



HAL
open science

Systemes de sante et acces aux soins : diversite des modeles et enjeux actuels

Maryse Badel, Olivier Pujolar

► **To cite this version:**

Maryse Badel, Olivier Pujolar. Systemes de sante et acces aux soins : diversite des modeles et enjeux actuels. Bulletin de droit compare du travail et de la securite sociale, 2008, pp.105-125. halshs-01075418

HAL Id: halshs-01075418

<https://shs.hal.science/halshs-01075418v1>

Submitted on 2 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinee au depot et a la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publies ou non, emanant des etablissements d'enseignement et de recherche francais ou etrangers, des laboratoires publics ou privs.

Maryse Badel

Maître de conférences

COMPTRASEC, UMR 5114, CNRS - Université Montesquieu-Bordeaux IV

Olivier Pujolar

Maître de conférences

COMPTRASEC, UMR 5114, CNRS - Université Montesquieu-Bordeaux IV

Directeur de l'Institut du Travail de Bordeaux

Systèmes de santé et accès aux soins : diversité des modèles et enjeux actuels*

Abstract

What is today the effectiveness of the health's right? Whether the system of health takes root in the bismarckian model or draws inspiration from Beveridge, whether the professionals of health are coming under in most cases from the public sector or from the private sector, whether the beneficiary's situation is secondary to the one of the insured, consubstantial of the human being's quality or profoundly anchored in social citizenship, the question still remains, the systems of health proving to be perfectible and their borders to be continuously pushed back.

Résumé

Quelle est aujourd'hui l'effectivité du droit à la santé ? Que le système de santé s'enracine dans le modèle bismarckien ou qu'il s'inspire de Beveridge, que les professionnels de santé relèvent principalement du secteur public ou du secteur privé, que la situation de bénéficiaire soit secondaire à celle d'assuré, consubstantielle de la qualité d'être humain ou profondément ancrée dans la citoyenneté sociale, la question reste posée, les systèmes se montrant perfectibles et leurs limites devant sans cesse être repoussées.

* La présente contribution se réfère notamment aux contributions publiées dans le cadre du dossier thématique du présent *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale* (cf. William J. Sonnenstuhl, « Accès aux soins de santé aux États-Unis : fracture du système d'assurance et couverture sociale en lambeaux », p. 127 ; Christiana Lapa Wanderley Sarcedo et Tamira Maira Fioravante « Système public de santé brésilien : modèle et interrogations », p. 145 ; Evance Kalula et Emma Levy, « Accès aux soins et aux systèmes de santé en Afrique du Sud », p. 161 ; Anne-Marie Gavard, « Mutations et influences du système de santé en Nouvelle-Calédonie », p. 187 ; Yrjö Mattila, « Accès aux soins et systèmes de santé en Finlande », p. 211.

Il n'est pas besoin de souligner combien le thème de l'accès aux soins, au regard des systèmes de santé, est d'actualité quels que soient l'État, son niveau de développement et ses choix institutionnels en matière de protection sociale. En effet, que le système de santé soit éprouvé et installé de longue date, qu'il soit plus récent et encore en construction, que la couverture du risque maladie soit contributive ou non contributive, l'accès aux soins reste un défi pour la plupart des États. De même, que l'organisation des soins soit largement ouverte à la concurrence ou qu'elle y soit soustraite, que les droits reconnus aux patients soient individualisés ou dérivés, liés ou non à l'exercice d'une activité professionnelle, le droit à la santé reste souvent à la recherche de l'effectivité. Aussi, malgré des progrès indéniables réalisés durant le XX^e siècle, les temps présents sont marqués par l'incertitude et l'avenir des systèmes de santé est obscurci par la conjoncture, les difficultés économiques et les modifications incessantes dues à des trains de réforme qui se succèdent, au risque de déstabiliser l'ensemble de l'édifice.

I - Les systèmes

Les prestations sociales ne sont qu'un maillon de la chaîne de l'accès aux soins. Ce dernier suppose en effet que le système de santé soit organisé de telle sorte que la demande des patients soit satisfaite sur les plans quantitatif et qualitatif. Saisir le système de santé demande donc de dépasser le cadre de la sécurité sociale *stricto sensu* pour aborder le monde des professionnels de santé, tant du point de vue de sa structuration que de ses modalités d'intervention. En effet, si l'assurance maladie constitue le pivot du système de santé, les prestations qu'elle sert étant déterminantes pour rendre effectif l'accès aux soins, elle n'en est pas la seule composante. Le dossier montre ainsi qu'au-delà de la pluralité des modèles de couverture maladie (A), l'organisation de l'offre de soins et la régulation de la demande sont déterminantes pour garantir l'accès de tous à des soins de qualité (B).

A - La pluralité des modèles de couverture maladie

Malgré les différences qui les séparent, les dispositifs de couverture maladie se fédèrent autour de deux modèles principaux, l'un contributif, héritier des premières assurances sociales de Bismarck, l'autre non contributif, inspiré des idées de Beveridge. La référence à ces modèles qui permet une classification commode des systèmes reste pertinente même si elle doit être dépassée pour rendre compte des adaptations réalisées, de l'atténuation des traits distinctifs originels et de l'émergence d'un nouveau modèle, le modèle libéral.

1 - La pertinence des représentations en termes de modèles

Il peut sembler simpliste et dépassé de se reporter à l'opposition des modèles bismarckien et beveridgien, ceux-ci ayant été adaptés et ayant perdu leur pureté originelle, et les classifications devant aussi distinguer selon les risques couverts et les conditions d'octroi des prestations¹. Pourtant, ces références conservent leur utilité pour caractériser les systèmes de sécurité sociale et leur assurance maladie, et pour répartir les pays selon la nature des systèmes. Partant et même si leurs traits distinctifs originels se sont atténués, la représentation des systèmes de couverture sociale en termes de modèles reste pertinente. En se référant aux ressources prioritaires des régimes et aux fonctions attribuées aux acteurs, on observe ainsi deux types d'organisation, les services nationaux de santé héritiers de l'influence beveridgienne et les systèmes d'assurance maladie fidèles au modèle bismarckien.

Dans les services nationaux de santé, les soins sont dispensés par un système universel accessible à toute la population et financé par l'impôt. Tous les résidents, généralement sous condition de résidence régulière mais indépendamment d'une activité professionnelle et du paiement d'une cotisation, peuvent prétendre aux prestations et services de santé. Si le Royaume-Uni a fait figure de précurseur puisqu'il a donné naissance au premier système national de santé entre 1946 et 1948², d'autres pays

¹ J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto, R. Lafore, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 2008, n° 68 ; B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, PUF, QSJ n° 3710, 2008.

² B. Abel-Smith, « Le rapport Beveridge : ses origines et ses conséquences » et G. Perrin, « Le plan Beveridge : ses grands principes », *RISS* 1992. 5 et 45.

d'Europe comme l'Irlande, le Danemark³, la Suède⁴, la Finlande, l'Italie, l'Espagne⁵, le Portugal⁶ et la Grèce l'ont également retenu. Ces derniers pays d'Europe du Sud présentent ainsi l'originalité de la mixité car si leur Sécurité sociale est d'inspiration bismarckienne, ils ont instauré un système national de santé dispensant une couverture universelle. Des différences demeurent néanmoins selon les pays. Par exemple, alors que tous les résidents ont droit à tous les services et prestations au Royaume Uni, en Suède, en Finlande et en Italie, il existe des exceptions dans les autres pays.

Dans les systèmes d'assurance maladie, les soins de santé sont dispensés par des professionnels de santé rattachés au secteur public ou privé. Les patients avancent généralement les frais et sont remboursés par des caisses gérées par des partenaires sociaux et dotées d'une certaine autonomie. Ce remboursement est vu comme la contrepartie des cotisations préalablement versées. Les patients paient aussi généralement une partie du coût du soin, même si des exceptions existent en faveur des personnes à faibles ressources ou atteintes de pathologies particulières. En France par exemple, les bénéficiaires des prestations de l'assurance maladie ne sont pas remboursés de l'intégralité des frais de santé (ticket modérateur) et ils sont même redevables, depuis la réforme de 2003, d'une participation forfaitaire par acte médical ou paramédical et par boîte de médicament. Dans ce système, la protection est avant tout fondée sur l'emploi. Le bénéfice de la couverture, loin d'être universel, est déterminé par la qualité de cotisant, sinon de travailleur, les régimes de sécurité sociale français étant des régimes professionnels. Par extension, il est reconnu aux proches de l'assuré grâce à un mécanisme de droits dérivés. Les pays dans lesquels l'accès aux soins est ainsi organisé se sont inspirés des premières assurances sociales instaurées par Bismarck à la fin du XIX^e siècle. En Europe, il s'agit de l'Allemagne, la France, la Belgique, le Luxembourg, les Pays-Bas et de l'Autriche⁷. Les

³ C. Jorgensen, « Changements et continuités dans le système de santé », *Chr. inter. IRES* n° 91, nov. 2004, p. 92.

⁴ A. Jolivet, « Des tensions en dépit des réformes mises en place », *Chr. inter. IRES* n° 91, nov. 2004, p. 106.

⁵ A. Triclin, « La sécurité sociale en Espagne. Vers des changements majeurs », *RDSS* 1998, p. 239.

⁶ A. Dixon, E. Mossalios, « Service national de santé portugais : entre éthique et rationalité », *RJSS* vol. 53, n° 4, 2000, p. 61.

⁷ « Une approche comparative des systèmes de santé européens », *Regards CNESS*, n° 26, 2004.

régimes d'assurance maladie, qui sont en principe obligatoires⁸, ont en commun d'être contributifs et professionnels. Ils sont plus diversifiés que les systèmes nationaux de santé, mais leurs différences restent secondaires et ne remettent pas en cause leur nature profonde. Elles concernent les prestations, les types de soins pris en charge, et apparaissent même parfois entre catégories socioprofessionnelles d'un même système d'assurance maladie.

2 - L'atténuation des traits distinctifs et le dépassement des modèles

Les systèmes de santé initialement beveridgiens se sont ouverts aux idées libérales tandis que ceux qui étaient de nature bismarckienne, dans leur marche vers l'universalité, ont intégré des considérations qui leur étaient au départ étrangères.

Si les services nationaux de santé restent très majoritairement financés par l'impôt, certains d'entre eux ont cherché des ressources nouvelles dans les prélèvements assis sur les revenus professionnels et ils perçoivent désormais une fraction des cotisations sociales (britannique, irlandais). De même, les pays qui ont plus récemment opté pour un système national de santé conservent des traces de leurs origines assurancielles et ne sont pas encore intégralement fiscalisés (pays du Sud de l'Europe). Outre cette évolution, on observe que les services nationaux de santé ont introduit des mécanismes concurrentiels. Au Royaume-Uni par exemple, les prestataires de soins (médecins privés, hôpitaux, centres de soins privés...) sont mis en concurrence au sein d'un « marché interne de la santé » où les acheteurs (autorités sanitaires) achètent un panier de soins pour les patients de leur secteur⁹. On retrouve une pratique similaire en Finlande, les municipalités négociant annuellement des contrats de fournitures de soins. Aux Pays Bas¹⁰, c'est une autre figure de la concurrence qui apparaît. Si la garantie des « gros risques » de santé (handicap, hospitalisation et convalescence de longue

⁸ Les personnes disposant de revenus élevés peuvent être dispensées de s'assurer auprès des régimes publics (Allemagne, Pays-Bas).

⁹ D. Contandriopoulos, « L'expérience du marché interne dans le *National Health Service* britannique, une rétrospective critique », et M. Grignon, « La réforme du NHS en 1990 : une autre interprétation », *RFAS* 3-4/2000, p. 163 et p. 203 ; O. Joint-Lambert, F. Lefresne, « Le national health service : une institution pérenne en pleine transformation », *Chr. inter. IRES* n° 91, nov. 2004, p. 80.

¹⁰ M. Wierinck, « Plus de marché pour sauver la solidarité ? Le pari néerlandais de la réforme de l'assurance maladie », *Chr. inter. IRES* n° 91, nov. 2004, p. 65.

durée, assistance quotidienne) reste fidèle à la méthode beveridgienne, la couverture des risques ordinaires n'est gérée obligatoirement par les caisses d'assurance maladie que pour les salariés gagnant jusqu'à 33 000 euros par an¹¹, soit 64% de la population. Les autres salariés et les travailleurs indépendants doivent contracter auprès d'assureurs privés qui proposent plusieurs niveaux de protection à des tarifs différents et qui sont libres de pratiquer la sélection des risques.

Ensuite, si les systèmes de santé de nature bismarckienne restent très largement financés par des cotisations, ils ont été confrontés à des difficultés financières qui les ont conduit à recourir à des recettes fiscales (Allemagne, Autriche, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas) et à mettre en place des enveloppes budgétaires pour contrôler les dépenses¹². La France s'inscrit dans ce mouvement. Si sa sécurité sociale reste financée à 70% par des cotisations, elle perçoit diverses recettes fiscales dont une partie est affectée au financement de l'assurance maladie. Des contributions directes dues par les particuliers, les entreprises et l'industrie pharmaceutique, des contributions indirectes (taxes sur les primes d'assurance automobile, sur les tabacs, sur les activités polluantes...) et, de façon plus marginale, le budget de l'État participent ainsi au financement des dépenses d'assurance maladie. Ce mouvement de fiscalisation observé dans la plupart des pays a généralement accompagné la recherche de l'universalisation. Aussi, la condition d'activité professionnelle et de paiement de cotisation qui reste la norme est secondée par des mécanismes d'assistance destinés à permettre aux personnes dépourvues de ressources suffisantes d'avoir une couverture maladie et d'obtenir la prise en charge des soins. En France, c'est la couverture maladie universelle (CMU) qui joue ce rôle et qui est partiellement financée par le budget de l'État. Elle permet aux personnes qui n'ont pas de régime obligatoire d'avoir une couverture santé et d'être dispensées de cotiser si leurs ressources sont inférieures à un plafond. Mais, malgré la généralisation des systèmes universels d'assurance maladie et la France ne fait pas exception à la règle, il existe encore de graves inégalités d'accès aux soins. Il apparaît en effet que, dans tous les pays développés, les catégories socialement défavorisées recourent moins que les autres aux soins préventifs et curatifs.

¹¹ Montant en 2004.

¹² P. Volovitch, « Les syndicats face aux réformes de l'assurance maladie », *Chr. inter. IRES* n° 91, nov. 2004, p. 5.

Enfin et sans qu'il soit possible de se référer aux typologies traditionnelles, il est des pays dans lesquels on ne trouve aucune couverture obligatoire et universelle. Leur système est dit libéral car fondé sur le principe de la concurrence des établissements de santé et des assureurs, et sur l'assurance individuelle. Compte tenu de la propagation de ce type d'organisation (États-Unis, certains pays d'Europe centrale et orientale et d'Amérique latine), il est classique aujourd'hui de mentionner le modèle libéral. Seules les personnes qui ont besoin de soins urgents, les plus pauvres, les personnes âgées ou handicapées relèvent du soutien public pour leur santé, les autres devant recourir à l'assurance privée. Aux États-Unis plus précisément, le financement et la fourniture des soins reposent essentiellement sur le secteur privé. L'assurance publique existe, mais elle ne garantit qu'une couverture partielle et parcellaire, limitée à des populations particulières dans le cadre de deux programmes fédéraux : les pauvres relèvent du *Medicaid*, les personnes âgées de plus de 65 ans et les handicapés du *Medicare*. La plupart des américains doivent donc souscrire volontairement auprès d'un assureur privé pour avoir une couverture maladie¹³, à moins que leur emploi leur permette de bénéficier d'une assurance privée de groupe volontairement négociée par leur employeur. Ce système, discriminant et archaïque, a pour conséquence de rendre l'accès à la couverture maladie hypothétique et coûteuse, et de contribuer à l'augmentation constante du nombre des non-assurés.

B - L'organisation du système de soins

Un système de santé ne peut être cerné indépendamment de l'organisation de l'offre de soins et des moyens qu'elle mobilise, et de la façon dont la demande de soins est canalisée. C'est en effet des données concrètes telles que la structuration et la régulation de l'offre, ou encore de la gestion et du contrôle de la demande, que l'effectivité de l'accès aux soins va dépendre.

¹³ C. Sauvat, « Un système de santé en crise... bien que privatisé ! », *Chr. inter. IRES* n° 91, nov. 2004, p. 17.

1 - Structuration et régulation de l'offre de soins

L'accès aux soins est étroitement dépendant du système de soins qui peut être défini comme « l'ensemble des services, des structures et des règles ayant pour fonction de prévenir la maladie, de soigner et de réadapter les personnes »¹⁴. Tout système de soins s'appuie sur des acteurs essentiels, les personnels de santé, et sur des structures collectives d'hébergement des malades (hôpitaux, cliniques...). Selon les États et les époques, ces systèmes présentent des profils différents, soit qu'ils favorisent un service public de la santé, soit qu'ils confèrent une place privilégiée à la médecine libérale, soit encore qu'ils réalisent une partition équilibrée entre les deux. Car même dans les pays où la santé n'est pas d'abord conçue comme un marché, il existe un marché de la santé, c'est-à-dire un espace d'organisation et de distribution des soins. Les soins sont en général effectués dans deux cadres principaux : les établissements d'hospitalisation et les cabinets de médecine ambulatoire ou « de ville ».

Les établissements de santé sont généralement publics et/ou privés, et aujourd'hui, dans la plupart des pays, les deux catégories sont représentées. C'est le cas de la France, de la Finlande, des États-Unis mais aussi du Royaume-Uni où les hôpitaux, qui ont désormais un statut indépendant (*NHS trust*) leur permettant de réinvestir leurs éventuels bénéfices, sont mis en concurrence avec les établissements privés. Dans les systèmes de soins qui concilient le maintien de l'exercice libéral de la médecine avec un service public de la santé, il est fréquent que l'hôpital soit placé au cœur du système de santé. Tel est le cas de la France, même si les réformes en cours peuvent faire craindre un affaiblissement des structures hospitalières. L'hôpital public, pôle d'excellence et lieu de formation où se concentre le progrès médical et d'où partent la plupart des innovations, est avant tout un établissement de santé, c'est-à-dire un lieu de diagnostic et de soins. Les malades y sont accueillis en court, moyen et long séjour, sont dispensés de l'avance des frais, les caisses d'assurance maladie payant directement à l'établissement le prix des prestations dispensées. Ils ne sont tenus que du paiement du forfait hospitalier qui correspond au coût de l'hébergement et de la nourriture, à moins que celui-ci soit pris en charge par une assurance complémentaire. Ce mode de prise en charge est de fait très favorable à

¹⁴ M.-T. Joint-Lambert, *Politiques sociales*, Presses de Sciences Po et Dalloz, 1997, p. 498.

l'accès aux soins. Néanmoins, l'introduction de la tarification à l'activité, importée des États-Unis, risque de l'altérer. En finançant les hôpitaux selon leur volume d'activité et en associant un coût aux pathologies traitées, cette tarification peut entraîner des effets pervers et ne plus permettre de garantir l'accès à des soins de qualité. Elle peut en effet inciter les hôpitaux à abandonner les activités qu'elles estiment peu rentables, parce que leur coût réel est supérieur au tarif administrativement retenu, à se spécialiser dans celles qui sont les plus lucratives, ou encore à diminuer les durées des séjours pour accroître la rentabilité des soins.

Quant à la médecine ambulatoire, elle peut être organisée par l'État ou par la Sécurité sociale avec des médecins qui sont des salariés, ou prendre la forme d'une médecine libérale (aussi nommée médecine traditionnelle ou classique). La plupart du temps, les pays combinent ces différentes possibilités. Par exemple, aux États-Unis, les médecins sont pour les deux tiers salariés des organisations de soins qui ont été créées par les assureurs privés. De même, au Royaume-Uni où l'organisation de la couverture maladie repose sur des principes radicalement différents, les médecins sont largement des salariés car ils sont employés par le service national de santé ou par les établissements privés. Quand la médecine est libérale, son exercice repose sur les principes du libre choix du lieu d'installation par le praticien, le libre choix du praticien par le patient, la liberté de prescription et l'entente directe sur les honoraires entre le praticien et son patient. Ces principes qui bénéficient en France d'une très grande aura n'ont pas nécessairement la même vigueur dans tous les pays. En outre, selon les cas, la médecine ambulatoire a un champ plus ou moins large. Dans les systèmes nationaux de santé, la médecine de ville est le plus souvent une médecine générale chargée des soins primaires, coordonnée à des activités paramédicales (kinésithérapeutes et infirmiers) et pratiquée en groupe, dans des cabinets (Royaume-Uni) ou des centres de soins (Suède, Finlande). Dans les systèmes d'assurance en revanche, la médecine de ville est plus diversifiée et s'étend aux spécialistes (Allemagne, France, États-Unis). L'offre de soins y est ainsi plus abondante, ce qui ne garantit pas pour autant un accès aux soins plus aisé car elle est parfois inégalement répartie sur le territoire. Tel est le cas en France où les régions du Nord, qui sont aussi les plus pauvres, sont beaucoup moins pourvues en médecins que celles du Sud¹⁵. Pour pallier cela et, plus largement, pour favoriser l'égalité dans

¹⁵ Cour des comptes, Rapport 2007, p. 12.

l'accès aux soins, les autorités publiques, locales ou nationales, interviennent pour réguler l'offre. Si le cas français peut apparaître comme un contre-exemple en ce que la tentative de l'État pour réguler l'implantation de l'offre de soins a récemment échoué, de nombreuses expériences montrent que la régulation de l'offre de soins est une réalité dont les modalités sont variables. Elle peut être due à l'intervention des autorités publiques qui définissent des pratiques médicales soumises à sanction et limitent les budgets (systèmes nationaux de santé), ou résulter de la négociation entre les médecins et les caisses (Allemagne) ou du fonctionnement du marché (États-Unis).

2 - Gestion et contrôle de la demande de soins

L'offre de soins étant ce qu'elle est, l'accès aux soins est déterminé par la liberté des personnes couvertes de circuler dans le système de soins. Or, il apparaît que l'accès aux prestataires de soins peut être géré de différentes façons et être plus ou moins contrôlé¹⁶. Même si toute systématisation reste délicate, on peut observer des récurrences. Ainsi, c'est généralement dans les systèmes d'assurance maladie (sociale ou privée) que les patients ont la plus grande liberté et dans les systèmes nationaux de santé qu'ils sont les plus contrôlés. Dans les premiers, les patients disposent largement des libertés de choix du médecin, d'accès au spécialiste et à l'hôpital. Dans les seconds, un filtrage est généralement organisé pour évaluer le bien-fondé de la demande de soins. Par exemple, au Royaume-Uni, les médecins généralistes sont un point de passage obligé pour accéder au système (on parle de *gate keeping*) et en Suède, la consultation de généralistes ou d'infirmières exerçant dans les centres de santé est un préalable indispensable à la consultation d'un spécialiste à l'hôpital. Ces contrôles préalables présentent l'inconvénient d'allonger les délais de traitement des demandes et de différer l'accès aux soins, les patients étant inscrits sur des listes d'attente et devant attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois avant d'obtenir une consultation spécialisée.

Pour autant, contrôle des dépenses de santé oblige, même les systèmes les plus libéraux recourent à diverses méthodes pour canaliser les demandes de patients et contenir leurs comportements consuméristes. Il s'agit en somme de mieux surveiller la circulation des patients au sein du système, d'éviter

¹⁶ A.-L. Le Faou, *Les systèmes de santé en question*, éd. Ellipses, 2003 ; B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, *op. cit.*

des dépenses inutiles, mais aussi d'améliorer le suivi du patient et la coordination des soins, afin de favoriser en principe l'accès à des soins de qualité. En France par exemple, la réforme de l'assurance maladie de 2004 a mis en place des filières de soins et un parcours de soins coordonné qui imposent à toute personne de plus de 16 ans de choisir un « médecin traitant », ce dernier devant être en principe consulté prioritairement au spécialiste¹⁷. Le fait pour le patient de passer outre cette obligation ne lui ferme pas la porte du spécialiste, mais expose à un moindre remboursement de ses frais de santé. De même en Allemagne, on cherche à faire jouer au médecin généraliste, « médecin de famille » ou « médecin référent », un rôle central en lui demandant d'examiner le patient avant toute consultation et de communiquer son dossier médical aux autres praticiens. À l'inverse, les systèmes nationaux de santé ménagent aux personnes couvertes un espace de liberté, même s'il peut sembler assez mince. Au Royaume-Uni notamment, si l'accès au spécialiste est restreint par l'obligation de s'inscrire sur une liste d'attente, les personnes choisissent leur médecin généraliste à l'intérieur de la circonscription administrative dont elles relèvent, puis indiquent à l'autorité administrative auprès de quel médecin elles souhaitent être enregistrées.

Les praticiens ainsi sollicités sont diversement rémunérés. À côté du salariat, il existe différents modes de rémunération qui varient selon les pays, et parfois même, à l'intérieur d'un même pays. En principe, lorsque la médecine est exercée sous forme libérale, le paiement du praticien se fait à l'acte. En France par exemple, le patient paie au professionnel de santé la prestation dont il a bénéficié, son prix étant déterminé à partir du tarif négocié collectivement par les représentants des professionnels de santé avec les Caisses nationales d'assurance maladie. Il est ensuite remboursé sur la base de ce tarif, la solvabilité de sa demande étant ainsi garantie par l'assurance maladie. Le paiement par un tiers (caisse d'assurance maladie) n'intervient qu'exceptionnellement et de façon dérogatoire, en considération des ressources de l'intéressé, de la nature de la pathologie ou de la nature du soin. D'autres pays, de plus en plus nombreux (Pays-Bas, Italie, Danemark, Allemagne, Royaume-Uni...), ont choisi la rémunération des médecins par capitation. Au lieu de se fonder sur une comptabilisation des actes, la capitation se réfère à la notion de malade potentiel. Les personnes couvertes peuvent choisir leur praticien pour une période déterminée, en s'inscrivant

¹⁷ M. Badel, « Liberté et système de santé », *RDSS* 2005, p. 951.

sur une liste, et c'est le nombre de malades potentiels dont le praticien aura la charge qui sert de base à sa rémunération. Le montant de la capitation est donc un forfait qui représente un volume d'activité. Il est fixé par les caisses ou les assureurs privés, négocié par les professionnels de santé ou leurs représentants. Enfin, les professionnels de santé peuvent être rémunérés au moyen d'un forfait fixé par cas ou par pathologie. Si le mode de rémunération du soignant ne conditionne pas exclusivement l'effectivité de l'accès aux soins, on comprend aisément qu'elle exerce sur elle une influence majeure. En effet, dans les systèmes nationaux de santé où la consultation est gratuite, le prix du soin n'est pas dissuasif. Au contraire, la perspective d'avancer des frais de santé comme celle d'être exposé à un coût qui ne serait que très partiellement compensé par le remboursement constituent des obstacles importants à l'accès aux soins. Les législateurs ne s'y sont du reste pas trompés car dans les systèmes d'assurance maladie, les tarifs des actes médicaux et paramédicaux et les conditions de remboursement sont utilisés comme des leviers pour canaliser l'accès aux soins.

II - Les personnes

Analyser la question de l'accès aux soins implique à l'évidence de porter le regard sur les modèles de couverture maladie et sur l'organisation des systèmes de santé. Pour autant, le tour d'horizon ne serait pas complet si l'on ne portait pas également une attention toute particulière aux personnes. Certes, l'analyse et la présentation des systèmes de santé viennent de montrer que certaines personnes ont un rôle prépondérant au centre même de l'organisation et du fonctionnement de ces derniers : les praticiens de santé. Cependant, il est indispensable de s'arrêter sur un autre type de personnes : les bénéficiaires des systèmes de santé dont l'accès aux soins est questionné dans ce numéro du *Bulletin*.

À quelques exceptions près¹⁸, rares sont les études qui réservent une place significative aux personnes dont l'accès aux soins est en cause. Pourtant, cet angle d'analyse permet de mettre en évidence de nombreux points. Parmi

¹⁸ Cf. récemment, L.-E. Camaji, *La personne dans la protection sociale, Recherche sur la nature des droits des bénéficiaires de prestations sociales*, Nouvelle Bibliothèque de Thèses, Dalloz, 2008.

beaucoup d'autres, dont certains sont évoqués par les différentes contributions à ce *Bulletin*, citons par exemple : le fondement de l'accès aux soins, l'effectivité de l'accès aux soins, les inégalités ou disparités dans l'accès aux soins...

Les analyses consacrées aux personnes dont l'accès aux soins est questionné s'organisent souvent en référence aux deux modèles principaux de couverture maladie qui ont été évoqués précédemment : le modèle bismarckien et le modèle beveridgien. Plus spécifiquement, il s'agit souvent de déterminer si les systèmes ont choisi d'organiser l'accès aux soins sur la base de droits attachés aux travailleurs ou aux citoyens, sur la base d'une référence professionnelle ou citoyenne. Mais, en réalité, et les différentes contributions à ce *Bulletin* en sont une illustration, la question du fondement personnel de l'accès aux soins implique des nuances plus importantes. Il apparaît rapidement et très clairement qu'il n'est pas possible de se cantonner à une seule référence professionnelle si l'on veut rendre compte des différentes expériences nationales (A). Cependant, les références à la citoyenneté ou à l'universalité rencontrent également de sérieuses limites (B).

A - D'une référence professionnelle à l'autre

La référence professionnelle est l'une des caractéristiques essentielles des systèmes d'inspiration bismarckienne. En 1945, la France a par exemple fait le choix de développer un système de sécurité sociale en grande partie réservé, ou à tout le moins organisé en référence aux travailleurs salariés. Les textes adoptés vont retenir comme pierre angulaire la notion de travailleur salarié et les droits à la protection sociale vont être très étroitement liés au travail¹⁹. Au sein de l'Union européenne, l'inspiration est sensiblement la même en Allemagne, aux Pays-Bas ou encore en Autriche.

Pourtant, parmi les systèmes de prise en charge de la maladie à référence professionnelle, il est indispensable d'opérer une distinction entre les systèmes à base strictement professionnelle (tel que l'exemple des États-

¹⁹ Voir notamment B. Palier, *Gouverner la sécurité sociale*, coll. Le Lien Social, PUF 2002, sp. p. 75.

Unis²⁰) et des systèmes dans lesquels la référence à l'activité professionnelle constitue surtout un critère de prise en charge par une assurance maladie générale (tel que l'exemple français). Les systèmes à base strictement professionnelle se distinguent des systèmes généraux d'assurance maladie en ce qu'ils offrent une couverture fortement différenciée aux personnes selon l'activité qu'elles exercent, selon l'entreprise ou la branche²¹. Ainsi, comme l'illustre l'exemple des États-Unis²², une assurance médicale en grande partie gérée de manière fragmentée par des dispositifs de branche ou d'entreprise connaît d'importantes différences avec un système tel que le système français essentiellement géré au niveau national.

Indéniablement, la référence professionnelle peut conduire à une segmentation de l'accès aux soins, à des modalités d'accès aux soins à plusieurs vitesses.

Par exemple, dans les systèmes à référence strictement professionnelle, les différences de taille des entreprises ont généralement des conséquences importantes sur l'étendue de la couverture maladie. Au surplus, comme le souligne la contribution de W. J. Sonnenstuhl, « même lorsque les employeurs offrent une assurance maladie, bon nombre des travailleurs à faible salaire et des « presque pauvres » ne sont pas en mesure de payer les primes et décident de ne pas adhérer »²³.

Dans les systèmes où la référence professionnelle est envisagée comme un critère de bénéfice d'une assurance maladie générale, l'exercice d'une activité salariée va, la plupart du temps, permettre au travailleur de bénéficier d'une couverture maladie de base. Mais, la question de la couverture maladie complémentaire reste entière alors qu'elle se révèle de plus en plus souvent indispensable pour permettre un niveau d'accès aux soins satisfaisant. Or, cette couverture complémentaire n'est que rarement supportée financièrement par les petites entreprises ou n'est pas facilement

²⁰ Voir notamment C. Sauviat, « La crise chronique du système de santé américain », *La Revue de l'IREs*, n° 46, 2004/3, pp. 3-45.

²¹ P. Volovitch, « Égalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance maladie ? », *La Revue de l'IREs*, n° 30, 1999/2, pp. 149-176, sp. p. 153.

²² Voir la contribution de W. J. Sonnenstuhl, *infra* ; également, L. apRoberts, « La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée », *La Revue de l'IREs*, n° 30, 1999/2, pp. 93-120, sp. p. 109.

²³ W. J. Sonnenstuhl, *op. cit.*

accessible aux salariés ayant les revenus les moins importants. Des sous-distinctions peuvent marquer également des systèmes gérés au niveau national en fonction des catégories d'appartenance : par exemple, entre cadres et non-cadres. De nombreuses variantes apparaissent alors : bénéfice de certaines garanties réservées aux seuls cadres, ou garanties ouvertes à tous les salariés d'une entreprise mais avec des prestations plus élevées pour les cadres... Dans le cas très spécifique de la France, des distinctions ont également pu exister (cependant très estompées aujourd'hui en couverture maladie) en fonction du régime professionnel de rattachement (telles que la diversité des régimes spéciaux et le maintien de distinctions entre régime général et autres régimes).

Historiquement, la mise en place de systèmes de protection sociale centrés sur la référence professionnelle a souvent eu pour objectif majeur de dépasser le mécanisme de l'assistance. De récentes expériences d'abandon ou de relâchement de la référence professionnelle montrent que l'accès aux soins est alors remis en cause ou est à tout le moins affecté. L'abandon de la solidarité professionnelle ou sa réduction (spécialement par le recul des prestations versées par les régimes obligatoires) a souvent pour conséquence de limiter l'accès aux soins à deux voies : l'assurance privée volontaire (qui nécessite un revenu disponible suffisant) ou l'assistance (par définition réservée aux plus démunis)²⁴. Parmi d'autres, est notamment souvent posée la question de l'accès aux soins des « classes moyennes ». On assiste alors à un brouillage croissant de la césure entre assistance et assurance²⁵.

Il convient cependant de nuancer cette dernière remarque à travers deux observations.

En premier lieu, historiquement et dans de nombreux pays, des liens fréquents existent entre référence professionnelle et référence familiale. Techniquement, ces liens passent souvent par le recours aux notions d'ayant et d'ouvrant droit. D'aucuns ont d'ailleurs pu souligner la place considérable des ayants droit (spécialement les enfants ou le conjoint inactif) en matière

²⁴ En ce sens, voir notamment C. Daniel et C. Tuchsirer, « Assurance, assistance, solidarité ; quels fondements pour la protection sociale des salariés ? », *La Revue de l'IREC*, n° 30, 1999/2, pp. 5-31, sp. p. 18.

²⁵ À cet égard, cf. notamment L.-E. Camaji, *La personne dans la protection sociale, Recherche sur la nature des droits des bénéficiaires de prestations sociales*, op. cit., sp. n° 5.

de couverture maladie²⁶, ce qui peut entraîner quelques difficultés à l'heure où la question de l'individualisation des droits est de plus en plus souvent posée du fait notamment de la remise en cause des modèles familiaux traditionnels. Or, la couverture des ayants droit constitue déjà assurément, et depuis longtemps, un élément fort de brouillage de la césure entre assistance et assurance.

En second lieu, on peut se demander si les systèmes qui se sont construits sur une importante référence professionnelle ne connaissent pas, un peu partout dans le monde, une forme de retour en arrière. L'on sait qu'en France, en 1945, logiques assurantielle et assistancielle n'étaient pas si opposées qu'on le dit souvent : en réalité, il existait une certaine coïncidence sociologique entre le groupe des indigents et le groupe des salariés²⁷. Postérieurement, la dissociation de ces groupes s'est accentuée. La référence de plus en plus fréquente aux « travailleurs pauvres » invite cependant à s'interroger de nouveau. Par exemple, la contribution de W. J. Sonnenstuhl relative à la situation des États-Unis insiste à plusieurs reprises sur le fait que les personnes non assurées sont souvent des travailleurs à faible revenu.

En conclusion, à propos des systèmes de santé reposant sur une référence professionnelle, de quelque type qu'elle soit, on peut remarquer que la plupart des systèmes à logique bismarckienne ont connu des mouvements d'extension pour qu'une couverture soit apportée aux populations dites interstitielles c'est-à-dire ne répondant pas ou plus au critère de l'activité professionnelle. Cependant, ces évolutions n'ont pas souvent remis en cause le socle principal du fondement professionnel de la couverture. Dans de nombreux pays, tels que la France, le modèle bismarckien demeure le référentiel principal, même si les difficultés de couverture de certaines personnes font l'objet de dispositifs de solution qui puisent souvent dans le modèle beveridgien. Pourtant, les évolutions que connaissent les formes et les rythmes du travail imposent indéniablement de poser la question de l'adéquation et de l'actualité de ce fondement professionnel²⁸. Si elle veut

²⁶ Cf. notamment P. Volovitch, *Egalité devant les soins, égalité devant la santé : quel rôle pour l'assurance maladie ?*, *op. cit.*, sp. p. 152.

²⁷ Sur cet aspect, voir notamment J.-J. Dupeyroux, « L'évolution des systèmes et la théorie générale de la sécurité sociale », *Dr. Soc.* 1966, pp. 110 et s.

²⁸ À ce sujet, voir tout particulièrement J. Freyssinet, « Travail en miettes : quelles logiques de protection sociale ? », *Encyclopédie Protection sociale, Quelle refondation ?*, *Economica / Liaisons*, 2000, pp. 233-239.

perdurer, la référence professionnelle doit s'adapter, notamment en intégrant plus efficacement les phases de discontinuités professionnelles (chômage, maladie, formation professionnelle...).

La rénovation de la référence professionnelle s'impose d'autant que les différentes expériences nationales montrent que les solutions ne résident pas forcément dans les seules références à l'universalité ou à la citoyenneté sociale qui connaissent également des limites.

B - Les limites d'une référence à l'universalité ou à la citoyenneté sociale

Que la référence soit professionnelle ou familiale, elle renvoie dans les deux cas à l'appartenance de la personne à un groupe assez clairement déterminé ou facilement déterminable. Le raisonnement n'est pas exactement identique quand il est fait référence à la citoyenneté sociale pour déterminer le champ des bénéficiaires de l'accès aux soins. L'accès aux soins est alors fréquemment soumis à la résidence sur le territoire, il est en grande partie la traduction de la reconnaissance d'un droit à l'accès aux soins pour chaque individu, sans référence à l'appartenance à un groupe particulier. L'exemple historique est celui du *National Health Service* britannique. Cependant, des systèmes de santé à caractère universel ont également été développés dans plusieurs pays scandinaves ou encore dans certains pays d'Europe méditerranéenne.

Dans les systèmes de santé au sein desquels la référence à la citoyenneté sociale ou à l'universalité prédomine, un certain paradoxe apparaît cependant souvent en l'absence d'un rattachement du bénéficiaire de l'accès aux soins à un groupe déterminé : l'accès aux soins est clairement affirmé comme un véritable droit attaché à chaque personne, mais ses modalités de concrétisation sont beaucoup plus imprécises. Plusieurs contributions à ce numéro du *Bulletin* mettent en avant cet aspect, mais la contribution relative à la Finlande est certainement la plus significative à cet égard²⁹. En Finlande, « tout le monde a le droit de bénéficier des services de santé, que l'on soit en mesure de les payer ou non et quel que soit son lieu de résidence (...). Cependant, dans la législation médicale plus concrète, l'accès aux soins n'est pas très clairement défini ». En ce qui concerne l'accès concret aux soins, la contribution finlandaise insiste ainsi tout particulièrement sur l'importance

²⁹ Y. Mattila, « Accès aux soins et systèmes de santé en Finlande », *infra*.

du pouvoir de décision des médecins chefs ou des chefs d'établissement dans les institutions médicales, mais également sur l'absence de législation précise sur la façon dont les soins doivent être fournis dans les centres de santé.

De même, l'accès aux soins n'étant pas déterminé par l'appartenance à un groupe déterminé (professionnel par exemple), les systèmes privilégiant la référence à la citoyenneté sociale ou à l'universalité sont conduits à chercher des fondements distincts du travail retenu dans les systèmes d'inspiration plus bismarckienne. Quel type de citoyenneté retenir ?

La question de l'accès aux soins des personnes de nationalité étrangère a été envisagée par le développement du concept de citoyenneté sociale. « Dans un système de protection sociale où les droits sociaux sont liés à la citoyenneté, l'accès aux prestations est fondé soit sur le besoin ou bien sur la simple résidence »³⁰.

Cette question fait également l'objet d'un lien très étroit avec le concept de droits fondamentaux. La plupart des États concernés multiplient les références à des instruments juridiques internationaux (Déclaration universelle des droits de l'homme, Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales...) ou font reposer leur système de santé sur des fondements constitutionnels forts. La contribution d'E. Kalula et E. Levy relative à l'Afrique du Sud³¹ illustre à sa façon cette logique. Avec la fin de l'Apartheid, la sortie d'un système médical organisé différemment d'une race à l'autre est passée par l'affirmation d'un véritable « impératif constitutionnel » accordant à tous le droit d'accès aux services de santé et à la sécurité sociale. En dehors du contexte spécifique de sortie d'une politique d'Apartheid, l'exemple brésilien, présenté dans la contribution de C. Lapa Wanderley Sacerdo et de T. Maira Fioravante³², est également symptomatique d'une approche fortement marquée par l'affirmation solennelle et la présentation de la santé comme un droit de tous et un devoir de l'État.

³⁰ B. Palier, *Gouverner la sécurité sociale*, coll. Le Lien Social, PUF. 2002, spéc. p. 75.

³¹ E. Kalula et E. Levy, « Accès aux soins et aux systèmes de santé en Afrique du Sud », *infra*.

³² C. Lapa Wanderley Sacerdo et T. Maira Fioravante, « Système public de santé brésilien : modèle et interrogations », *infra*.

La référence à la citoyenneté sociale ou à l'universalité en lieu et place de la référence professionnelle n'est pas sans soulever quelques interrogations pour lesquelles des éléments de réponse peuvent être trouvés dans les contributions à ce *Bulletin* relatant des expériences étrangères. Il apparaît souvent que la référence à la citoyenneté sociale ne débouche pas sur une véritable universalisation des droits sociaux, mais qu'elle conduit plutôt au développement de prestations résiduelles permettant de pallier les situations les plus critiques. Certes, le sort de nombreuses personnes peut s'en trouver amélioré mais du fait de leurs caractéristiques institutionnelles, ces prestations renvoient souvent « à des logiques qui, elles, ne sont pas toujours porteuses de progrès social »³³ : ce dernier cède en réalité souvent la place à des logiques de ciblage et d'efficacité budgétaire.

En effet, les systèmes de santé à référence universelle sont souvent marqués par la nécessité financière de limitation des prestations. À nouveau, et parmi d'autres, l'exemple sud-africain est significatif : l'affirmation d'un droit d'accès aux services de santé pour tous est immédiatement assortie d'une réserve relative aux ressources financières de l'État³⁴. Une nouvelle référence à l'exemple brésilien peut également être faite : la politique publique de santé possédant comme principale directive l'inclusion de tous les citoyens, les besoins tendent à croître très fortement. Pourtant, « il n'y a pas toujours un intérêt politique au transfert de ces fonds » d'où, même si le modèle est universel, l'assimilation fréquente dans la pratique du système public de santé à un produit de consommation des classes sociales économiquement défavorisées³⁵.

La question n'est alors pas loin de la polarisation sur des publics spécifiques. D'aucuns ont ainsi pu s'interroger sur la pertinence d'une concentration de la protection sociale sur les plus démunis³⁶. La question

³³ B. Palier, *Gouverner la sécurité sociale, op. cit.* p. 402.

³⁴ Voir *infra*, la contribution d'E. Kalula et E. Levy, « Accès aux soins et aux systèmes de santé en Afrique du Sud », spécifiquement la référence et les développements relatifs au droit à l'accès aux soins médicaux « compte tenu des ressources disponibles ».

³⁵ Cf. C. Lapa Wanderley Sacerdo et T. Maira Fioravante, « Système public de santé brésilien : modèle et interrogations », *infra*.

³⁶ R. Hugounenq et H. Sterdyniak, « Faut-il concentrer la protection sociale sur les plus démunis », *Encyclopédie Protection sociale, Quelle refondation ?*, Economica / Liaisons, 2000, pp. 1223-1231.

mérite d'être abordée : elle est de plus en plus souvent posée notamment car elle fait l'objet d'une alliance, qu'il est permis de considérer comme contre nature, entre certains dont l'objectif est d'améliorer la situation des plus pauvres et de réduire les inégalités et d'autres qui veulent diminuer le poids des prélèvements et dégager des marges pour le marché de l'assurance privée. Les résultats observés suite à des « recentrages » de la protection sociale sur les populations les plus pauvres (certaines contributions présentes dans ce numéro en attestent) marquent souvent une dégradation de la situation des classes les plus populaires et des classes moyennes³⁷.

Il semble cependant qu'en réalité, référence professionnelle et référence à la citoyenneté sociale ne soient pas toujours exclusives l'une de l'autre. La plupart du temps, elles ne s'excluent pas mais coexistent. Dans de nombreux pays (la France en est un exemple assez significatif), la référence à la citoyenneté sociale est actionnée pour pallier les insuffisances d'un accès aux soins entièrement fondé sur la référence professionnelle. L'instauration de la couverture maladie universelle, et spécialement pour son régime de base, en est l'illustration, qui ne concerne que les personnes ne bénéficiant pas d'une couverture maladie de base obligatoire, c'est-à-dire pour l'essentiel d'origine professionnelle. La CMU ne supprime pas les régimes existants, elle s'ajoute au dispositif existant d'assujettissement fondé sur l'exercice d'une activité professionnelle et ne s'y substitue pas³⁸.

Dans le même ordre d'idées, il apparaît que les systèmes connaissent des problématiques assez voisines. Ainsi, si l'on a pu souligner que les systèmes de santé privilégiant les références professionnelles connaissent souvent des situations d'inégalité dans l'accès aux soins en fonction de l'appartenance à tel ou tel groupe professionnel, les systèmes marqués par l'universalité ou la référence à la citoyenneté sociale sont également confrontés à la question de l'égalité d'accès aux soins. Le constat est particulièrement net dans les contributions qui font référence à des systèmes de santé connaissant une importante décentralisation. La contribution finlandaise souligne par exemple que « l'organisation de façon très individuelle des soins de santé

³⁷ R. Hugounenq et H. Sterdyniak, *op. cit.* : « ce serait une source de tensions entre les plus pauvres (couverts gratuitement) et les travailleurs de revenus légèrement supérieurs (qui devraient payer lourdement) ».

³⁸ J.-J. Dupeyroux, M. Borgetto et R. Lafore, *Droit de la sécurité sociale*, Dalloz, 16^{ème} éd., 2008, sp. p. 452.

par les municipalités avait pour conséquence ces dernières années, de menacer les droits fondamentaux à l'égalité entre citoyens »³⁹.

La question de l'utilisation de la notion de droit subjectif comme fondement de l'accès aux soins est loin d'être résolue. Dans de nombreux systèmes de santé, la question de l'accès aux soins a été traitée par des voies différentes de celles qu'offraient les techniques classiques du contrat ou de la responsabilité. Le choix est particulièrement net en France : dès ses débuts, le droit de la protection sociale y a rejeté de manière assez catégorique ces deux instruments. D'aucuns ont pu souligner que ce choix a eu pour conséquence d'ôter à la personne protégée la maîtrise du dispositif protecteur et de la faire considérer comme un « bénéficiaire »⁴⁰.

Cependant, l'accentuation de l'approche individuelle, de la référence aux droits de la personne dans les conditions d'accès aux soins conduit manifestement souvent à un mouvement de contractualisation et de responsabilisation de l'accès aux soins. Sans reprendre en détails des éléments déjà évoqués plus haut, il suffit d'évoquer ici le cas français. Depuis quelques années, les modalités de « sensibilisation de l'utilisateur du système de santé à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé »⁴¹ y sont de plus en plus diverses (parcours de soins, choix d'un médecin traitant...).

Sensibilisation, responsabilisation, contractualisation, incitation deviennent les maîtres-mots de nombreux systèmes de santé dans le monde et influent donc sur l'accès aux soins.

³⁹ Y. Mattila, « Accès aux soins et systèmes de santé en Finlande », *infra*.

⁴⁰ Voir L.-E. Camaji, *La personne dans la protection sociale*, *op. cit.*, n° 13. Voir également, O. Pujolar, *Le contrat en droit de la sécurité sociale*, thèse Droit, Bordeaux IV, 2002.

⁴¹ L'expression est empruntée à L.-E. Camaji, déjà citée.