

Document de Travail

Working Paper

2007-21

L'éthique médicale peut-elle être indépendante de la politique économique ?

Philippe ABECASSIS
Philippe BATIFOULIER



UMR 7166 CNRS

Université Paris X-Nanterre
Maison Max Weber (bâtiments K et G)
200, Avenue de la République
92001 NANTERRE CEDEX

Tél et Fax : 33.(0)1.40.97.59.07
Email : secretariat-economix@u-paris10.fr



Université Paris X Nanterre

L'éthique médicale peut elle être indépendante de la politique économique ?

Philippe ABECASSIS

ECONOMIX – Université Paris X-Nanterre, 200, av de la République – 92001 Nanterre Cedex
Tél. : 01 40 97 59 23 – philippe.abecassis@univ-angers.fr

Philippe BATIFOULIER

ECONOMIX – Université Paris X-Nanterre, 200, av de la République – 92001 Nanterre Cedex
Tél. : 01 40 97 59 23 - philippe.batifoulier@u-paris10.fr

Résumé

En économie de la santé, l'éthique professionnelle est souvent l'argument principal opposé par les médecins aux régulations comptables du système de soins. Ce papier relativise cette opposition pour montrer que l'éthique est influencée par un Etat social qui fait son marché. Sous l'emprise de ce référentiel marchand, l'éthique médicale semble alors devenir davantage marchande.

Mots-clés : santé, système de soins, éthique professionnelle, référentiel de politique publique

Abstract

Health economics often portrays medical ethics as a source of resistance to cost cutting measures within the health system. This paper challenges the opposition by showing that medical ethics is influenced by a welfare state that is in the process of constructing a market in health provision. In this increasingly mercantile context, medical ethics themselves have come to reflect market values.

Keywords: Health, Health system, medical ethics, political frame of reference

1. INTRODUCTION

Depuis le travail fondateur d'Arrow, il semble acquis que le médecin ne puisse être considéré comme un entrepreneur individuel maximisant un profit. L'existence d'obligations sociales interdit en effet de le concevoir comme un simple vendeur ou comme un « barbier » (Arrow, 1963, p. 949). L'éthique professionnelle apparaît alors comme une composante incontournable du service rendu par le médecin. Si le statut de cet altruisme médical où le médecin est soucieux du bien-être du patient pose problème à l'économiste (Bloche, 2001 ; Batifoulier et Gadreau, 2006), au sociologue (Karpik, 1989 ; Robelet, 2005) ou encore au politiste (Hassenteufel, 1997 ; Jaunait, 2005), il soulève aussi des difficultés de politique économique. En effet, les relations entre les médecins et la tutelle sont orientées par l'existence d'une morale professionnelle omniprésente que l'on retrouve dans le code de déontologie, édicté par le Conseil de l'Ordre, ou dans d'autres références morales, comme le serment d'Hippocrate.

Les professionnels de santé affichent cette composante éthique de leur activité à la façon d'un emblème, voire d'une décoration. C'est pourquoi le recours à cette éthique fait parfois office de plaidoyer militant. Dans ces conditions, on peut considérer que les professionnels sont spontanément capables d'orienter leurs actions dans un sens profitable aux patients et n'ont nul besoin d'être contraints ou incités à le faire par la puissance publique.

En effet, une contrainte imposée au médecin n'est d'aucune utilité puisqu'il s'impose lui-même une telle attitude. L'intervention publique, soucieuse d'équité et de justice, trouve dans le médecin un allié naturel et un relais parfait. L'éthique est un remède naturel à l'opportunisme et on ne voit pas dans cette perspective en quoi la contrainte tutélaire pourrait permettre de faire ce qui se fait déjà spontanément. De même, un contrat incitatif qui viendrait embellir un monde "enlaidi" par l'asymétrie d'information n'a aucune raison d'être. Dans la mesure où les médecins sont animés de motivations intrinsèques et non extrinsèques (Kreps, 1997), il est inutile de les recadrer par un contrat qui postule des comportements déviants.

On comprend alors que l'affirmation de cette éthique conduise les professionnels de santé à revendiquer une certaine autonomie et des droits d'autorégulation. Ce texte cherche à relativiser cette affirmation pour souligner le lien existant entre l'éthique et la politique économique : La première n'est pas autonome par rapport à la seconde.

L'éthique est souvent mobilisée comme fer de lance de la contestation à une régulation comparable des dépenses de santé. Or l'opposition entre considérations éthiques et considérations marchandes n'est pas aussi tranchée qu'il n'y paraît au premier abord (section 2). Cette al-

liance repose sur un "référentiel sectoriel de politique publique" qui conduit les acteurs à formuler les problèmes auxquels ils sont confrontés et les solutions qu'ils proposent. Le référentiel, inspiré du paradigme libéral, conduit à mettre au premier plan les comportements opportunistes et les logiques de bonus-malus. L'éthique médicale, pour rester le socle de la profession, doit alors se modeler afin de s'adapter à ce référentiel marchand. Les considérations comptables et les logiques incitatives ne conduisent pas à abandonner l'éthique, qui reste une référence essentielle aux yeux des médecins, mais à la colorer pour la teinter de logique marchande. Ceci n'est compréhensible que parce que l'on considère que l'éthique n'est pas un ensemble de textes rigides et immuables (une syntaxe) mais une façon d'interpréter toutes les pratiques (une sémantique) (section 3).

2. ETATISATION, POUVOIR POLITIQUE DES MÉDECINS ET ÉTHIQUE PROFESSIONNELLE

Un système de protection sociale qualifié de "corporatiste conservateur", selon la typologie de référence d'Esping Andersen (1999), n'est *a priori* pas le mieux placé pour se réformer. Le discours sur la réforme "nécessaire", au regard de la croissance des dépenses de santé, transite souvent par la dénonciation des blocages et obstacles institutionnels qui étouffent toute tentative de changement. Ce discours prend une teneur particulière en matière de santé où le conservatisme doit être tempéré par l'existence de nombreuses mesures de politique économique qui doivent composer avec un corporatisme puissant d'essence libérale, celui des médecins.

L'évolution récente du système de santé français témoigne en effet de nombreuses et importantes transformations. Celles-ci s'inscrivent dans la logique d'ensemble du système de protection sociale français telle qu'elle a été souvent décrite, notamment par Palier et Bonali (1995) : des moyens bismarckiens au service d'objectifs de plus en plus beveridgiens. Mais, elles exacerbent aussi cette évolution. Le système de santé constitue l'une des formes les plus expressives de mutation beveridgienne de la protection sociale française, au niveau des objectifs, mais aussi au niveau des moyens qui sont également de plus en plus beveridgiens. On est alors fondé à parler "d'étatisation" du système de santé (2.1). C'est cette étatisation qui est dénoncée par le corps médical, qui lui oppose l'argument éthique. Ce dernier étant présenté comme le rempart libéral (au sens politique du terme) nécessaire à la qualité des soins. Le pouvoir d'opposition politique des médecins est en effet légitimité par la composante éthique de leur activité (2.2). Ce pouvoir n'est toutefois pas la simple expression de l'originalité de l'activité médicale, il se nourrit de l'intervention publique. L'éthique professionnelle et les

droits d'autorégulation afférents sont intimement liés au mandat donné par l'État à la profession médicale (2.3).

1.1. Une « Étatisation » du système de santé français ?

Plus que dans tout autre secteur de la protection sociale française (celui des retraites notamment), les réformes récentes soulignent une évolution Beveridgienne du système de soins. Au niveau des objectifs, l'indicateur le plus visible en est la CMU¹ qui conduit le système de soins à offrir une couverture quasi universelle, indépendamment de la position de l'individu sur le marché du travail. Au niveau des moyens, le développement de la CSG, fixée par le législateur, conteste la primauté de la cotisation sociale. Des points de CSG en plus se substituent à des cotisations d'assurance maladie en moins². La CSG finance une part grandissante de la protection sociale, et tout particulièrement la santé : 58 % de la CSG sont affectés à l'assurance maladie.

Au-delà de ces traces les plus visibles, d'autres évolutions de fond viennent renforcer ce constat. La politique visant à influencer sur les négociations entre partenaires sociaux et à les orienter vers la "maîtrise médicalisée" des dépenses a laissé place à l'intervention plus directe de l'État, surtout depuis le plan Juppé de 1995 et les ordonnances de 1996 à sa suite³.

Le parlement se substitue –constitutionnellement– aux partenaires sociaux pour fixer l'évolution annuelle des dépenses de santé. Il vote le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) qui fixe l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). La loi se substitue ainsi à l'accord négocié par la CNAM et les syndicats médicaux.

La réforme est aussi celle de la composition des conseils d'administration des caisses d'assurance maladie. L'introduction de personnalités "ès qualités", nommées par l'État affaiblit le paritarisme originel de ces institutions. Dans le même temps, des organismes de contrôle nouveaux, sous l'égide de l'État, apparaissent. Ils sont chargés d'administrer, de coordonner, voire de regrouper, les hôpitaux ou les services au niveau régional (Agences régionales d'hospitalisation, ARH), ou encore de définir les critères de qualité et de bonnes pratiques médicales –les références médicales opposables– (Agence Nationale d'Accréditation et

¹ Il s'agit ici de la CMU de base qui concerne 1.7 millions de personnes. La CMU complémentaire permet d'offrir une "mutuelle" à 4.7 millions de personnes.

² Un point de CSG contre un point de cotisations maladie en 1996 (gouvernement Juppé) et 4.1 points de CSG contre 4.75 points de cotisations maladie pour les salariés en 1998 (gouvernement Jospin).

³ Pour des présentations synthétiques, voir Palier (2002) et Barbier et Théret (2004).

d'Évaluation de la Santé, ANAES, devenue Haute Autorité de Santé, (HAS) en 2004). Ces organismes se substituent aux partenaires conventionnels (CNAM et syndicats médicaux).

L'État devient maître d'œuvre du système de santé au détriment des partenaires sociaux. La dénonciation de cette étatisation, ou tentative d'étatisation, prend une vigueur toute particulière pour le système de santé. En effet, alors que la plus importante organisation patronale (le MEDEF) était sortie du conseil d'administration de la CNAM⁴, les organisations syndicales de médecins attachées à la défense de la médecine libérale ont souligné le rôle négatif de l'État dans la détérioration du dialogue social et des comptes sociaux. Le corporatisme syndical s'insurge ainsi contre la progression de la régulation étatique et fait valoir des arguments influents, au premier rang desquels figure l'éthique.

1.2. L'éthique comme porte-voix de la contestation médicale

L'évolution beveridgienne du système de santé et l'amointrissement concomitant du rôle des conventions médicales⁵ affaiblissent de fait la puissance des syndicats médicaux. L'étatisation du système érode le pouvoir médical en transférant la compétence décisionnelle des partenaires sociaux vers l'État. Cependant le pouvoir politique des médecins demeure. La profession médicale est en effet capable de construire un rapport de forces favorable. La faculté des médecins à défendre l'intérêt professionnel n'est plus à démontrer. En ce sens, on peut parler de véritable pouvoir politique des médecins (Hassenteufel, 1997).

L'étendue d'un tel pouvoir permet de contrer l'évolution beveridgienne du système. Ainsi, pour citer quelques exemples, la mobilisation politique des médecins a conduit le gouvernement, en 1992, à retirer un texte conduisant à encadrer l'évolution des dépenses de santé en médecine ambulatoire. Les syndicats médicaux ont, dans ce cas, fait appel aux députés et le gouvernement, ne disposant pas d'une majorité suffisante dans un contexte politique général difficile (référendum sur le traité de Maastricht), a préféré renoncer⁶. De nombreux aspects du plan Juppé ont également fait l'objet d'une vive opposition et n'ont pas été suivis d'effet⁷. De fait, le vote du parlement sur un objectif de dépenses (PLFSS) a bien lieu chaque année mais

⁴ A l'occasion du débat sur les charges induites par la loi portant la durée hebdomadaire du travail à 35 heures.

⁵ Conventions collectives signées entre la CNAM et les syndicats de médecins et fixant notamment le niveau des honoraires ou les secteurs tarifaires.

⁶ Voir Hassenteufel (1997, p. 288 et 295) pour un développement.

⁷ Ainsi en est-il des pénalités prévues en cas de dépassement de l'objectif quantifié national voté par le parlement, par une profession médicale dans sa globalité. Les sanctions consistaient à la dévalorisation de l'acte. Cette mesure n'a d'abord pas été appliquée et les dépassements du plafond n'ont pas été suivis de « malus », avant d'être déclarée inconstitutionnelle par le Conseil d'État.

n'est pas astreignant. Enfin, le plan Johanet, proposé en 1999 par l'ancien directeur de la CNAM, présentait des mesures contraignantes pour les médecins (sur le conventionnement, la couverture sociale, le prix des médicaments, etc.). Il n'a pas obtenu la nécessaire traduction législative qui lui aurait permis d'être appliqué.

Cette capacité remarquable d'une profession à s'opposer puis à orienter la politique publique dans un sens qui lui soit favorable n'est pas étrangère à la mobilisation de l'argument éthique. Cet argument stipule que le médecin est soucieux intrinsèquement du bien-être de son patient et n'a pas à asseoir son activité sur d'autres motivations (économiques, comptables) que celle de la santé du malade. Cet argument se nourrit de la reconnaissance sociale et du prestige dont jouit le médecin. Ce pouvoir, totalement original, est imputable à la nature charismatique de l'activité liée de prime abord aux questions de vie et de mort, mais également à la scientificité de la pratique⁸. Toutefois, cette spécificité indéniable de l'activité médicale n'explique pas totalement la portée de la parole médicale dans le champ politique.

Le pouvoir politique de la corporation se nourrit aussi du rôle d'expert que joue le médecin. Le médecin est non seulement le mandataire du patient mais ce dernier ne voit généralement pas d'inconvénient à ce qu'il en soit ainsi. La délégation n'est alors pas un problème si le médecin est l'agent parfait du malade⁹.

Le terme "éthique" résume l'attention que le médecin prête au patient. Soucieux des intérêts de son patient, le médecin ne va pas exercer son pouvoir discrétionnaire qu'il bride lui-même, faisant de la relation médicale une relation de confiance (Batifoulier, 1999, Batifoulier et Gadreau, 2005b). La moralisation de l'exercice médical place le bien-être du patient au dessus de l'intérêt personnel. Il y a donc bien puissance de la profession médicale mais cette puissance est canalisée par une responsabilisation du médecin. C'est en ces termes qu'est définie l'éthique par le rapport "Éthique et Profession de santé" : « *Dans ce rapport, nous comprenons l'éthique comme la mise en question du pouvoir et de la puissance par la responsabilité pour autrui...En d'autres termes, il s'agit d'interroger le pouvoir par le devoir* » (Cordier, 2003, p.18).

La mise en scène de cette bienveillance intrinsèque du médecin pour le patient est assurée par les textes de la déontologie (codes et serment) et par les institutions (Conseil de l'Ordre).

⁸ Véhiculée par des études très longues avec une rude sélection et un jargon difficilement accessible au profane.

⁹ Nous ne pouvons développer cette argumentation faute de place. Voir Batifoulier et Gadreau (2006) pour une synthèse de travaux récents en économie de la santé relativisant l'utilisation opportuniste par le médecin du différentiel d'information et conduisant à prendre au sérieux l'hypothèse que le médecin est un agent parfait du malade.

L'éthique permet ainsi d'effacer les risques potentiels de la délégation et de reconnaître la représentativité du médecin. Le médecin ne représente pas que lui-même ou sa corporation ; il représente aussi le patient

Dès lors, les contestations à la politique publique et actions menées (jusqu'aux mouvements de grève) sont systématiquement justifiées au nom de l'intérêt du patient¹⁰. L'affichage militant de modalités éthiques qui encadrent la profession médicale permet ainsi de s'opposer à la perspective comptable. La légitimité de l'État ou des organismes de tutelle à vouloir soigner à moindre coût et à organiser la recherche "d'économies" est confrontée à la légitimité éthique du comportement médical qui cherche au contraire à s'affranchir de considérations économiques. La bonne pratique professionnelle s'oppose ainsi à la bonne gestion économique et les deux types de légitimités s'affrontent.

Le médecin ne lutte pas contre la politique publique, notamment contre les politiques d'enveloppe globale et de restriction des dépenses, en son nom propre, il le fait toujours pour le bien-être du patient. Le besoin du malade prime sur le PIB et c'est la santé du patient et non les avantages de la profession qui sont en danger.

Les arguments de la défense du statut de la profession, du maintien, voire de la progression du revenu sont rarement des mots d'ordre syndicaux. Alors que les conflits du travail ont fréquemment pour justification la revalorisation des salaires dans de nombreuses activités, il n'en va pas du tout de même pour la profession médicale. La légitimité de la contestation vient d'ailleurs : elle transite par une position éthique qui conduit le médecin à se présenter comme le garant des intérêts du patient.

1.3. Éthique, pouvoir politique et rôle de l'État

La profession médicale est donc non seulement une profession représentée mais aussi une profession représentative. Elle doit cette double qualité à la composante éthique de l'exercice médical qui se traduit en pouvoir politique.

Ce pouvoir se manifeste, outre les capacités de contestation et d'orientation de la politique publique, par l'acquisition de droits d'autorégulation et d'autocontrôle. Seuls les pairs peuvent juger (et éventuellement sanctionner) l'exercice médical. Cette autonomie de la profession

¹⁰ Qui en fait ne dit pas grand-chose sur ce terrain et, quand c'est le cas, exprime des positions contradictoires. Ainsi, l'association de patients LIEN, qui lutte notamment contre les infections nosocomiales, défend la fermeture de services ou d'unités jugées à risque, voire dangereuses, en contradiction parfois avec les actions visant à défendre l'établissement local menacé de fermeture ou de regroupement.

n'est pas uniquement liée à la nature et au progrès du savoir médical. Elle est fortement connectée à la qualité des rapports entre État et profession médicale. Le pouvoir médical est le produit exogène de l'interaction avec les pouvoirs publics. C'est donc, d'une certaine façon, l'État qui a fait le pouvoir de la profession médicale, selon Hassenteufel (1997).

Une première façon d'évaluer les liens entre l'État et la profession est de souligner la force décisionnelle de la profession au-delà des instances syndicales et des négociations conventionnelles. Le pouvoir politique des médecins se manifeste également au niveau législatif. Leur influence va jusqu'au plus haut niveau de l'appareil d'État. A la figure historique et coutumière du "député médecin" a succédé celle du "ministre médecin".

La volonté de maîtriser les dépenses n'a pas atténué cette évolution. A partir des années 1970, l'arrivée de "ministres aux comptes de la sécurité sociale", selon l'expression de Palier (2002, p. 175), en charge notamment du dossier de l'assurance maladie, a conduit à véhiculer l'idée d'une régulation uniquement comptable des dépenses de santé. Le recours à l'autorité des professeurs de médecine dans le discours politique et au "ministre médecin" en charge de la santé tempère ce sentiment et permet de mettre l'accent sur une nécessaire "médicalisation" de la maîtrise des dépenses de santé. L'intérêt professionnel n'est donc pas totalement absent des préconisations de politique publique et l'un des rares consensus sur l'efficacité d'une réforme est qu'elle doit se faire avec les médecins.

Cette "connivence" de l'État et de la profession se manifeste également au niveau des droits d'autorégulation. Ceux-ci sont donnés par l'État aux médecins. Le secteur de la santé est un secteur sous tutelle et tous les médecins sont, en quelque sorte, des "agents de l'État", quel que soit le cadre de leur exercice, car participant à une mission d'intérêt général. Pourtant, les médecins peuvent se considérer comme des entrepreneurs privés (libéraux) d'une portion de service public. Les droits d'autocontrôle exacerbent ce sentiment. Le conseil de l'Ordre, créé par l'État français en 1940, consacre la vision d'une profession se réglementant elle-même sans ingérence extérieure.

Les liens étroits entre État et profession médicale se manifestent enfin au niveau de la représentation éthique. La souveraineté de la profession est assurée par les ressources symboliques des professionnels. Mais ce pouvoir dépend fondamentalement de l'État. *« Les médecins acquièrent par là des véritables missions publiques puisqu'ils deviennent collectivement responsables du respect des règles de déontologie médicale et de celles fixant les conditions d'entrée dans la profession, en échange de la garantie de monopole. Par ces instances de représenta-*

tion professionnelle relevant du droit public, les médecins font, en tant que groupe professionnel, partie de l'État. Ils en sont devenus un maillon » (Hassenteufel, 1997, p. 13)

Même si l'éthique professionnelle des médecins est assujettie aux spécificités de l'exercice médical, il est vain de vouloir caractériser le pouvoir politique induit par cette éthique comme étant indépendant du rôle de l'État. L'éthique en tant qu'élément substantiel du pouvoir médical n'est pas autonome par rapport à la politique publique.

Ce lien entre éthique et politique publique ne suggère pas que l'une accompagne l'autre pour aller dans le même sens. Comme on l'a vu, l'éthique est politiquement mobilisée pour condamner l'intervention de l'État au nom de la défense du caractère libéral de la médecine. La posture éthique de la médecine conduit *in fine* à défendre une position catégorielle et c'est pourquoi la dénonciation du rationnement va souvent de pair avec la défense de la médecine libérale¹¹.

La partie suivante cherche à étayer l'hypothèse d'une éthique liée à l'intervention de l'État en appréhendant la référence marchande de la première et la coloration libérale de la seconde. L'accent est mis sur les représentations d'une activité médicale légitime.

3. REPRÉSENTATION PUBLIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET RÉFÉRENTIEL MARCHAND

Le système de santé oscille ainsi entre une politique économique installant l'État comme opérateur central à la place des partenaires sociaux et des stratégies de contournement véhiculées par les médecins, s'opposant à cette mainmise et dans lesquelles la mobilisation d'une éthique au service du patient joue un rôle non négligeable. Ce constat cadre mal, en apparence, avec les nombreuses et argumentées dénonciations de la "privatisation" de la santé. Pour autant, l'évolution du système vers un "plus d'État" n'est pas contradictoire avec "plus de marché" si l'on fait l'hypothèse d'une orientation marchande de l'État (3.1). Une telle orientation est analysée en termes de référentiel d'action publique où la façon de poser les questions et d'identifier les solutions est soumise à un formatage préalable (3.2). Le référentiel marchand de politique publique a une influence importante sur l'éthique médicale si l'on considère que

¹¹ La riposte au plan Juppé a notamment pris la forme du tract suivant placardé dans les salles d'attente : « *Patients et médecins ensemble. Le gouvernement vient d'imposer le rationnement des soins. Les médecins ne pourront plus demain vous prescrire ce dont vous avez légitimement besoin. Or, on ne choisit pas d'être malade. Ensemble, refusons de réduire les soins et les prescriptions qui vous sont nécessaires. Ensemble, parlons-en. Votre médecin* », Rapporté par Hassenteufel (1997, p. 24).

celle-ci n'est pas seulement une syntaxe mais est aussi une interprétation des textes de la déontologie (3.3).

2.1 Réforme de l'assurance maladie et orientation marchande

La réforme de la santé vise à une diminution de la dépense d'assurance maladie socialisée et non pas forcément de la dépense de santé globale si le consommateur assume une partie de sa consommation médicale jugée superflue ou sans service médical rendu (comme pour certains médicaments). La dramatisation de la « dérive » de la dépense d'assurance maladie socialisée au travers du « trou de la sécu » qui devient incontrôlable et la responsabilité du financement du risque santé dans cette dérive ont conduit à orienter les réformes vers une désocialisation de la dépense de santé. Il s'agit de limiter la dépense d'assurance maladie qui fait peser un poids trop lourd aux comptes publics.

L'écart entre la dépense de santé payée par le patient et le remboursement par les budgets sociaux, important en matière de soins ambulatoires, est induit par le développement des mécanismes de co-assurance. Les politiques de ticket modérateur, déremboursements, "honoraires libres", franchise, etc. diminuent la part de la dépense remboursable par le régime de base alors qu'elles augmentent dans le même temps la part de la dépense remboursable par le régime complémentaire.

Le versant négatif de telles politiques est l'accroissement des inégalités sociales de santé qui viennent s'ajouter aux autres inégalités (géographiques notamment). Dans la mesure où l'acquisition d'une assurance complémentaire est corrélée au niveau de revenu, le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières est plus élevé pour les plus pauvres¹². Le versant positif du développement des mécanismes de coassurance est la responsabilisation du consommateur. C'est en ces termes que les pouvoirs publics justifient les politiques de ticket modérateur. La notion de risque moral, qui apporte la crédibilité scientifique à la lutte contre les comportements de "resquilleurs", est pourtant sujette à caution comme l'ont montré des travaux récents¹³.

¹² Ce constat semble aujourd'hui largement partagé comme en témoignent notamment la création de la CMU ainsi que le rapport du "Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie" (2005).

¹³ Nyman (1999) notamment montre, en mobilisant certains aspects de la théorie microéconomique du consommateur, que la perte de surplus consécutive à l'aléa de moralité (l'assurance décourage l'effort de prévention et de modération) est contrebalancé par un gain inhérent à son effet revenu : l'assurance sociale, en augmentant le pouvoir d'achat des individus à faible revenu initial, accroît le bien-être social. Les individus achètent de l'assurance car la socialisation la rend moins coûteuse. Dans ces conditions, la désocialisation ne fait qu'accélérer la perte de surplus collectif.

L'évolution du système de santé français va ainsi vers plus de complémentaire. Le taux de couverture complémentaire pour l'ensemble de la population s'accroît (de l'ordre de 90 %), en particulier sous l'effet des avancées dans la lutte contre les inégalités (CMU). La part des dépenses non remboursables par les assurances de base ou complémentaire et qui reviennent *in fine* au patient (le "reste à charge") croît faiblement (10 % du total environ)¹⁴. Enfin, les projets de réforme (du type "panier de soins") promeuvent la complémentaire dès le premier euro dépensé et non plus uniquement à partir de la dépense résiduelle. Au total, l'écart grandissant entre la consommation médicale et la dépense socialisée est comblé par un recours croissant à l'assurance complémentaire.

Le choix de cette dernière étant laissée à la discrétion du patient, les opérateurs sont en concurrence. Comme il s'agit dorénavant d'assurer une part conséquente et en croissance durable des dépenses et non plus une part minime, il existe un véritable marché –lucratif– de la complémentaire santé dans lequel peuvent entrer des opérateurs privés. Dans cette perspective, le centre de gravité du système se déplace de la couverture assurée à la collecte de l'épargne individuelle. La santé devient un support aux investisseurs et un volet du portefeuille financier. La couverture offerte est sous la menace d'une rentabilité minimale¹⁵.

Cette "privatisation" tranche avec l'évolution beveridgienne décrite précédemment. Le système s'inscrit ainsi dans un processus qui combine plus d'étatisation avec moins de socialisation. D'un côté, le système s'institue autour d'un droit à la santé universel axé sur la qualité de citoyen et non de travailleur. La place grandissante de l'État dans ce processus conduit à une « planification de la santé » (Barbier et Théret, 2004). De l'autre côté, le développement programmé de la part complémentaire offre un tremplin aux opérateurs privés. Le marché et la logique de libre prévoyance investissent les espaces laissés vacants par la logique de solidarité. Les parts publique (celle de l'État) et privée s'accroissent. Seule la part socialisée, axée sur les droits ouverts par les cotisations sociales, s'amenuise¹⁶. Le « *financement de l'argent du soin par le salaire connaît aujourd'hui un déplacement vers un binôme fiscalité - épargne* » (Friot, 2002, p. 2).

¹⁴ Cependant, les franchises mises en place en 2004 augmentent le taux de renoncement aux soins s'accroît.

¹⁵ Il faut noter l'existence de garde-fous à cette orientation du système de santé français au premier rang desquels figure la persévérance de véritables mutuelles, cependant dans un contexte d'adhésion aux directives "assurance" de l'union européenne.

¹⁶ La part de la dépense de protection sociale financée par les cotisations sociales a perdu 10 points pendant la dernière décennie et atteint 67 % en 2002.

Ces deux orientations sont au service d'une cause unique : la légitimation de la réduction de la prise en charge collective de la dépense. Les financements différents des couvertures de base et complémentaire ne sont pas présentés comme opposés mais orientés dans la même direction, comme le marteau ne peut être concurrent du clou¹⁷.

Ils ont tous deux pour origine et propulseur le rôle de l'État. L'ordre nouveau qui s'installe n'est pas spontané. Il n'est pas le fruit d'une évolution naturelle mais résulte d'une volonté des pouvoirs publics de répondre à la crise institutionnelle du système de santé en véhiculant un point de vue marchand¹⁸. La régulation publique accroît la part du privé. L'interventionnisme étatique va de pair avec la diffusion de la prégnance de l'efficacité du marché. Il se nourrit d'un référentiel marchand d'action publique (Jobert et Muller, 1987), reposant lui-même sur le paradigme libéral (Hall, 1993).

2.2 Référentiel marchand d'action publique

La notion de référentiel de politique publique offre une grille de lecture tout à fait pertinente pour expliquer les contradictions apparentes entre l'évolution Beveridgienne et le recours important au marché dans la gouvernance de l'assurance maladie. Le modèle interprétatif de référentiel s'articule en trois niveaux, formant une "matrice cognitive".

Au niveau le plus général, le référentiel global est entendu comme un ensemble de valeurs générales, un ensemble d'images de référence globales de la société dans son ensemble et du rôle de l'État. Le référentiel global sous-tend l'orientation générale de l'État. Ce référentiel global se décline en référentiels sectoriels qui comprennent des valeurs, des normes et des images de référence correspondant aux contenus politiques des schémas d'action. Les référentiels sectoriels sont la traduction des valeurs générales sous forme de principes spécifiques d'objectifs et d'actions. Enfin, le troisième niveau est constitué de modes d'actions et d'algorithmes qui proposent des mécanismes supposés efficaces d'action publique. En outre, ce dernier niveau décrit et mobilise les instruments de l'action.

Au prisme de cette approche, il est possible d'interpréter les politiques de régulation comptable comme un instrument de l'action publique trouvant sa légitimité dans un cadre marchand, lui-même dicté par une politique générale reposant, depuis le début des années 80, sur le pa-

¹⁷ L'image est de J.F. Chadelat.

¹⁸ Voir le numéro spécial de la revue *Economie Appliquée* (2007) pour une argumentation plus étayée.

radigme libéral¹⁹. De fait, la régulation ne peut qu'être comptable car seul ce mode d'action est supposé efficace au regard des objectifs retenus par les schémas publics d'action. Opter pour une autre forme de régulation reviendrait à remettre en question des valeurs générales auxquelles se réfère l'action publique. Le paradigme libéral impose ainsi une valeur d'efficacité, qui se traduit par un objectif d'allocation optimale des ressources. Il faut réduire le coût des dépenses de santé qui, avec une croissance supérieure à celle du PIB, vont dans le "mauvais" sens.

Cette matrice cognitive constitue ainsi un ensemble légitime car, en regroupant l'ensemble des valeurs partagées par les acteurs de la politique publique, elle donne un sens à l'action publique. Ce mode de légitimation de l'État aurait de plus la propriété de développer des solutions considérées comme justes et équitables. Plus précisément c'est l'espace social, produit en partie par l'État au travers de ses politiques publiques, qui peut être vécu comme juste et équitable (Jobert et Muller, 1987, p.24).

Dans une approche plus dynamique, le référentiel sectoriel d'action publique se construit principalement au sein même de l'État où les valeurs sont d'abord portées par des groupes sociaux (un corps de l'État, un "clan" de hauts fonctionnaires, un syndicat, un groupe professionnel...) qui produisent des normes d'action et les diffusent au moyen de *forums* ou instances de débats. Le secteur des politiques sociales est, à cet égard, caractéristique : selon Mathiot (2002), les hauts fonctionnaires du social, même s'ils ne sont pas constitués en corps, « *se donnent à voir comme un corps subjectif* » (p.17) et « *partagent les mêmes analyses des problèmes, des solutions possibles et des méthodes permettant de mettre en œuvre ces solutions* » (p.18). Cette "communauté" des hauts fonctionnaires dispose, de plus, d'un pouvoir quasi-exclusif qui repose d'une part sur une grande longévité à leur poste²⁰, leur permettant de défendre et de proroger leur action et, d'autre part, sur le quasi-monopole d'expertise qu'ils exercent dans le domaine. Au total, « *il n'y aurait en France qu'une manière de penser et de mener à bien les politiques sociales* » (p.18).

En aval, les valeurs portées par le référentiel sectoriel se diffusent par une promotion des valeurs. Cette promotion est centralisée. Elle s'appuie sur des relais sociaux efficaces (Jobert et Muller, 1987), ou "impose" les référentiels comme des guides de comportement, des cadres

¹⁹ Au paradigme keynésien (qui s'était imposé après la seconde guerre mondiale) succède le paradigme libéral qui s'est imposé progressivement, mais inéluctablement, dans tous les pays, la France l'ayant adopté avec le "tournant de la rigueur" en 1982-1983 (Muller, 2000).

²⁰ Selon Mathiot (2002), la cohérence des politiques sociales depuis le début des années 80 repose en grande partie « *sur le fait que les acteurs administratifs sont restés en poste tout au long de la période* ».

opérationnels servant de base aux acteurs (Muller, 2000). La promotion du référentiel marchand auprès du médecin est ainsi passée par une multitude d'acteurs relais publics (CNAM, CRAM, ANAES/HAS....) et professionnels, au rang desquels se trouve le Conseil de l'Ordre²¹. De même, ces dernières années ont vu fleurir de nombreux outils de diffusion du référentiel marchand. Il en est ainsi des RMO (Références Médicales Opposables), instaurant une norme de soins, des AcBUS (Accords de Bon Usage des Soins), des campagnes d'information sur les médicaments génériques ou sur les médicaments d'automédication (Abecassis et Coutinet, 2007), ou encore du futur dossier médical informatisé, visant à sensibiliser les acteurs sur les gaspillages, etc. Tous ces outils accompagnent les professionnels du secteur vers un cadre cognitif qui renouvelle la conception d'un comportement conforme à l'éthique.

2.3 La "coloration" marchande de l'éthique

En effet, les textes de l'éthique sont radicalement incomplets : le code de déontologie médicale, par exemple, se présente comme un catalogue de l'interdit. L'interdiction concerne des pratiques très générales telles que la compétition entre médecins (articles 56 à 68) ou la publicité (79 à 82). Ne pas « considérer la médecine comme un commerce » (article 19) ou « déterminer les honoraires avec tact et mesure » (article 53) sont des préceptes trop vagues pour être directement applicables. De son côté, le Serment d'Hippocrate se présente également comme une simple liste de bons sentiments concernant l'honneur ou la probité.

L'importance de ces supports déontologiques, pour les médecins comme pour les patients, détonne par rapport à l'apparente inefficacité voire futilité de l'énonciation. La formulation, normative et négative ("il est interdit de", "il ne faut pas", etc.), ne dit pas ce qu'il convient de faire.

Le médecin, dont on a mesuré le pouvoir induit par son rôle d'expert, peut alors détourner la déontologie à son profit. Il peut user de son pouvoir discrétionnaire pour "faire la loi" ou à l'inverse "être hors la loi". Il se trouve ainsi dans la position du juge face à des "cas difficiles", telle que la décrit Dworkin (1996). Dans ces situations, il n'existe pas de règle prête à l'emploi pour résoudre les conflits et, pourtant, le juge prend une décision : il se réfère à l'ensemble des textes de loi pour interpréter la situation particulière.

²¹ Le Conseil de l'Ordre a ainsi modifié une phrase du Serment d'Hippocrate, faisant disparaître la référence à la gratuité des soins. Cette phrase passe de « *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail.* » (Serment de mai 1976) à « *Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire* ».

Le médecin, confronté à des "dilemmes éthiques" tels que ceux concernant la bioéthique ou, pour le cas qui nous concerne, à des dilemmes économiques mettant en conflit *l'homoeconomicus* avec *l'homohippocraticus*²², prend une décision (concernant le montant des honoraires en secteur 2 ou la durée de consultation par exemple) en complétant les textes lacunaires de la déontologie. Sans avoir à se présenter en législateur, le médecin parvient à rendre son jugement en mobilisant une interprétation basée sur des principes qui sont dégagés de l'ensemble du système de santé (Batifoulier et Thévenon, 2003). Plus qu'une structure rigide, prête à l'emploi, les textes de la déontologie se présentent comme une « *texture ouverte à l'interprétation, ...capable de déployer un monde ...* » (Ricoeur, 1995, p 208). C'est à ces conditions que les maximes de la profession peuvent faire sens (Gadreau, 1992) et que « *le code déontologique opère comme un sous-système à l'intérieur du domaine plus vaste de l'éthique médicale* » dont il ne donne qu'un aperçu sous forme de « *condensé d'histoire des idées morales qui s'abrège dans des formules lapidaires et parfois ambiguës* » (Ricoeur, 1996, p. 26 et 30).

La prise de décision ne s'embarrasse pas de la probabilisation de tous les états de la nature. La capacité d'interprétation du médecin est la réponse naturelle à sa rationalité limitée. On fait référence ici à une théorie de l'acteur moins rationnel mais plus réflexif. Dans ces conditions, la déontologie n'a pas le monopole de l'éthique. Celle-ci n'est pas seulement du texte, elle est aussi l'issue de l'interprétation. Cette vision élargie de l'éthique permet de la définir comme ressource de l'ensemble des acteurs du système de santé et pas seulement comme un attribut du seul médecin. Le pouvoir discrétionnaire permettant au médecin de justifier n'importe quelle décision n'est en fait que « *comme le trou dans le gruyère, (il) n'existe pas, si ce n'est dans les espaces laissés vides par les limites qui l'entourent* » (Dworkin, 1986, p.43). Or ces espaces sont en particulier ceux créés par la politique publique.

Les pouvoirs publics jouent en effet un rôle considérable dans la production de la vision du monde légitime. La diffusion d'une façon unique de juger doit beaucoup au pouvoir symbolique qui transforme les croyances en action (Lordon, 1999). L'interprétation des individus pousse dans la matrice cognitive construite par l'État. Or, le référentiel marchand d'action publique diffuse une définition particulière de la "bonne gouvernance". L'arbitraire *ex ante* du référentiel est canalisé par un arbitrage public qui lui donne autorité *ex post*. Cet arbitrage en faveur des schèmes marchands est appuyé par le pouvoir des médecins qui jouent un rôle important de médiateur dans le "régime des idées" en matière de santé. Leur statut de "locu-

²² L'opposition est présentée par Bien (2001).

teurs autorisés" leur permet non seulement d'exercer une contrainte forte sur la politique publique mais aussi de légitimer le référentiel marchand/ libéral.

Un tel référentiel "colore" l'éthique. L'activité médicale reste soumise à des exigences éthiques mais cette éthique se modifie pour rendre acceptable des comportements marchands (comme les dépassements d'honoraires). La légitimité d'un comportement médical n'est ainsi pas figée. Elle est construite par l'interaction de la politique publique avec le pouvoir médical.

4. CONCLUSION

L'analyse économique traditionnelle plaide pour un divorce entre considérations marchandes et considérations éthiques. Et le divorce est souvent conflictuel car, sur le plan de la régulation économique, la rationalité marchande s'oppose à l'éthique. Dans ce cadre, l'éthique n'a pas bonne presse et on comprend mieux que la tentation soit grande de s'en débarrasser en l'ignorant. L'analyse économique développe alors ses outils sans tenir compte (ou peu) des considérations éthiques (Batifoulier, 2004). Elle charge alors le politique de l'arbitrage (ou de la pondération) entre les différentes logiques qui sont dites opposées voire contradictoires. Elle alimente ainsi la confrontation entre blocs antagonistes et nourrit le dialogue de sourds entre la logique comptable insistant sur la responsabilité financière du médecin d'un côté et la logique médicale ne jurant que par la santé du patient.

Toutefois, l'éthique n'est pas enfermée dans les textes de la déontologie. Elle constitue la manière d'évaluer la relation médicale. Elle fournit ainsi un appui normatif reposant sur un processus d'interprétation. Les individus portent un jugement sur la relation médicale en mobilisant une conception du juste ou de l'injuste qui permet de compléter les textes et d'évaluer leur légitimité. C'est en référence à l'éthique que les médecins se coordonnent sur une définition correcte de l'activité médicale. C'est aussi en référence à l'éthique que les patients peuvent juger de la qualité des soins. Dans ces deux cas, la coordination n'est pas seulement une coordination des comportements mais elle est aussi une coordination des représentations sur ces comportements.

L'éthique se nourrit ainsi de la politique économique. Son autorité dans un état démocratique la conduit à diffuser une conception du légitime. La politique économique participe ainsi grandement à la diffusion du comportement médical acceptable. De même, en sanctionnant les comportements prohibés, elle concourt à délimiter les frontières d'une attitude éthiquement correcte. Par exemple, la création du secteur à honoraires libres, la diffusion des politi-

ques de bonus-malus, etc., requalifient le comportement du médecin et les attentes du patient. Ainsi, les conduites de "marchandisation" incorrectes hier sont acceptées aujourd'hui (Batifoulier et Ventelou, 2003). Aussi, il s'agit de souligner la construction induite d'une nouvelle définition du comportement éthiquement correct du médecin. La politique économique issue du référentiel marchand a ainsi capacité de "coloration marchande" de l'éthique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abecassis P. et Coutinet N., (2007), Le développement des médicaments d'automédication : enjeux pour les firmes, les institutions de régulation et les consommateurs, in actes des XXVIIe Journées de l'AES, septembre, Nanterre, l'Harmattan.

Arrow K.J. (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American economic review*, 53, p. 941-973.

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

Batifoulier P. (2004), L'économie contre l'éthique ? Une tentative d'analyse économique de l'éthique médicale, *Journal d'économie médicale*, XXII(4), pp. 163-176.

Batifoulier P. et M. Gadreau, (2006), Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique ? », *Journal d'économie médicale*, XXIV(5) pp. 229-239.

Batifoulier P. et O. Thévenon, (2003), L'éthique médicale est-elle soluble dans le calcul économique ?, *Economie appliquée*, LVI(2), pp. 161-186.

Batifoulier P. et B. Ventelou, (2003), L'érosion de la "part gratuite" en médecine libérale, *Revue du MAUSS*, 21, pp. 313-329.

Batifoulier, P., (1999), Éthique professionnelle et activité médicale : une analyse en termes de conventions, *Finance, Contrôle, Stratégie*, 2, pp. 5-24.

Bien F., (2001), *Essais en Économie de la Santé et Assurance*, Thèse pour le Doctorat de Sciences Economiques, Université Paris X-Nanterre.

Bloche M.G., (2001), The market for medical ethics, *Journal of health politics, policy and law*, 26(5), pp. 1099-1112.

Cordier A., (2003), *Éthique et professions de santé*, Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, mai.

Dworkin R., (1986), Le Positivisme, *Droit et société*, Dossier Ronald Dworkin, 1, pp. 31-50.

Dworkin R., (1996), *Une question de principe*, PUF.

Economie Appliquée, (2007), *Etat social et politique de santé*, numéro spécial, n°1, mars.

Esping-Andersen G., (1999), *Les trois mondes de l'Etat-providence*, Le lien social, PUF.

- Friot B., (2002), L'argent du soin, Communication aux journées nationales de la psychiatrie privée, Avignon, octobre.
- Gadreau M., (1992), Éthique professionnelle et régulation économique du marché des soins ambulatoires, Communication au colloque européen " De l'analyse économique aux politiques de santé ", Paris, Décembre.
- Hall, P.A., (1993), Policy Paradigms, Social Learning and the State – The Case of Economic Policymaking in Britain, *Comparative Politics*, 25(3), pp. 275-296.
- Hassenteufel P., (1997), *Les médecins face à l'État*, Paris, Presses de sciences politiques.
- Jaunait A. (2005), *Comment pense l'institution médicale ? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Paris, Dalloz.
- Jobert, B, et O. Muller, (1987), *L'État en action*, Paris, PUF.
- Karpik L. (1989), Le désintéressement, *Annales ESC*, 3, pp. 733-751.
- Kreps D., (1997), Intrinsic motivation and extrinsic incentives, *American Economic Review*, 87(2), pp.359-369.
- Lordon F. (1999), Vers une théorie régulationniste de la politique. Croyances économiques et pouvoir symbolique, *L'année de la régulation*, 3, pp. 169-207
- Mathiot, P., (2002), « Les acteurs administratifs dans la production des politiques publiques sociale - Pouvoir et marges de jeu d'une élite sectorielle », Communication au VIIème congrès de l'AFDP, 18-21 septembre, Lille.
- Muller P., (2000), L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique, *Revue Française de Sciences Politiques*, 50, 2, pp.189-207.
- Nyman J., (1999), The economics of moral hazard revisited, *Journal of health economics*, 18, pp. 811-824.
- Palier B., (2002), *Gouverner la sécurité sociale*, Paris, PUF.
- Palier B. et G. Bonoli, (1995), Entre Bismarck et Beveridge. Crises de la Sécurité Sociale et politiques, *Revue française de science politique*, 4, pp. 668-689.
- Ricoeur P., (1995), *Le juste*, Paris, Seuil.
- Ricoeur P., (1996), Les trois niveaux du jugement médical, *Esprit*, 12, pp.21-33.
- Robelet M., (2005), Réformes du système de santé et mobilisation éthique des médecins : un regard sociologique sur l'éthique des professions » in P.Batifoulier et M. Gadreau (Eds.), *Ethique médicale et politique de santé*, Paris, Economica, pp. 145-166.