

Retour sur l'alternative idéalisme/
réalisme en économie hétérodoxe
Le cas de la « marchandisation » de la médecine de ville

Sabine Ferrand-Nagel, ADIS, Université Paris Sud

Frédéric Pierru, CNRS - CERAPS

Séminaire Seposa, Maison des sciences économiques , 21

mars 2013

1. Positionnement théorique

Intro : pourquoi ce papier ?

- Constat de l'impossible régulation de la médecine de ville, qui rencontre celui de la loi HPST comme occasion manquée d'introduire une régulation pour la ville
- Matériau nouveau disponible : enquête de FP sur la production des politiques publiques de régulation des dépenses de santé et le processus d'élaboration de la loi HPST (2009)
- Approche néo-institutionnaliste en sciences sociales : triptyque *idées/intérêts/institutions*
 - Idées et intérêts (variables dépendantes) formatés par les institutions (les « règles du jeu » formelles et informelles du secteur) et la trajectoire historique du système de santé français (variables indépendantes) (Hall, 1989).
- Réflexion théorique : discuter la façon dont les économistes lisent les réformes
 - Pour l'essentiel, l'approche hétérodoxe en éco de la santé est celle des conventions. Approche riche, mais qui surpondère le rôle des idées (érigées en variables indépendantes), indépendamment de leur viabilité institutionnelle, politique et administrative ; rationalisation *a posteriori*, lecture téléologique des processus de réforme ? Quel réalisme ?
 - Ici, entrée par les institutions, qui formatent la construction des intérêts et les jeux politiques inhérents aux réformes. Point d'appui, les travaux de B. Amable et S. Palombarini (2005, 2012) sur le néolibéralisme et l'attention portée aux conflits sociaux et à la recherche des compromis

Quel statut pour les analyses théoriques hétérodoxes ?

Apports et limites des conventions

- Economie des conventions des années 1990 : la forme domestique–non marchande de la relation thérapeutique prévaut sur la forme marchande :
 - Intègre les représentations des agents dans l'explication de leur comportement
 - Ethique de désintéressement / légitimité et indépendance de la profession médicale / caractère tutélaire des soins médicaux
- Années 1990-2000, montée en puissance de la « convention » marchande : privatisation du financement, RAC, dérégulation...
 - Idée que le déploiement du marché serait un projet politique explicite et consensuel dans le monde des réformateurs
 - Batifoulier (RFSE 2008, 2012) : « Mutation du patient » : démocratie sanitaire a permis la reconfiguration marchande du patient ; évolution marchande construite (2 lois)
- Terrain : les réformateurs ne font pas (ou peu) référence aux théories économiques. Pas d'intention claire, pas de vision téléologique. Ce qui s'observe : des groupes sociaux aux intérêts contradictoires, dont certains visent l'extension du marché, pas tous, des segments étatiques en conflit. Donc rapports de force, historiques dans la médecine de ville française.
- Limite des conventions : néo-libéralisme en échec mais perdure
 - Vision des acteurs pas réaliste : quid des conflits Etat/AMO ? Des tensions internes à l'Etat comme au corps médical ?
 - Institutions pas figées, évoluent, mais de façon incrémentale ou graduelle

Quel statut pour les analyses théoriques hétérodoxes ?

La « convention » marchande comme sous-produit des institutions sectorielles

- Articuler conventions et institutions, mais entrée par les institutions : cela place les rapports de force au cœur de l'analyse, les conventions pas annulées
- Adopter une vision d'emblée plus macroéconomique (passage micro/macro)
- Lecture institutionnaliste du néolibéralisme : Amable, Guillaud, Palombarini, 2012 (CEPREMAP) : la logique néolibérale s'installe comme réponse possible à la crise politique, tentative de reconstruire une alliance sociale dominante
 - Bloc social dominant (BSD) / sélection par le pouvoir politique des demandes sociales à satisfaire / décomposition des alliances sociales traditionnelles (droite et gauche) dans les années 90 - recomposition des alliances / néo-libéralisation douce
- L'Etat (sens large) traversé par l'idéologie marchande : conflits internes. Rivalité administration de la santé/AMO croissante - La médecine libérale sait défendre son statut, en jouant des tensions
 - Paradoxes apparents : [PP qui laissent faire la marchandisation / rapports alarmistes sur RAC] ou [défense de la médecine libérale/développement maisons médicales]
 - Champ vide, alliance AMO/syndicats libéraux contre l'Etat : convention en creux... seule possible pour concilier les contraires ?
 - Etat = grand perdant ; d'où l'absence de régulation de la ville

2. Un constat : la dérégulation de la médecine de ville

L'empreinte des origines

- Une identité libérale opposée à l'Etat et aux assurances sociales
- La faible institutionnalisation de la représentation médicale et un répertoire d'action collective conflictuel (manifestations, boycotts) (Hassenteufel, 1997)
- La fragmentation et la concurrence de la représentation médicale comme facteur de prégnance de l'identité libérale, aggravées récemment par le phénomène des coordinations (*Ibid.*)
- Des représentants structurellement faibles
- Les rivalités historiques entre l'Etat et l'Assurance-maladie (Valat, 2001)
- → la difficulté à obtenir des accords entre protagonistes

La « crise » de la convention médicale, la norme plutôt que l'exception

- La négociation conventionnelle : une « tragi-comédie » à répétition
- L'échec des mesures de régulation de la dépense par les prix
 - Banalisation des dépassements d'honoraires avec la création du secteur 2 (chez les spécialistes) et le relâchement de la discipline conventionnelle en secteur 1
- L'échec de la régulation de la dépense par les volumes
 - Les mécanismes de type budgétaire ont échoué (cas de l'ONDAM)
- L'échec de la maîtrise de la dépense par la sélection de l'offre de soins
 - Le conventionnement perçu comme un droit
 - Pas ou peu de sanction contre les abus
 - Incapacité à assurer une meilleure répartition des médecins sur le territoire

Les évolutions récentes

- La privatisation du financement des soins courants (augmentation des RAC, dépassements d'honoraires, etc.)
- Le « médecin traitant » version libérale du médecin *gate-keeper* à la britannique
- Le refus *a priori* par les représentants syndicaux de tout aménagement substantiel des principes historiques de la médecine libérale, comme la liberté d'installation ou le paiement à l'acte
- Pire : la banalisation des pratiques de dépassement d'honoraire, même illégaux, et la remise en cause de la discipline tarifaire (secteur optionnel...)
- Les stratégies d'évitement de certains patients, situés en zones défavorisées urbaines ou rurales, des personnes âgées mises en difficulté par la baisse sensible des visites à domicile au profit des consultations en cabinet, des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME
- L'introduction à la marge de forfaits : le succès des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), le P4P, les malades chroniques, etc.

3. Une lecture néo-réaliste et néo-institutionnaliste de la « marchandisation » de la médecine de ville : « convention » ou non-décision ?

Une analyse néo-institutionnaliste du tournant « marchand » de la régulation sectorielle

- Deux « doctrines » concurrentielles élaborées à la DB dans la seconde moitié des années 1970
 - La « doctrine Choussat » : demande induite → bouclage macroéconomique du secteur (lettres clés flottantes)
 - La « doctrine Nora/Naouri » : la privatisation du petit risque
- La coordination des administrations centrales autour d'un *instrument* : « l'enveloppe globale », qui fait l'objet d'un consensus politico-administratif
 - Le rejet (provisoire) des préconisations de Nora/Naouri
 - La domination intellectuelle des budgétaires sur les sociaux (sociologie des rapports de force internes à l'administration) : la DSS « chausse les bottes de Bercy »
 - Du consensus technocratique au consensus politique
- La résistance victorieuse des syndicats de médecins libéraux
 - 1979/1980 ; fin des années 1980, enveloppes pour les professions prescrites
 - L'ONDAM, de l'enveloppe au curseur suite à la guérilla politique et juridique des ML
- La disqualification de l'instrument budgétaire au tournant des années 2000
- La redécouverte de la « doctrine Nora/Naouri », *faute de mieux* : une « convention » *par défaut* (réforme de 2004)

HPST et la défaite des réformateurs de la médecine libérale

- L'accumulation des anomalies et des critiques à l'encontre de la politique de la « régulation par la demande » : une « convention » tout sauf consensuelle et plutôt considérée comme « en crise » (désintérêt pour l'exercice libéral chez les jeunes médecins, rapports du HCAAM...)
- Des réformateurs profondément divisés
 - 2 projets : mesures coercitives (encadrement des dépassements d'honoraires, de la liberté d'installation)/régionalisation partielle de la convention *vs* mesures « incitatives » (CAPI, P4P, incitations financières)/maintien de la convention nationale
 - 2 coalitions : ministère de la Santé *vs* CNAMts et ses alliés étatiques
- L'exploitation par les syndicats de médecins libéraux de la rivalité historique Etat/CNAMts
 - Une alliance de circonstance : préserver les libertés médicales et l'autonomie du réseau de l'AM face aux prétentions du ministère de la santé et des futures ARS
- Pour le gouvernement, des raisons tactiques conjoncturelles : ne pas ouvrir un deuxième front face à la profession médicale : la régulation de la médecine de ville sacrifiée au profit de la réforme hospitalière
- La victoire politique et institutionnelle des libéraux : suspension puis annulation des mesures contraignantes et éviction de Roselyne Bachelot
- FVR reconduit dans ses fonctions malgré son opposition virulente à HPST

Un nouvel épisode révélateur : le fiasco de l'encadrement des dépassements d'honoraires

- Juillet à octobre 2012 : point de départ = l'explosion des dépassements d'honoraires « excessifs » le recul de l'accès aux soins ; partis d'annonces de la nouvelle ministre M. Touraine sur le registre « sanction contre les dépassements abusifs, mise à contribution des médecins », etc ; s'est heurté au front syndical médical, et à l'inertie des institutions.
- Début oct. 2012, les internes sont entrés dans le jeu, en particulier sur le refus de contraintes à l'installation, mais pas seulement (Libé 17 10 12 : « plafonner les dép d'honoraires nuit à la qualité des soins », E. Pot, syndicat des internes)
- Mise en accusation des AMC qui « ne jouent pas le jeu » (refus de financer les dépassements, préférence pour financer une hausse du S1)
- L'avenant n°8 épargne à peu près tous les médecins, l'accord final est contraire aux intentions initiales puisqu'il entérine les dépassements (nouveau contrat d'accès aux soins, qui contraint à pratiquer les tarifs du S1 avec + de patients, mais stabilise les dépassements au niveau de 2012... Objectif annoncé : 30% des médecins à dépassement signant ce contrat) ; surtout, les sanctions pour dépassements excessifs vont concerner très peu de monde ; tarifs secteur 1 revalorisés + cotisations sociales du S2 avec contrat d'accès aux soins prises en charge : gains évidents côté médecins, belle unanimité syndicale
- C'est la configuration institutionnelle habituelle qui a fait barrage, la CNAMts allant dans le sens des SML
- Pire, fin octobre la ministre s'est retrouvée obligée d'affirmer qu'elle ne toucherait pas à la liberté d'installation. Abandon d'un autre axe de sa politique

Quelques conclusions néo-institutionnalistes

- Pas de coordination des réformateurs *via* une « convention » qui ferait consensus
 - Fin 1980 - 2000 : accord autour d'un *instrument*, ici budgétaire qui échoue en raison de sa non-viabilité institutionnelle et politique (cf. rapport Briet, 2010)
 - 2004 : une politique *par défaut*, qui se maintient pour des raisons non pas intellectuelles (force de conviction des arguments avancés pour la défendre) mais politico-institutionnelles (disqualification de l'instrument budgétaire + alliance ambiguë entre la CNAMts et les syndicats de ML contre le ministère de la santé)
 - Malgré les nombreuses critiques dont elle est l'objet et la volonté du ministère de rompre avec elle, la politique de régulation par la demande et par les incitations est reconduite en 2009 en raison des rapports de force sectoriels, historiquement déterminés : configuration typique de la **non-décision**
- Se donner une théorie « néo-réaliste » du changement de l'action publique
 - L'analyse conventionnaliste ne permet pas de penser le changement (sauf le remplacement d'une convention par une autre selon un schéma décisionniste)
 - L'intérêt d'une grille de lecture institutionnaliste qui :
 - Permet d'expliquer la stabilité d'une orientation de politique publique - considérée en « crise » - par les rapports de force et les alliances sectoriels, dont la possibilité est surdéterminée par les institutions sectorielles
 - Permet de comprendre les changements incrémentaux sous contraintes institutionnelles fortes : dérive, empilement, conversion... et le déploiement progressif, à bas bruit, des préconisations du rapport Nora/Naouri, politiquement inconcevables (ou irréalistes) jusqu'aux années 2000 : « privatiser sans réformer » (Jacob Hacker)

4. La libéralisation : moins une convention qu'une dérive institutionnelle

Eléments de montée en généralité

De quoi l'institution est-elle le nom ?

- La critique du *biais conservateur* de la littérature néo-institutionnaliste :
 - Le modèle de l'équilibre ponctué : des points de bifurcation (*agency/contingence*) suivi de phénomènes de *path dependence* et de périodes de stase institutionnelle (*structure/déterminisme*)
 - Changements brutaux et fondamentaux versus changements mineurs et adaptatifs
 - Or il existe des changements graduels ET à la longue décisifs
- Une définition restrictive :
 - Le rejet du fonctionnalisme et de l'utilitarisme du NICR (l'institution comme instrument de coordination des *homo oeconomicus*)
 - Le rejet de la définition extensive du NIS (l'institution comme grammaires, « scripts » ou « patterns » culturels partagés par des *homo sociologicus*)
 - L'éco des conventions : un hybride du NICR (fonction coordinatrice) et du NIS (cadre cognitif et normatif dominant) ?
- Une définition politique et opératoire :
 - Une approche en termes de « **distribution du pouvoir** » : les institutions comme résultats de conflits politiques et de négociations stratégiques entre acteurs sociaux (comme reflets des asymétries de pouvoir dans une société donnée)
 - Des **règles formalisées** définissant des droits et des devoirs, des attentes réciproques...
 - ...Dont l'effectivité est garantie par **un tiers disposant d'un pouvoir de contrainte** (État ou délégataire de la force publique)

Comment le changement institutionnel graduel est-il possible ?

- L'ambiguïté inhérente à des règles issues de compromis politiques
- La rationalité limitée des producteurs des règles qui ne peuvent anticiper toutes les conséquences futures de leurs choix
- Les jeux autour de la mise en œuvre des règles (créativité des acteurs vs conception sur-socialisée de l'acteur)
- Les limites au pouvoir de contrainte
- Bref, il y a du jeu dans le cadre institutionnel (interprétation/mise en œuvre) donc la possibilité d'innovations « limitées » (*bounded innovations*) mais potentiellement cumulatives initiées par des « subversifs », des « insurgés », des « parasites », des « opportunistes »...

La libéralisation comme changement institutionnel graduel (Mahoney, Thelen, 2010)

		Caractéristiques de l'institution visée	
		Niveau faible de discrétion dans l'interprétation/mise en œuvre	Niveau élevé de discrétion dans l'interprétation/mise en œuvre
Caractéristiques du contexte politique	Pouvoir de veto fort	<p>SEDIMENTATION (layering)</p> <p>Ajout d'une nouvelle règle à une plus ancienne puis croissance différentielle des deux institutions</p> <p>Subversifs</p>	<p>DERIVE (Drift)</p> <p>Obsolescence institutionnelle délibérée par non-adaptation au changement l'environnement</p> <p>« Parasites »</p>
	Pouvoir de veto faible	<p>REMPACEMENT (displacement)</p> <p>L'institution est remplacée ou l'objet d'une défection (réactivation d'une institution plus ancienne ou importée)</p> <p>Insurgés</p>	<p>DETOURNEMENT (conversion)</p> <p>La règle est préservée mais sa mise en œuvre est détournée/infléchie dans un sens nouveau</p> <p>Opportunistes</p>

La libéralisation, une politique par la non-décision et l'abstention ?

- « Les réformes non-libérales dans une économie de marché semblent impliquer des séquences politiques au cours desquelles des gouvernements forts créent et garantissent l'effectivité de règles que les acteurs doivent suivre même s'ils ne les approuvent pas. La libéralisation, par comparaison, peut procéder en dehors de toute mobilisation politique, simplement en encourageant ou en tolérant la subversion « par en dessous » des institutions ou en laissant se déployer les intérêts et l'intelligence subversive d'acteurs cherchant à maximiser leur fonction d'utilité individuelle. En ce sens, la libéralisation au sein des économies de marché s'affronte beaucoup moins aux dilemmes de l'action collective que le projet de régulation du capitalisme, et elle peut être menée largement par défaut : en laissant des choses arriver qui se seraient produites de toute façon. » (Streeck, Thelen, 2004 : 33)

Invisibiliser l'action publique

- Les métamorphoses de la « gouvernance déléguée » (Campbell, Morgan)
 - Des acteurs non lucratifs aux acteurs lucratifs
 - Le tabou des prélèvements obligatoires
 - Le tabou des dépenses publiques
- Les avantages politiques de l'approche « private » des politiques sociales : « évitement des blâmes » et dépolitisation du rationnement (Hacker)
 - Une moindre visibilité (solvabilisation partielle du marché sur fonds publics)
 - Une plus grande complexité (rationalisation de l'offre par les AMC)
 - Une moindre traçabilité (donc moindre imputation des pbs à l'État)
 - Une plus grande ambiguïté (morcellement des pbs)
 - Une plus grande réversibilité (dispositifs ciblés politiquement plus fragiles)
- Les inconvénients socio-économiques : des inégalités accrues et une efficacité moindre

La libéralisation/marchandisation de la médecine de ville entre dérive et empilement

		Caractéristiques de l'institution visée	
		Niveau faible de discrétion dans l'interprétation/mise en œuvre	Niveau élevé de discrétion dans l'interprétation/mise en œuvre
Caractéristiques du contexte politique	<u>Configuration bloquée/ changement environnement</u>	<p>SEDIMENTATION (layering)</p> <p>Extension et « régulation » d'AMC marchandisées : CMU-C, ACS, ANI, réseaux, etc. + secteurs 1bis ou optionnel + P4P...</p> <p>Subversifs : AM/FNMF/Assureurs</p>	<p>DERIVE de l'AMO (Drift)</p> <p>Refus d'augmenter les PO, accumulation des déficits, laxisme à l'égard des dépassements d'honoraires illégaux, du relâchement de la discipline tarifaire, de l'inégale répartition territoriale des médecins : entrée en crise de la médecine de ville.</p> <p>Parasites : acteurs budgétaires, décideurs politiques, AM</p>
	<u>Pouvoir de veto faible</u>	<p>REMPACEMENT (displacement)</p> <p>Réinvestissement par les SML de la Charte de la médecine libérale</p> <p>Insurgés : SML, coordination</p>	<p>Croissance différentielle AMC/AMO ; dilution du secteur 1 ; banalisation des technologies assurantielles... : approche privative → activation des dispositions au calcul économique des patients et des professionnels (performativité et auto-réalisation)</p>

En résumé

- Configuration institutionnelle sectorielle « bloquée » (trio « infernal » SML/ministère de la santé/CNAMts)
- → **non-décision** publique délibérée
- + changement de circonstances (déséquilibres financiers de l'AMO, dépassements d'honoraires, démographie médicale déclinante, etc.)
- = **dérive** (dégradation du taux de couverture des dépenses de soins courants et déserts médicaux...)
- + **empilement** (extension et « régulation » du champ des AMC : CMU-C, ACS, ANI, réseaux de soins ; secteur optionnel, secteur 1 bis)
- = changement progressif de trajectoire de la médecine ambulatoire/règles posées en 1971 : vers des HMO à la française ?

Bibliographie indicative

- D. Béland, « Ideas and Institutional Change in Social Security: Conversion, layering and Policy Drift », *Social Science Quarterly*, vol. 88, n°1, 2007, p. 20 - 38
- J. Hacker, *The Divided Welfare State*, Cambridge University Press, 2002.
- J. Hacker, *The Great Risk Shift*, Oxford University Press, 2006.
- J. Hacker, « Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States », *American Political Science Review*, vol. 98, n°2, 2004, p. 243 - 260.
- J. Hacker, « Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Reform », *British Journal of Political Science*, n°34, 2004, p. 693 - 724.
- Ch. Howard, *The Hidden Welfare State*, Princeton University Press, 1997.
- J. Mahoney, K. Thelen (eds), *Explaining Institutional Change. Ambiguity, Agency and Power*, Cambridge University Press, 2010.
- K.J. Morgan, A.L. Campbell, *The Delegated Welfare State. Medicare, Markets and the Governance of Social Policy*, Oxford University Press, 2011.
- W. Streeck, K. Thelen (eds), *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, 2004.
- K. Thelen, « Comment les institutions évoluent : perspective de l'analyse comparative historique », *L'Année de la régulation*, n°7, 2003 - 2004, p. 13 - 43.