Le « plan Juppé » : fin ou renouveau d'une régulation paritaire de l'assurance maladie ?

Patrick HASSENTEUFEL *

« Fin du système de protection sociale à la Française » ou au contraire « dernière chance de survie de la Sécu » : les avis les plus contradictoires ont été émis sur le « plan Juppé » de réforme de la Sécurité sociale. Si ces lectures pour le moins contrastées de l'ensemble des mesures adoptées dans le cadre des ordonnances de janvier et d'avril 1996 ainsi que dans celui de la réforme constitutionnelle de février 1996 s'expliquent par des positionnements politiques et syndicaux, il ne faut cependant pas les réduire à ce seul aspect. En effet l'interprétation du « plan Juppé » est complexe.

La première raison est l'étendue de la production réglementaire liée au plan qui ne se réduit pas au seul contenu des ordonnances et qui n'est pas encore totalement achevée. La seconde raison est l'importance de la mise en œuvre. En effet le « plan Juppé » consiste avant tout à doter un certain nombre d'acteurs du système de protection sociale de nouveaux outils de régulation. Or on sait bien qu'il ne suffit pas de donner de nouvelles possibilités d'action, encore faut-il que ces acteurs s'en saisissent. La mise en œuvre peut aussi conduire à ce que certains acteurs vident les textes juridiques de leur contenu, comme l'ont montré de nombreux travaux de politiques publiques. Aujourd'hui, à l'heure où sont encore discutées les expérimentations au niveau de l'assurance maladie, le délai n'est pas suffisant pour donner un sens univoque à cette réforme. Une troisième raison rendant difficile l'interprétation du « plan Juppé » est le manque de recul d'un certain nombre d'analyses mettant en avant les ruptures introduites alors qu'il semble plutôt que le « plan Juppé » s'inscrive dans une forte continuité avec des réflexions et des mesures antérieures.

* *Université de Picardie, CRAP-IEP Rennes*

que par les mesures d'exonérations ou d'allégement des charges, qui se sont multipliées ces dernières années dans le cadre des mesures de lutte contre le chômage, l'État agit directement sur le montant des recettes de la protection sociale en général, et de l'assurance maladie en particulier.

Au niveau des dépenses l'État exerce un contrôle étroit sur le domaine hospitalier : la direction des hôpitaux en est l'autorité de tutelle ; les personnels hospitaliers sont des fonctionnaires ; le gouvernement fixe depuis 1978 le taux directeur national d'augmentation des dépenses hospitalières. Ce contrôle des dépenses est moins direct dans le secteur ambulatoire du fait du système de conventions entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux mis en place au niveau départemental en 1960 et au niveau national en 1971. Toutefois l'État joue un rôle important dans cette négociation. D'abord il en sélectionne les représentants médicaux sur la base d'une enquête de représentativité menée par l'IGAS [6]. Ensuite il encadre cette négociation par ses recommandations et du fait du rôle joué par le directeur de la CNAMTS, un haut fonctionnaire (souvent issu de la Cour des comptes) nommé en Conseil des ministres. Surtout une convention, ainsi que les avenants modifiant le tarif des consultations, ne peuvent entrer en vigueur sans l'approbation du ministère en charge de l'assurance maladie et de celui des Finances. Ajoutons que l'État encadre étroitement la fixation du tarif des médicaments et celle de la nomenclature.

En ce qui concerne le troisième aspect, à savoir la tutelle sur les acteurs paritaires, la place de l'État est nette tant au niveau national qu'au niveau local. L'État est représenté par deux personnalités qualifiées au niveau du conseil d'administration de la CNAMTS et, comme on l'a vu, en nomme le directeur. Par l'intermédiaire des DRASS et des DDASS le fonctionnement des CRAM et des CPAM est étroitement encadré : possibilité de suspension de leurs décisions, contrôle préalable de leur budget [7] ...

Cependant malgré l'existence de ces différents moyens d'action l'État est loin de prendre en charge à lui seul la régulation du système d'assurance maladie, d'autant plus qu'il manque de moyens tant humains que matériels pour véritablement jouer son rôle de tutelle. De ce fait les autres acteurs du systèmes – acteurs paritaires et professions de santé, en particulier les médecins – disposent d'une forte autonomie sans que l'on puisse pour autant parler de régulation paritaire.

---

6. Le flou des critères et de la définition du syndiqué donnent une part importante d'appréciation discrétionnaire au ministère en charge de la Sécurité sociale. C'est ce qui permet d'expliquer notamment le refus de reconnaissance du Syndicat de la Médecine Générale en 1984 et du Syndicat de la Médecine Libérale en 1989 ou la reconnaissance de ce dernier syndicat en 1993 (sur la base de la même enquête qu'en 1989 !) et de l'Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes en 1996. *Cf.* P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat, une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, p.170-171.
7. On se reportera également sur ces aspects à l'article d'A. Catrice-Lorey dans ce même numéro.

L'impossible régulation paritaire dans le contexte de la maîtrise des dépenses de santé

En effet au sein de ce système d'assurance maladie encadré par l'État un certain nombre d'acteurs clefs disposent d'une importante autonomie d'action. Cela vaut pour les acteurs paritaires dans le domaine de la médecine ambulatoire. Jusque dans les années 1980 elle repose notamment sur des liens importants entre la majorité FO-CNPF de la CNAMTS et les deux principaux syndicats de médecins libéraux, la CSMF et la FMF. Un consensus s'est établi entre ces acteurs autour de la préservation d'un exercice libéral de la médecine (libre accès pour le patient, médecine individuelle en cabinet, paiement à l'acte, refus du tiers payant généralisé, possibilités de dépassement d'honoraires, liberté thérapeutique…). Par contre dans le secteur hospitalier les acteurs paritaires ont un rôle marginal face à l'autonomie de l'élite hospitalière et à la tutelle directe de l'État. Cependant depuis 1983 l'assurance maladie donne son avis sur le budget prévisionnel de l'hôpital et développe des expériences de relations contractuelles au niveau local. Mais la réforme de 1991 laisse dans le flou la place des acteurs paritaires [8].

Toutefois, y compris pour la médecine ambulatoire, il paraît difficile de parler de régulation paritaire non seulement du fait de l'importance des compétences étatiques mais aussi du fait de l'absence de volonté claire des acteurs paritaires d'assumer des responsabilités autres que gestionnaires. Une des illustrations les plus nettes est le fait que la CNAMTS ne s'est jamais saisie de la possibilité juridique qu'elle possède de déterminer le montant des cotisations. D'une certaine façon elle s'est contentée, tout au moins jusqu'aux années 1980, de jouer le rôle de « rembourseur » des prestations de soins en prenant en charge principalement la circulation des flux financiers entre les cotisants et les prestataires de soins.

Les limites de la régulation paritaire sont apparues nettement dans le contexte de la mise sur agenda de la maîtrise des dépenses de santé, qui devient à partir des années 1980 la priorité de l'action publique dans le secteur. Face à un État soucieux de limiter l'augmentation des dépenses, les acteurs paritaires ont le plus souvent été réticents à partager pleinement les priorités financières posées par les gouvernements successifs du fait du déficit croissant de l'assurance maladie [9]. Cette réticence est particulièrement visible au niveau de la majorité de la CNAMTS (avant 1996). Du côté de FO l'existence même du déficit est contestée : pour ses principaux responsables le problème central est celui des recettes ; le déficit est de ce fait analysé

---

8. *Cf.* A. Catrice-Lorey et M.-C. L'Huillier, « Construction des politiques de régulation du secteur hospitalier », *Politiques et management public*, vol.10, n°2, 1992, p.134-183.
9. Il n'entre pas ici dans notre propos d'analyser les causes du déficit et son évolution. Pour une représentation claire et synthétique on se reportera notamment à R. Soubie, C. Prieur, J.L. Portos, *Livre blanc sur le système de santé et l'assurance maladie*, Paris, La Documentation française, 1994.

comme la résultante de la situation économique et des « charges indues » supportées par l'assurance maladie [10]. La priorité de FO est la « clarification des comptes » afin de préserver le système de soins existant (celui de la médecine libérale dans le domaine de la médecine ambulatoire), au nom du confort du patient et de la liberté des soins. Du côté du CNPF la limitation des dépenses est l'objet d'un débat interne du fait du poids économique de la santé (en particulier pour l'industrie pharmaceutique) qui l'a conduit à adopter une position de retrait entre 1993 et 1995, marquant ainsi sa volonté de désengagement et ses difficultés à formuler une orientation stratégique claire.

On comprend dès lors que les principales mesures en matière de maîtrise des dépenses de santé aient été prises par l'État, le plus souvent en faisant face à l'opposition des acteurs paritaires. Jusqu'à la fin des années 1980 prédomine en France une maîtrise administrée reposant sur les instruments d'intervention directe de l'État qui se traduit par des « plans financiers » (12 entre 1975 et 1991) adoptés le plus souvent par la voie réglementaire et comprenant des mesures telles que le relèvement des taux de cotisations, la création de nouvelles taxes, le déremboursement de certaines prestations et l'instauration de tickets modérateurs, la modification du prix des actes de soins... La mesure étatique la plus importante dans ce cadre est la création du budget global hospitalier en 1983 avec lequel l'État fixe par décret le taux d'évolution des dépenses hospitalières. Toutes ces mesures sont prises sans les acteurs paritaires et suscitent la plupart du temps leur hostilité comme l'illustre la mobilisation syndicale contre le « plan Séguin » de 1987.

La réticence des acteurs paritaires à prendre en charge la maîtrise des dépenses de santé se traduit aussi par deux autres aspects. Le premier est leur refus de mettre en œuvre pleinement certains outils de maîtrise : il en va ainsi des tableaux statistiques d'activité des praticiens créées dans les années 1970, ou du principe des enveloppes globales pourtant inscrit dans la convention de 1980. Le deuxième fait à souligner est l'échec de la mise en place d'une maîtrise négociée à partir de la fin des années 1980 [11]. La négociation des conventions de 1990 et de 1993 s'est faite sous la forte pression de l'État en faveur de la mise en place de nouveaux mécanismes de maîtrise qui ont suscité le plus souvent les réserves des acteurs paritaires, tel le projet de mise en place des contrats de santé en 1990 ou celui des enveloppes glo-

---

10. *Cf.* par exemple J.-C. Mallet « Assurance maladie : une clarification des comptes est nécessaire pour asseoir la crédibilité de la maîtrise médicalisée », *Droit social*, n°12, 1994, p.1018-1020. Il estime ainsi que la CNAMTS a supporté en 1993, 55,4 milliards de Francs au titre de la solidarité nationale (par exemple la couverture maladie des adultes handicapés), soit un chiffre nettement supérieur au déficit.
11. Pour une analyse détaillée de cet échec relatif on pourra se reportera à mon livre, *op. cit.*, p. 269-315.

bales en 1991. De façon générale la CNAMTS a plus cherché à signer des accords moins contraignants pour les médecins, en particulier la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée prévue par la loi Teulade de janvier 1993 à travers l'accord conventionnel d'octobre 1993, qu'à s'inscrire dans la démarche gouvernementale. Si cette stratégie a permis à la présidence de la CNAMTS de préserver de bonnes relations avec le principal syndicat de médecins libéraux, à savoir la CSMF, elle n'a pas été suffisante pour réduire le déficit de l'assurance maladie. C'est notamment ce qui explique que le « plan Juppé » se marque avant tout dans son contenu par l'affirmation du rôle de l'État.

Le « plan Juppé », ou l'affirmation de l'Etat

De l'avis de la plupart des experts du système de santé français le « plan Juppé » a pour mérite principal de clarifier les règles du jeu de la régulation de l'assurance maladie en définissant les responsabilités de chacun et en marquant clairement le rôle de l'État qui auparavant n'apparaissait qu'en filigrane : « Il va y avoir désormais harmonie entre le discours, les contraintes, les textes et la pratique » [12]. On comprend dès lors pourquoi le « plan Juppé » a pu être présenté, le plus souvent sur le mode de la dénonciation, comme une « étatisation » de la Sécurité sociale, en particulier par Force Ouvrière. Si cette lecture renvoie d'abord au contenu du plan elle est renforcée par le style décisionnel adopté par le gouvernement qui a exclu les acteurs paritaires ainsi que les autres acteurs non-étatiques de l'assurance maladie, en particulier les médecins.

Vers l'étatisation de l'assurance maladie ?

Toute une série d'éléments vont dans le sens de l'affirmation du rôle de l'État au détriment de celui des acteurs paritaires.

L'élément le plus symbolique est la réforme constitutionnelle (modifiant l'article 34 de la Constitution), complétée par la loi organique du 22 juillet 1996, qui confère au Parlement la responsabilité de l'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale. Ainsi pour l'assurance maladie c'est désormais le Parlement qui fixe tous les ans le taux d'évolution des dépenses – sur la base des travaux de la commission des comptes de la Sécurité sociale, de la Cour des comptes et de la conférence nationale de santé – qui est un taux opposable tant pour la médecine ambulatoire que pour la médecine stationnaire (hôpitaux et cliniques). De fait il s'agit là d'un renforcement des pouvoirs du gouvernement et de l'administration dans la mesure où, d'une part, les recettes dépendent toujours du pouvoir réglemen-

12. R. Ruellan, « Clarification des pouvoirs et rénovation du système », *Droit social*, n°9-10, 1996, p.780.

taire qui en fixe le montant et où, d'autre part, le Parlement ne dispose que d'une faible expertise dans ce domaine et dépend donc étroitement des orientations gouvernementales.

Il en résulte un encadrement étroit de la négociation conventionnelle par l'État puisque celle-ci s'inscrit dorénavant dans le cadre d'objectifs définis en dehors d'elle. Il faut ajouter que l'ordonnance d'avril 1996 portant sur la médecine ambulatoire donne à l'État des moyens nouveaux pour se substituer aux partenaires conventionnels par arrêté ministériel en cas de carence, c'est-à-dire d'absence d'accord entre les acteurs paritaires et les syndicats médicaux, et fixe un délai de 65 jours pour la conclusion de l'avenant annuel à la convention. Le ministère peut également intervenir au niveau des références médicales opposables et du contrôle des pratiques médicales.

Ce renforcement de la tutelle de l'État est également visible au niveau des caisses d'assurance maladie. Un premier aspect est le renforcement des pouvoirs du directeur national, nommé par l'État. Il contrôle en effet désormais le processus de nomination des directeurs des caisses locales, auparavant prérogative des conseils d'administration paritaires. Ceux-ci perdent par ailleurs un certain nombre de pouvoirs au profit des directeurs, en terme de nomination notamment. Un deuxième aspect est la mise en place de conseils de surveillance pour les conseils d'administration des différentes caisses nationales. Ils comprennent des représentants du Parlement et des collectivités locales, des personnalités qualifiées et, dans le cas de l'assurance maladie, des représentants des professions et établissements de santé. Présidés par un parlementaire, ces conseils se réunissent au moins deux fois par an pour examiner les conditions de l'application des conventions d'objectifs et de gestion par la caisse nationale.

Un dernier élément important du renforcement de la place de l'État dans la régulation de l'assurance maladie est la création de nouvelles arènes institutionnelles où les acteurs étatiques ont une place prépondérante. La plus importante est formée par les agences régionales d'hospitalisation aux compétences étendues puisqu'elles sont chargées à la fois de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers (pilotage), de coordonner l'activité des établissements publics et privés (planification) et de déterminer leurs ressources (financement). Ces agences rassemblent les pouvoirs autrefois séparés entre l'État et l'assurance maladie [13]. Le directeur de chaque agence régionale, placée sous la tutelle des ministères en charge de la Santé et de la Sécurité sociale, est nommé par décret. Il est assisté d'une commission exécutive dont la moitié des membres sont des représentants de l'État désignés par les ministères en charge de la Santé et

13. B. Maquart, « La réforme de l'hospitalisation publique et privée », *Droit social*, n°9-10, 1996, p.869.

de la Sécurité sociale. L'autre moitié est nommée par les acteurs paritaires de l'assurance maladie.

Il faut également mentionner la nouvelle agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES), établissement public administratif de l'État placé sous la tutelle du ministère en charge de la Santé [14], qui se substitue notamment aux partenaires conventionnels pour la détermination des références médicales opposables, pivot de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'affirmation du rôle de l'État à travers le « plan Juppé » est renforcée par le style décisionnel adopté excluant dans une large mesure les acteurs extra-étatiques.

Un style décisionnel fermé

Le processus décisionnel [15] qui a conduit au discours du Premier ministre devant le Parlement le 15 novembre, puis à l'élaboration des ordonnances, se caractérise en effet par la fermeture autour d'un groupe restreint d'acteurs étatiques. Ce style décisionnel s'explique par la forte dimension politique de la réforme. Elle a fait l'objet d'une priorité forte de la part du gouvernement et du président de la République, ce qui permet de comprendre non seulement la fermeture du processus décisionnel mais aussi sa rapidité.

Le « plan Juppé » s'inscrit étroitement dans le changement des priorités de l'action gouvernementale, décidée par le président de la République et Alain Juppé à la fin de l'été 1995, rendue publique par l'intervention télévisée de Jacques Chirac fin octobre et qui se traduit par le remaniement ministériel de début novembre, marqué par le retour d'un grand ministère des Affaires sociales et de l'Emploi attribué à Jacques Barrot. La réduction des déficits publics devenant l'objectif principal visé par le gouvernement, la lutte contre le « trou » de la Sécurité sociale est désormais un impératif. Elle prend la voie d'une réforme structurelle, et non pas d'un simple plan de redressement financier, non seulement parce que l'efficacité en paraît *a priori* plus importante mais aussi parce que Jacques Chirac a été élu sur la base d'un discours et d'un programme volontaristes et réformistes qui ne se sont jusque là que peu traduits dans les faits. Le « plan Juppé » a donc pour fonction politique de symboliser la capacité du gouvernement à répondre aux critères de Maastricht en termes de déficits publics et sa volonté de « bousculer les immobilismes », thème cher au président de la République.

---

14. Toutefois si le directeur est nommé par le ministère, l'Etat désigne moins du quart des membres du conseil d'administration dominé par les représentants des professions de santé.
15. Les éléments d'information sur ce processus viennent d'une enquête collective en cours, financée par la MIRE, portant sur l'intervention des hauts fonctionnaires dans les politiques sanitaires et sociales.

C'est dans ce cadre qu'intervient l'élaboration du plan par un groupe restreint de hauts fonctionnaires autour du conseiller social du Premier ministre. Ce groupe puise dans le stock de « recettes » disponibles élaborées dans le cadre de rapports officiels sur l'assurance maladie, auxquels certains d'entre eux ont participé [16] . Jusqu'au discours du 15 novembre ce groupe travaille dans le plus grand secret, excluant même dans une large mesure la direction de la Sécurité sociale de son élaboration.

Même si le processus de rédaction des ordonnances a été plus fortement publicisé, il est resté fermé et fortement contraint par le discours du Premier ministre. Les acteurs paritaires ont été consultés, ainsi que les syndicats de médecins, mais ils n'ont que très peu pesé sur le processus décisionnel. L'écriture des ordonnances a été le fait quasi exclusif de la haute administration, plus précisément de la Direction de la Sécurité sociale en étroite collaboration avec les cabinets de Jacques Barrot et d'Alain Juppé, dans une moindre mesure avec celui d'Alain Gaymard. Les groupes de travail constitués en associant d'autres acteurs n'ont été que consultatifs.

A cette fermeture du processus décisionnel on peut apporter trois explications complémentaires.

La première est d'ordre strictement institutionnelle : en choisissant la voie des ordonnances le gouvernement s'est donné les moyens d'agir seul et d'imposer une forte contrainte temporelle restreignant les possibilités d'intervention des autres acteurs.

La deuxième est d'ordre politique et renvoie à la priorité politique donnée au « plan Juppé ». Cette priorité politique est devenue encore plus forte à la suite du recul sur les retraites dans la fonction publique du fait du mouvement de novembre-décembre 1995 et de l'adoption immédiate des mesures strictement financières (remboursement de la dette sociale et augmentation des cotisations et de la CSG par la première ordonnance de janvier 1996). L'adoption des mesures concernant la réforme institutionnelle et l'assurance maladie était la condition de l'existence même d'une réforme rompant avec les sempiternels plans financiers.

La troisième explication est d'ordre stratégique. Les acteurs paritaires sont apparus divisés face au « plan Juppé ». Cette division a été particulièrement visible au niveau des syndicats de salariés et des syndicats de médecins. Sur le plan syndical le soutien de la majorité de la CFDT derrière Nicole Notat au « plan Juppé » a été vivement dénoncé par la CGT et FO (ainsi que par Sud et la FSU) ; au niveau des syndicats de médecins, MG France, premier syndicat de généralistes, et une partie des organisations de médecins hospitaliers, en particulier l'I.N.M.H., ont approuvé le plan. De plus la mobi-

16. Le plus important d'entre eux étant le rapport *Santé 2010* publié par le Commissariat général au Plan.

lisation contestataire de novembre-décembre 1995 s'est focalisée sur le volet retraite (et ne l'oublions pas sur le contrat de plan État-SNCF qui n'avait rien à voir avec le « plan Juppé »), faisant passer au second plan les enjeux de la réforme institutionnelle et de l'assurance maladie. Une mobilisation forte sur ces aspects n'a pas été possible comme en témoigne l'échec des manifestations et des grèves organisés par le « front libéral » des syndicats de médecins (CSMF, SML, FMF), avec le soutien de FO et de la CGT.

Si tous ces éléments marquent clairement une affirmation de la prééminence de l'État il ne faudrait pas en conclure trop hâtivement à l'abandon de l'idée même de régulation paritaire, du fait des nouvelles possibilités offertes à la négociation contractuelle.

Les nouvelles voies d'une régulation négociée

Parler d'étatisation de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie en particulier est pour le moins excessif si l'on prend en compte le fait que le « plan Juppé » est loin de supprimer les structures paritaires : il en modifie plutôt la composition et les règles de fonctionnement. Il offre par là aussi de nouvelles possibilités d'action aux acteurs paritaires.

Vers un paritarisme contractualisé ?

Les ordonnances mettent en avant le recours à la procédure contractuelle, à l'image d'autres secteurs de l'action publique en France [17], en particulier en ce qui concerne les relations entre la CNAMTS et l'État. Dorénavant, comme dans les autres branches de la Sécurité sociale, ces deux acteurs négocient une convention d'objectifs et de gestion [18] « dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale » pour une période minimale de trois ans. Cette convention détermine les objectifs de gestion, les moyens de fonctionnement, les conditions de conclusion des avenants annuels déterminant l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville en fonction de l'objectif national fixé par le Parlement, ainsi que les processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés ; elle indique également les orientations de l'action gouvernementale en matière de santé publique, de démographie médicale et de médicaments, ainsi que les objectifs en matière de gestion du risque et d'amélioration du service rendu aux usagers. Cette convention est mise en œuvre par des contrats pluriannuels de gestion conclus entre la CNAMTS et les caisses locales.

---

17. *Cf.* le numéro 2, 1996 de Sociologie *du travail* consacré au contrat et l'ouvrage collectif édité par le CEPEL, *La négociation des politiques contractuelles*, Paris, L'Harmattan, 1996.
18. B. Soulié, « Les conventions d'objectifs et de gestion : le nouveau cadre d'exercice des responsabilités respectives de l'Etat et de la Sécurité sociale », *Droit social*, n°9-10, 1996, p. 794-798.

Cette contractualisation s'accompagne d'une responsabilisation des acteurs paritaires puisque désormais les décisions des conseils d'administration prises en application de ces conventions sont exécutoires, sauf opposition motivée du ministère de tutelle dans les vingt jours.

La contractualisation s'impose aussi dans le secteur hospitalier où les agences régionales passent des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec l'ensemble des établissements publics et privés.

Le plan réaffirme également le rôle de la négociation conventionnelle entre les caisses nationales et les syndicats de médecin qui, même si elle est encadrée plus étroitement à la fois par les objectifs opposables d'évolution des dépenses de santé fixés par le Parlement et par la possibilité de l'État de se substituer aux partenaires conventionnels en cas de carence, recèle de réelles marges de manœuvre [19]. En effet les partenaires conventionnels peuvent décliner régionalement et par spécialité médicale l'objectif de dépenses, à l'image de ce qui se fait en Allemagne, revaloriser les lettres-clefs propres à chaque spécialité, définir les dispositifs précis de régulation et préciser la nature des sanctions pour les médecins en cas de dépassement de l'objectif, notamment leurs modalités d'individualisation.

Ces éléments signifient que les ordonnances, loin de marginaliser les acteurs paritaires, leur offrent de nouveaux moyens d'action à condition qu'ils soient en mesure de les saisir. C'est ce qui permet de comprendre les changements internes intervenus à la CNAMTS lors du renouvellement de son conseil d'administration en juillet 1996. Le fonctionnement de l'architecture contractuelle construite par les ordonnances suppose en effet une volonté claire des acteurs paritaires de partager les objectifs gouvernementaux. Or une telle condition était loin d'être réalisée avec une présidence de l'assurance maladie détenue par Force Ouvrière, fer de lance de la contestation syndicale du « plan Juppé ».

Le changement de majorité au conseil d'administration de la CNAMTS joue ici un rôle très important. Ce changement a été permis par deux éléments. Le premier est la constitution d'une alliance d'acteurs syndicaux globalement favorables au « plan Juppé » autour de la CFDT, soutenue par la CGC, la CFTC et surtout la Mutualité Française. Le deuxième élément est le retour au paritarisme strict par l'ordonnance d'avril portant sur l'organisation des caisses, renforçant la représentation du CNPF. Placé dans une position clef, le CNPF a approuvé majoritairement le « plan Juppé », et a de ce fait soutenu le candidat de la CFDT à la présidence de la CNAMTS (Jean-Marie Spaeth). La nouvelle majorité de la CNAMTS s'est tout de suite déclarée prête à saisir les possibilités offertes par la réforme pour négocier de nouveaux modes de régulation avec les médecins ce qui s'est traduit par le plan d'économies d'octobre 1996 [20] , la

19. A.-M. Brocas, « La convention médicale après les ordonnances », *Droit social*, n°9-10, 1996, p.815.

signature de deux conventions séparées (généralistes et spécialistes) en mars 1997 et plus récemment (juillet 1997) de l'option conventionnelle pour les généralistes. Si cette stratégie de la CNAMTS a obtenu quelques résultats c'est parce qu'elle a eu, en la personne de MG-France, un soutien important au sein du corps médical. Toutefois les enjeux actuels d'une transformation du système de soins sont loin d'être définitivement tranchés.

Les enjeux de la transformation du système de soins

Trois enjeux majeurs sont au cœur des débats actuels sur la régulation de l'assurance maladie en France : celui du contrôle de la pratique médicale, celui de la coordination des soins et celui de la couverture du risque maladie.

Un des axes majeurs de la stratégie suivie par les pouvoirs publics, ainsi que par la nouvelle majorité de la CNAMTS, en matière de maîtrise des dépenses de santé, repose sur un contrôle accru de la pratique médicale. Ce contrôle est à la fois quantitatif et qualitatif. Sur le plan quantitatif il se traduit par la détermination d'un objectif imposable annuel. En cas de respect de celui-ci des augmentations d'honoraires sont distribuées aux médecins ; dans le cas contraire sont prévus des reversements à la fois collectifs (sur le plan régional) et individuels (en fonction du revenu du médecin, de son appartenance ou non au secteur 2 et de son respect ou non des références médicales opposables). Ce sont ces reversements qui ont suscité la mobilisation des internes au printemps 1997. Sur le plan qualitatif une part croissante de l'activité médicale est encadrée par les références médicales opposables qui fixent des normes thérapeutiques à respecter par les médecins.

Il s'agit là d'un enjeu clef dans la mesure où il remet en cause l'autonomie de la pratique médicale et qu'il peut conduire à des arbitrages très délicats à opérer pour les médecins entre une logique de soins et une logique économique. La viabilité d'un tel système de maîtrise passe par la mise en place d'outils d'information et d'évaluation permettant de connaître la pratique individuelle de chaque médecin. Une telle régulation individualisée, qui est en train de se mettre en place en Allemagne à la demande notamment des représentants de la profession médicale, responsabilise le médecin tout en lui donnant les moyens de justifier sa pratique par rapport aux patients qu'il soigne, et confère aux caisses la possibilité d'exercer un réel contrôle. Sa mise en place, prévue pour la fin du siècle, suppose une informatisation des médecins (effective en Allemagne) et des assurés (via la carte Sésame Vitale), ainsi que l'achèvement du codage des actes. Le progrès dans la con-

---

20. Ce plan a été dans une large mesure abandonné du fait de l'hostilité des médecins, qui ont organisé une nuit de grève des urgences, et de l'absence de soutien gouvernemental.

naissance de la pratique médicale permettrait aussi d'agir dans le sens de la prévention et par là d'ouvrir la possibilité de réorienter un système de soins trop exclusivement axé sur la dimension curative.

Cette réorientation suppose aussi une meilleure coordination des soins et un meilleur suivi des patients. C'est dans ce sens que s'oriente l'option conventionnelle signée avec MG-France début juillet donnant un rôle pivot au généraliste à travers la mise en place de filières de soins. Là aussi l'enjeu est de taille car il pose la question du libre accès au spécialiste, lourde de conséquences économiques pour cette catégorie de médecins, et limite le libre choix du patient. La voie expérimentée, celle des filières de soins qui se développent aussi en Allemagne, suppose une collaboration entre généralistes et spécialistes. La coordination des soins va aussi vers une médecine moins individualisée remettant en cause certains fondements de la médecine libérale. Aux yeux de ses défenseurs un tel changement permettrait à la fois de réduire les dépenses et d'améliorer la qualité des soins. Mais il est clair que l'ensemble de la profession médicale ne serait pas gagnante économiquement car l'effet attendu des filières de soins est une réduction des actes médicaux. Il n'est pas sûr non plus qu'une limitation du libre accès aux soins soit bien acceptée par l'ensemble des patients. Enfin, même s'il favorise les expériences de coordination des soins, de filières de soins pour les relations généralistes/spécialistes et de réseaux de soins pour les relations entre la médecine de ville et l'hôpital, le « plan Juppé » reste largement prisonnier de la séparation entre secteur ambulatoire et secteur stationnaire puisqu'ils sont soumis à des enveloppes distinctes. Ce cloisonnement du système de soins est aussi renforcé par la dualisation du système conventionnel entre généralistes et spécialistes : « Enfermées dans leurs budgets respectifs, chacune des professions ou des institutions sera plus incitée à rejeter la dépense sur les autres qu'à collaborer pour améliorer la prise en charge globale du patient » [21].

Le troisième enjeu majeur est celui de la couverture des soins, présent dans le discours du 15 novembre 1995 à travers l'annonce d'une assurance maladie universelle qui n'a cependant pas connu de traduction effective. Cette réforme a été reprise par Lionel Jospin dans sa déclaration de politique générale de juin 1997. Sa mise en place signifierait une transformation radicale dans la couverture de soins puisque celle-ci ne serait plus liée aux cotisations pour son financement, la part fiscalisée prenant une importance accrue, logique déjà à l'œuvre à travers la CSG. Pour certains, notamment à Force Ouvrière [22], cette réforme

21. C. Le Pen et V. Rodwin, « Le plan Juppé : vers un nouveau mode de régulation des soins ? », *Droit social*, n°9-10, 1996, p.862.

22. « ... à plus ou moins long terme, on risque de se retrouver en France, avec une assurance maladie minimale, couvrant uniquement le gros risque et prenant en charge les exclus ; la part complémentaire étant gérée par les seuls privés avec toutes les dérives que cela implique » ; J.C. Mallet, *Droit social*, n°9-10, 1996, p.852.

est la traduction du passage d'un système bismarckien à un système beveridgien, fiscalisé garantissant une couverture minimale universelle et laissant à chacun la liberté de s'assurer pour une couverture complémentaire. Cette logique ouvrirait la voie à une privatisation croissante du risque maladie, les assurances privées se voyant ainsi offrir de larges possibilités de développement. Et il est vrai que les projets tels ceux d'Axa vont clairement dans ce sens.

Cependant la condition pour que la mise en place de l'assurance maladie universelle ne corresponde pas à terme à une libéralisation de la couverture du risque maladie est la transformation du système de soins vers une meilleure efficacité thérapeutique à un moindre coût [23], ce qui passe notamment par un accent plus important mis sur la prévention et par une meilleure coordination des soins. C'est en particulier dans ce processus de transformation structurelle du système de soins que les acteurs paritaires ont un rôle important à jouer.

23. Rappelons que si la France est le pays qui dépense le plus pour la santé en Europe elle est loin d'être à la première place pour la plupart des indicateurs sanitaires.