapport de l'OCDE permet de lister les principaux obstacles [6] :

– la « sélection du risque » : « En pratique il s'est révélé difficile d'instaurer entre les assureurs une concurrence basée

1. La réduction des durées d'hospitalisation, qui est un des effets majeurs de la mise sous enveloppe des hôpitaux à travers toute l'Europe, conduit évidemment à des transferts de dépense vers la médecine de ville.
2. Par définition le professionnel sait des choses que le patient ne sait pas. Il peut donc orienter la consommation du patient.
3. Chaque opérateur va ainsi se constituer un réseau de fournisseurs avec lesquels il aura passé des contrats pour la prise en charge des personnes qui sont assurées chez lui. La prise en charge de l'assuré est conditionnée par le fait qu'il a recours à des soins délivrés par les professionnels du réseau de son opérateur.
4. Voir l'article de Marie Wierink sur les Pays-Bas et celui de Odile Join-Lambert et Florence Lefresne sur le Royaume-Uni.
5. Voir article de Catherine Sauviat sur les Etats-Unis.
6. OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants* (rapport). L'introduction et la conclusion du rapport présentent la concurrence comme nécessaire. Mais la lecture du rapport dans son intégralité fait clairement apparaître les obstacles à la mise en place de mécanismes de marché dans le domaine du soin.

sur la valeur des soins, car ils ont tendance à essayer d'attirer les populations en bonne santé, qui leur coûtent moins cher. (Certes) des mesures peuvent être prises pour empêcher cela, par exemple l'interdiction de la sélection du risque et la mise en place d'un système de péréquation entre assureurs des risques en fonction de l'expérience, mais ces mêmes mesures réduisent leur incitation à gérer les coûts et peuvent nécessiter des réglementations complexes » (p.18) ;

– l'accès à la couverture pour tous : « Lorsque les primes sont calculées en fonction de l'état de santé, elles peuvent être aussi régressives que des paiements directs par l'usager (…). Lorsque les marchés de l'assurance maladie privée jouent un rôle dans le financement de la santé, il faut que les autorités compétentes mettent au point une réglementation ou des incitations fiscales soigneusement conçues pour assurer le respect de leurs objectifs, faute de quoi les marchés de l'assurance maladie privée ne favoriseront pas l'accès des malades chroniques et autres personnes à haut risque, non plus que celle des personnes à bas revenu » (p.16) ;

– la possibilité d'un choix réel : « Faute d'informations accessibles, les assurés ne profitent que peu des possibilités de choix que leur offrent les produits d'assurance maladie privée, car il est souvent difficile de comparer les offres en terme de prix et de prestations. (…) Pour que puissent se dégager les préférences des consommateurs, il est indispensable d'autoriser les assureurs à différencier leurs produits en terme de prestations et de prestataires. Cependant, un excès de différenciation risque d'accroître la confusion chez les consommateurs et de nuire à la mutualisation des risques » (pp. 80-81).

L'obstacle central à la mise en place de mécanismes concurrentiels dans le secteur de la santé tient au caractère très concentré de la dépense de soins. Si on laisse les « opérateurs de soins » libres d'agir il y aura sélection du risque et les personnes à haut risque (malades, personnes âgées) ne trouveront pas de prise en charge à des prix abordables. Si on encadre l'action des « opérateurs de soins » dans des règles, que devient la concurrence ?

La difficulté n'empêche pas des mises en place partielles. Ainsi dans tous les pays européens on s'oriente, en ce qui concerne l'hôpital, vers un financement lié à l'activité. Le coût de chaque activité médicale étant mesuré, l'hôpital est financé en fonction de la somme de ses activités. L'hôpital qui a, sur une activité, des coûts supérieurs au coût moyen est incité à l'abandonner. Ici aussi les obstacles sont nombreux. Si l'évaluation des coûts des actes technique est relativement simple (ou censé l'être) comment évaluer les coûts des activités cliniques (moyen séjour, psychiatrie…) ?. Comment intégrer dans le calcul les coûts liés aux caractéristiques sociales de populations dont on sait qu'elles pèsent sur la dépense finale [1] ? Comment intégrer dans le financement de l'hôpital des coûts non directe-

1. Les durées d'hospitalisation sont ainsi sensibles au milieu social et au plus ou moins grand isolement social de la personne. *Cf.* « Influence des caractéristiques sociales et environnementales du patient sur la durée de séjour à l'hôpital », *Question d'économie de la santé*, CREDES, septembre 2003.

ment liés aux soins (formation, impératifs de proximité)… ?

… moins de prise en charge aujourd'hui

Au-delà des difficultés à mettre en place, pour demain, des mécanismes concurrentiels les réformes prennent souvent, dans l'immédiat, la forme d'une « désocialisation » de la demande. On peut désocialiser la demande de plusieurs façons. Augmenter la part qui reste à la charge des ménages dans l'achat d'un soin (ticket modérateur, forfait hospitalier). On peut réduire le champ de la dépense couverte par l'assurance maladie (dans plusieurs pays européens on a décidé récemment de ne plus rembourser les soins dentaires pour les adultes). Dans ce cadre le secteur des soins de longue durée va devenir de plus en plus sensible. Sortir le *care*, et une partie du *cure*, des dépenses collectives d'assurance maladie serait évidemment un bon moyen de les réduire en les renvoyant sur les ménages ou les collectivités locales [1].

La désocialisation a un double avantage elle permet de réduire la dépense publique sans que les patients, au moins ceux qui en ont les moyens, ne se plaignent d'un rationnement et sans que soient remis en cause les revenus des professionnels. Elle comporte un risque majeur. On l'a déjà dit, les populations les plus modestes accèdent déjà aux soins plus tard que les autres. Cet accès tardif est la source de mauvais résultats sanitaires et de surcoûts. Les politiques de désocialisation s'accompagnent donc toujours de mesures spécifiques pour les plus pauvres (plafonnement des dépenses qui restent à leur charge en fonction de leurs revenus ou exonération totale) qui portent en elles des risques de dualisation des systèmes de soins.

Une troisième modalité de réforme est apparue récemment mais on peut penser qu'elle va prendre de plus en plus de place dans le débat. L'idée ici est de modifier les champs professionnels. Pourquoi les champs professionnels du médecin, de l'infirmière, de la sage-femme, du kinésithérapeute… resteraient-ils inchangés ? Dans chaque pays des groupes d'experts réfléchissent à des évolutions des champs professionnels qui permettraient à la fois de résoudre des problèmes de pénurie dans certaines professions et de réduire la dépense en étendant les champs professionnels des catégories dont les rémunérations sont plus faibles [2].

Les syndicats dans les débats sur les réformes

Les organisations syndicales de salariés sont parties prenantes des débats sur les réformes des systèmes d'assurance maladie à quatre niveaux assez divers. Elles prennent en charge la défense des personnels, elles affirment des revendications dans les débats sur le financement et sur le niveau de prise en charge des systèmes d'assurance maladie, elles arbitrent entre la part universelle de la protection maladie et la part prise en charge dans le cadre de l'emploi, enfin, à des degrés di-

1. Sur la désocialisation voir en particulier la contribution de Patrick Hassenteufel sur l'Allemagne. Sur la question du partage entre le *care* et le *cure* voir en particulier la contribution de Marie Wierink sur les Pays-Bas.
2. Sur ce sujet voir en particulier les contributions relatives aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et au Canada.

vers, elles peuvent être impliquées dans les politiques de santé publique.

La défense des personnels

Le secteur des soins regroupe aujourd'hui dans les pays développés plus de 10 % de la population active. C'est donc un secteur où les emplois sont nombreux et fortement féminisés. C'est aussi un secteur où, à côté des emplois qualifiés des soins médicaux (*cure*) se développent des emplois souvent moins qualifiés de la prise en charge sociale (*care*). Dans ce dernier secteur on va trouver, souvent mêlés, à côté des emplois salariés des activités bénévoles et de l'entraide familiale. Ici les frontières entre emploi et non-emploi sont redessinées régulièrement. L'action syndicale, en demandant que les activités soient « professionnalisées », a évidemment sa part dans la définition de ces frontières.

C'est un secteur qui est fortement syndicalisé, souvent plus que la moyenne du pays. Les formes que prend l'organisation syndicale du secteur dépend en partie de l'organisation du système de soins. Dans tous les pays cohabitent des structures de soins publiques (Etat ou collectivités locales), des structures privées sans but lucratif (souvent issues de structures religieuses et prises en charge aujourd'hui sous une forme associative) et des structures privées à but lucratif. Mais la place respective de ces types de structures sont très différentes d'un pays à l'autre [1]. La volonté de décentraliser peut remettre en cause l'unicité des conventions collectives auxquels les organisations syndicales sont fortement attachées. Le lien n'est cependant pas automatique et on trouve au Danemark un système fortement décentralisé dans lequel les syndicats ont maintenu le principe de la convention collective nationale. Les projets de mise en concurrence font aussi peser des menaces sur l'unicité des conventions collectives [2].

La diversité des métiers du secteur pose le problème de l'unité de l'organisation syndicale. Ainsi si les infirmières appartiennent aux mêmes organisations que les autres salariés du secteur en Italie, elles sont dans une structure autonome au Canada, et l'unité est malmenée au Danemark.

Globalement il s'agit de professions dans lesquelles, du fait de la faiblesse des niveaux de revenus et de la pénibilité des conditions de travail, existent des phénomènes de pénurie. Plusieurs pays ont tenté de remédier à ces pénuries en faisant venir des travailleurs étrangers [3].

On l'a vu ci-dessus, les réformes envisagées visent à améliorer la productivité, ce qui devrait mettre la question des conditions de travail au cœur du débat [4]. Ce n'est pas ce qui s'observe le plus clairement. Si la formation et le contenu même des taches des professions de santé

1. Autre problème pour les organisations syndicales, les frontières professionnelles : infirmières, psychologues, kiné, aides soignantes… ne correspondent pas aux structures de financement.
2. On constatera en lisant les contributions sur le Royaume-Uni et sur les Pays-Bas, que les syndicats réagissent fort différemment face à cette menace.
3. L'entrée dans l'Union européenne des PECO, qui disposent d'une main-d'œuvre qualifiée dans ces secteurs renouvelle la question.
4. La réduction des durées de séjour hospitalier, qui entraîne une intensification en soins par séjour et une rotation plus rapide des malades a évidemment eu un impact fort sur les conditions de travail du personnel hospitalier.

sont strictement définis, la réflexion sur la réalité du travail et sur son organisation ne fait pas encore partie de la culture du secteur. Cette nécessaire réflexion sur les modalités concrètes du travail va être percutée par les modifications à venir de la définition même des champs professionnels. Dans le domaine de la santé modifier les champs professionnels c'est changer, perturber, l'identité professionnelle des soignants et des autres personnels. Coupler une réflexion sur le contenu même du travail et la transformation des identités professionnelles est sans doute nécessaire. Cela ne rend pas cette double transformation plus facile. Cela sera d'autant moins facile que les transformations envisagées ici ne sont pas marginales. Au Royaume-Uni le projet est de transférer aux infirmières plus de 20 % de l'activité actuelle des médecins [1]. Comment se déroulera le débat qui s'annonce sur la redéfinition des champs professionnels ? Dans l'abstrait des définitions formelles des tâches ou en intégrant la dimension concrète de la réalité quotidienne ? Il y a là un important défi pour les organisations syndicales. Défi d'autant plus complexe que ce débat ne pourra pas être mené pays par pays. Du fait même des textes européens sur la libre circulation, c'est un débat qui tôt ou tard deviendra communautaire.

Reste un problème important pour les organisations de salariés. Dans la plupart des pays elles ne syndiquent pas, ou très peu, les médecins. Les médecins sont très minoritaires en nombre dans le champ professionnel du soin mais ils occupent dans les faits, en particulier sur les questions de champ professionnel et d'organisation du travail, une place qui est sans commune mesure avec leur importance numérique. Les conditions mêmes de l'exercice professionnel des médecins sont au premier rang des questions posées par les réformes. Aux Etats-Unis la mise en place du « *managed care* » a eu un impact important dans ce domaine : « La proportion de médecins salariés est passée de 24 à 43 % entre 1983 et 1997 (et de 37 à 66 % pour les nouveaux praticiens) tandis que celle de médecins exerçant en libéral dans leurs propres cabinets est tombée de 40 à 26 % » [2]. Le fait que les médecins choisissent de s'organiser de façon autonome, hors du champ des syndicats de salariés, et en présentant souvent des revendications qui ne vont pas dans le sens des revendications syndicales pose une question importante. La réponse syndicale n'est pas uniforme. Dans certains pays les syndicats de salariés choisissent de soutenir les projets de mise en place de la concurrence, car ils pensent que la concurrence pourrait être un bon moyen de rétablir un rapport de force face au corps médical [3].

Les questions de financement et de prise en charge

Ces questions, qui sont au cœur des préoccupations syndicales parce qu'elles ont à voir avec l'évolution des revenus, prennent des formes diverses. Le débat peut porter sur le mode de financement,

1. Voir l'article sur le Royaume-Uni. Voir également sur le même sujet les articles qui traitent du Canada et des Pays-Bas.
2. Voir l'article de Catherine Sauviat sur les Etats-Unis.
3. Voir en particulier l'article de Patrick Hassenteufel sur l'Allemagne, mais également celui de Marie Wierink sur les Pays-Bas.

sur le niveau de prise en charge et sur les mesures propres à permettre à tous d'accéder aux soins.

La question du financement s'articule au débat autour du coût du travail. Ici les positionnements syndicaux seront fort différents suivant que les organisations syndicales considèrent que la question se pose en effet (Allemagne), ou qu'au contraire elles affirment que cette question ne se pose pas (Canada-Québec). Elle pose aussi la question de l'impact de ce financement sur les inégalités. Les positions ici sont également diverses. En Hollande les syndicats acceptent la perspective d'un financement de l'assurance maladie sur la base de primes forfaitaires, dont l'effet direct serait très défavorable aux ménages les plus modestes, à condition que ces effets négatifs soient compensés par le système fiscal.

Les changements dans ce domaine peuvent être considérables. Les Italiens sont passés en 1978 d'un financement par cotisations à un financement fiscal. Le débat actuel en Allemagne entre « l'assurance citoyenne » et un financement « forfaitaire » conduira, quelle que soit la solution adoptée, à une profonde remise en cause du mode de financement actuel.

La question du niveau de prise en charge renvoie directement à la question de l'ampleur du « panier de soins » et plus indirectement aux sommes qui resteront à la charge des patients (ticket modérateur, forfait hospitalier). Dans la plupart des pays, les organisations syndicales s'opposent à la réduction du niveau de prise en charge. Cette question du niveau de couverture prend une importance particulière quand les réformes mettent en cause le niveau des congés maladie, ce qui est le cas en particulier en Allemagne et en Suède.

Couverture nationale versus *couverture d'entreprise*

Les Etats-Unis sont l'exemple extrême d'un mouvement syndical qui a longtemps choisi, même si sa position a évolué depuis, de défendre un système d'assurance maladie qui n'existait que dans certaines entreprises contre la mise en place d'un système national.

L'existence, dans tous les autres pays développés, d'un système national d'assurance maladie ne fait cependant pas disparaître le problème du choix entre couverture nationale et couverture d'entreprise. La couverture nationale n'est jamais une couverture intégrale. Elle laisse des dépenses à la charge des ménages, ne prend pas en charge certains soins, ou les prend en charge dans des conditions (durée d'attente par exemple) qui font qu'une partie de la population recherche une autre couverture. A côté du système national existent donc des formes de prise en charge complémentaires (prise en charge totale ou partielle de la partie de la dépense non prise en charge par le régime d'assurance maladie) ou alternatives (prise en charge de soins qui ne sont pas assurés, ou assurés dans des mauvaises conditions, par le régime d'assurance maladie). Ces couvertures maladies supplémentaires sont parfois individuelles mais elles sont la plupart du temps collectives, et le plus souvent négociées dans le cadre de l'entreprise. Tout retrait du système national rend plus nécessaire la couverture maladie d'entreprise. Tout renforcement de la couverture d'entreprise rend possible le retrait de la couverture nationale. Il s'agit ici d'une illustration du débat, classique pour le syndicalisme, dans lequel il faut articuler la capacité d'obtenir plus pour une partie de la population et la défense d'un intérêt général des salariés.

Toute extension de la part de la couverture d'entreprise, et dans l'exemple extrême des Etats-Unis quand la couverture d'entreprise devient la forme unique de couverture pour toute une part de la population, fait que la protection maladie devient un élément important du fonctionnement du marché du travail. Changer d'emploi c'est changer, voir perdre, son assurance dans le domaine de la santé.

S'impliquer, plus ou moins, dans les politiques de santé publique

La capacité des organisations syndicales à s'impliquer dans les questions de santé publique et dans l'organisation du système de soins, est fortement liée à l'existence, ou à la non-existence, que niveau national, d'une « culture » de santé publique. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer cette volonté d'intervenir dans les débats sur la santé publique n'est pas directement liée à leur place, plus ou moins importante, dans les structures de gestion de l'assurance maladie. Dans les pays dont les systèmes d'assurance maladie ont été bâtis sur les principes « bismarckiens » les syndicats de salariés siègent dans les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie [1]. Dans les pays « beveridgiens » les syndicats ne participent pas, formellement, aux décisions dans les politiques d'assurance maladie. Si l'on observe ce qui se passe il n'apparaît pas que l'intervention syndicale sur les politiques de santé publique et d'organisation du système de soins soit plus forte dans les premiers que dans les seconds. Le vrai critère discriminant est l'existence, au plan national, d'une culture de santé publique. Dans les pays où la santé est perçue avant tout comme une question individuelle qui peut être prise en charge dans le cadre du rapport entre l'individu malade et son médecin, l'intervention syndicale sur les questions de santé publique demeurera faible quelle que soit sa place institutionnelle. Dans les pays où, souvent depuis longtemps, la dimension collective de la santé est mieux perçue, les syndicats interviendront plus facilement dans ces domaines même s'ils n'ont formellement que peu de place dans la définition de ces politiques [2].

Reste que les débats qui portent sur l'organisation du système de soins, sur le nombre et la répartition des professionnels, sur les frontières de la prise en charge collective, sur le niveau de décentralisation … sortent de plus en plus des cercles d'experts et impliquent d'autres acteurs de la société civile. Ces nouveaux acteurs, associations de malades, de consommateurs, souvent très actifs dans le débat posent aux organisations syndicales la question d'alliances nouvelles dans ce secteur.

***

La diversité des niveaux et des formes d'interventions syndicales dans le domaine de la santé devrait conduire à se

1. A noter que dans ces pays, on pense en particulier à l'Allemagne et aux Pays-Bas, l'acceptation de l'introduction de la concurrence entre caisses modifie profondément leur rôle. Aux organismes à base professionnelle se substituent des organismes ouverts à tous et actifs sur un marché. Cette transformation pose de manière totalement différente la question de la légitimité de la présence syndicale dans leurs instances.
2. L'exemple du positionnement des syndicats suédois sur la question des arrêts de maladie que donne l'article d'Annie Jolivet est spécialement instructif sur la capacité des syndicats à poser les questions de santé en se plaçant du côté des causes et non strictement de la réparation.

poser la question : jusqu'où ces différents niveaux d'intervention sont-ils cohérents et au contraire à partir de quel moment peuvent-ils devenir contradictoires ? La défense des intérêts des personnels du secteur du soin est-elle toujours cohérente avec la défense des intérêts des personnes malades ? S'il faut plus de moyens pour le système de soins, qui doit financer cette dépense supplémentaire ? Si une protection supplémentaire peut être obtenue au niveau de l'entreprise, comment s'articulera-t-elle avec la protection de l'ensemble de la population ?

Dit autrement, les syndicats peuvent-ils prendre en compte la contradiction entre leur fonction de représentants des salariés, c'est-à-dire dans nos sociétés de la très grande majorité de la société, et de représentants des intérêts des salariés du seul secteur de la santé ? Peuvent-ils prendre en compte ces contradictions en les traitant à l'intérieur de l'organisation syndicale ou faut-il élargir le débat avec d'autres représentants de la société civile, les associations de patients par exemple ?

Sans oublier de rares exemples [1], on constate que le discours syndical gomme le plus souvent les aspects contradictoires de ces différents niveaux d'intervention, en en affaiblissant sans doute l'impact.

Systèmes d'assurance maladie : quelques sources d'informations

Ouvrages

- Duriez Marc, Lequet-Slama Diane (1998), *Les systèmes de santé en Europe*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ?, 120 p.
- Lambert Denis-Clair (2000), *Les systèmes de santé*, Paris, Seuil. Coll. Economie humaine, 530 p.
- Palier Bruno (2004), *La réforme des systèmes de santé*, Paris, PUF, Coll. Que sais-je ?, 120 p.

Sites internet

- OCDE : http://www.oecd.org/topic/0,2686,fr_2649_37407_1_1_1_1_37407,00.html
- OMS : http://www.who.int/countries/fr/
- OMS Europe : http://www.euro.who.int/countryinformation
- CNAMts - Lettre internationale de l'assurance maladie : http://www.ameli.fr/224/DOC/1167/article_pdf.html
- La Documentation française - Bibliothèque des rapports publics : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp_pages/index.html. Tapez : assurance maladie

Les sites de l'IRDESS (ex-CREDES) et de la DREES (ministère des Affaires sociales) annoncent régulièrement des publications sur les systèmes de santé à l'étranger.

- IRDES – Questions d'économie de la santé : http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/sommaire.htm
- DREES – Etudes et Résultats : http://www.sante.gouv.fr. Tapez : Recherches et Statistiques, puis tapez : Etudes et Résultats

1. Sur cette question voir l'intéressant exemple de la pratique de la CGIL en Italie.