

La maîtrise des dépenses de santé

1. Faut-il maîtriser les dépenses de santé ?

On a vu que la santé faisait partie des *biens dits « supérieurs »*, ce qui signifie que les dépenses de santé augmentent plus vite que le revenu. En conséquence, elles absorbent avec le temps une part croissante de ce revenu. Si les dépenses de soins relevaient entièrement de la prévoyance libre, volontaire, on pourrait estimer que c'est aux consommateurs de faire leurs arbitrages budgétaires librement... (comme ils décident de la part de leur budget qu'ils vont consacrer par exemple, aux loisirs) sans que les pouvoirs publics aient à intervenir). Cependant, la santé n'est pas un « bien » comme les autres : c'est en effet quelque chose de vital, qui met en jeu la vie et la mort : les dépenses de santé sont donc souvent contraintes (on n'a pas le choix). D'autre part, dans les pays, comme les USA, où le coût de la santé est régulé pour l'essentiel par le marché, on observe de graves inégalités d'accès aux soins, qui engendrent, *in fine*, un coût non négligeable pour les individus ET la collectivité... La question de la maîtrise des dépenses n'y est donc pas absente (les entreprises, comme les assureurs, font pression sur les professions médicales pour limiter le coût des prises en charge et certains citoyens réclament une intervention publique).

Dans les pays, comme la France, où l'essentiel des dépenses est financé par des mécanismes publics et des prélèvements obligatoires, la question se pose d'abord au niveau collectif : l'Etat, les citoyens, doivent arbitrer pour décider quelle part ils veulent allouer à ce type de dépenses dans le budget de la Nation. Car, comme un ménage, le pays doit faire des arbitrages entre ses différents besoins (éducation, défense, etc.). On parle là des dépenses remboursées par la Sécurité sociale. Mais la question se pose aussi pour la part qui reste à la charge des ménages. Si celle-ci est trop importante, cela risque de fragiliser le budget des plus fragiles...

La question n'est donc pas tant de savoir si l'on doit maîtriser les dépenses de santé, que de trouver comment s'y prendre...

- La santé n'étant pas un besoin comme les autres (enjeu vital) ; on comprend que l'on ne peut pas décider d'en réduire le budget aussi facilement que les loisirs...
- On a vu aussi, sa contribution au bien-être collectif... Réduire par trop les dépenses pourrait affecter l'état de santé de la population, ou l'efficacité du secteur sanitaire, ce qui aurait des répercussions sur la main d'œuvre, la démographie, etc. (→ pour des analyses détaillées sur le rôle de la santé dans la croissance, voir les développements de *l'économie de la santé*, discipline académique, branche des sciences économiques. Quelques études sont disponibles sur la page Moodle du cours).
- Se posent également des considérations d'équité : les plus modestes, qui sont les premières victimes de l'absence de maîtrise, risquent également d'être victimes d'une politique de maîtrise mal conçue ou mal menée (nous verrons cela plus loin).
- Enfin, élément tout à fait fondamental : les dépenses de santé procurent leurs revenus aux professions de santé (et plus largement à tous ceux qui travaillent dans le secteur de la santé, comme l'industrie pharmaceutique, par exemple.). Quelle que soit la méthode choisie, une diminution des dépenses signifie, si rien n'est fait pour compenser, une diminution des revenus des producteurs de soins. On comprend que ceux-ci s'y opposent... ! (nous verrons cela plus loin également).
- Ces considérations montrent à la fois la nécessité et la difficulté qu'il y a à maîtriser les dépenses de santé

2. Comment maîtriser les dépenses ? Efficacité et équité

Il existe trois possibilités, en fait :

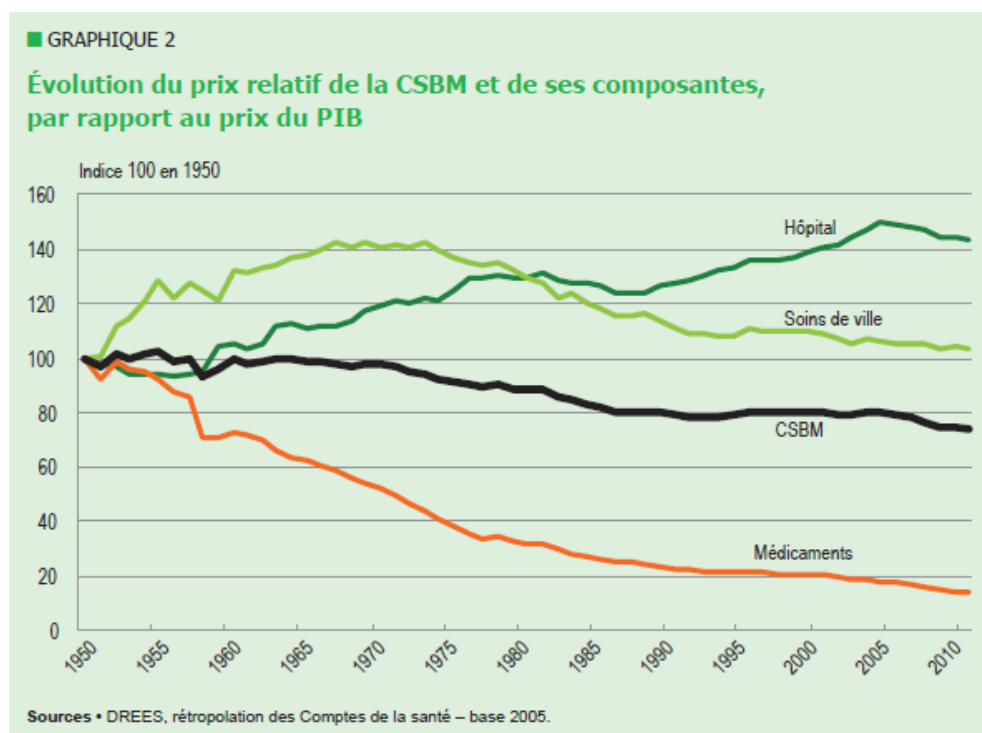
- Agir sur les prix
- Agir sur la consommation
- Agir sur le taux de prise en charge (par la Sécurité sociale).

En effet, la dépense totale pour la Sécu. est égale au produit de ces trois facteurs. Si l'on prend l'exemple de la consultation médicale : prix de la consultation X nombre de consultations X taux de prise en charge = dépenses totales.

Agir sur les prix consiste à obtenir que les soins et les médicaments soient délivrés pour moins cher. C'est donc s'attaquer frontalement au revenu des producteurs de soins (cf. supra). Dans ces conditions, oppositions et résistances sont fortes :

- Les médecins s'opposent au gel des tarifs de la consultation (par exemple) et cherchent à obtenir sa hausse à intervalle régulier (elle est passée récemment de 23€ à 25€) ;
- Les salaires hospitaliers n'augmentent pas ou peu, les recrutements sont gelés... ce qui crée des mouvements de mécontentement (grèves) ;
- L'industrie pharmaceutique se plaint de ne pas bénéficier de prix rémunérateurs et menace de délocaliser...

Dans ces conditions, on comprend que les pays à système national de santé (du type NHS britannique), où les professionnels de santé sont des salariés de l'Etat, pour la majorité, obtiennent plus facilement des résultats dans ce domaine que ceux où domine une assurance maladie à médecine « libérale », avec des producteurs de soins indépendants... (comme la France). Ce qui n'empêche pas la politique des prix d'y être menée avec une plus ou moins grande constance depuis les années 70, comme le montre le graphique suivant, déjà présenté :



On a vu, en effet, que la baisse relative du prix des soins de ville depuis les années 70 et de l'hôpital depuis les années 2000 s'expliquait en grande partie par les efforts des pouvoirs publics pour contenir les coûts et tarifs dans ce secteur...

Au-delà des résistances des professionnels de santé, cette politique comporte cependant de graves inconvénients :

→ en cas de pression trop forte, risque de dégradation de la qualité des soins (découragement des médecins, asphyxie des hôpitaux par manque de moyens, impossibilité pour l'industrie pharmaceutique d'innover...). Les professionnels ne manquent pas d'invoquer ce risque auprès des assurés qui prennent souvent partie pour eux contre le gouvernement dans les périodes de conflit...

→ La baisse des prix peut aussi avoir un effet inattendu, et opposé au but recherché, si elle provoque en retour une hausse de la consommation : c'est ce que les économistes appellent un « effet revenu » : si le prix des soins baisse, alors les consommateurs peuvent décider d'en consommer plus pour satisfaire leurs besoins (désirs...) : ce cas de figure n'est pas seulement théorique, comme le montre l'exemple des médicaments : la France est à la fois un des pays de l'OCDE où ils sont *les moins chers* et un de ceux où l'on en consomme le plus... Dans ces conditions, il peut être judicieux de chercher à agir directement sur la consommation... C'est le deuxième volet de l'action sur les dépenses.

- Agir sur la consommation : une autre possibilité est de chercher à agir sur la consommation de soins. Mais il faut éviter un simple rationnement (aveugle) car cela peut conduire, là aussi, à des mécomptes : dégradation de l'état de santé de la population, accroissement des inégalités de santé (les plus fragiles, les plus modestes, seront plus frappés). On cherche donc à privilégier ce qu'on appelle une « maîtrise médicalisée » (qui tient compte des besoins sanitaires et « médicaux »), plutôt qu'une simple « maîtrise comptable » (rationnement aveugle).

Dans ce domaine aussi, cependant, la difficulté est grande :

- Là encore, les professions de santé ne sont pas toujours portées à collaborer : par exemple, les médecins accepteront plus facilement de réduire les prescriptions pharmaceutiques inutiles (sans incidence pour eux) que de participer à des campagnes de prévention (si elles aboutissent à réduire leur activité...)
- Les assurés et l'opinion sont parfois (souvent) réticents car ils veulent « en avoir pour leur argent » et s'opposent au « rationnement », car la santé « n'a pas de prix ».
- Enfin, l'action sur la consommation, à moins d'être autoritaire, ne peut porter ses fruits que sur la longue durée, car elle suppose des actions de longue haleine :
 - Education des assurés, effort de prévention, notamment vis-à-vis des conduites et situations à risque ;
 - Lutte contre les gaspillages et pour une meilleure productivité : rationalisation de l'offre de soins (cf. hôpitaux, répartition des médecins sur le territoire...)
 - Lutte contre la fraude (difficile. Dans les faits, pas de gros gains à en attendre car il y a aussi beaucoup de droits qui ne sont pas utilisés par les plus fragiles notamment).

- Agir sur les taux de remboursement : c'est pour ces raisons que le 3ème volet possible, à savoir l'action sur le niveau de prise en charge, est souvent le recours ultime car il est beaucoup plus facile à mettre en œuvre et d'un effet immédiat, même s'il est lui aussi impopulaire chez les assurés (beaucoup moins chez les médecins, qui bénéficient d'une demande peu sensible à ce facteur, tant que la prise en charge n'est pas trop réduite). Mais là encore, cette politique peut aboutir à des effets sociaux indésirés (nous y consacrerons la dernière séquence du cours).

Focus : lutter contre les comportements à risque. Une source d'économie pour l'assurance maladie ?

La lutte contre les comportements à risque se justifie bien sûr par des considérations morales et humanitaires (protéger les individus contre les conséquences non voulues de leurs actes¹, améliorer l'Etat de santé global de la Nation). Mais elle peut aussi découler de considérations financières ? Ne faut-il pas y voir un moyen non négligeable de diminuer les dépenses de santé et de l'assurance maladie ? Dans la réalité, c'est loin d'être évident. **Les difficultés rencontrées dans ce domaine illustrent d'une certaine manière celle de toute politique de maîtrise des dépenses** soucieuse d'éviter au maximum les effets pervers en matière sanitaire et sociale...

→ Notons tout d'abord que le coût des comportements à risque n'est pas toujours facile à évaluer : le tabagisme, l'alcoolisme, sont certes synonymes de dépenses accrues : mais ces dépenses seront-elles plus élevées sur l'ensemble du cycle de vie ou seulement à un âge donné ? → N'y a-t-il pas, dans ce cas, simple substitution ?

« Si l'on guérit aujourd'hui l'homme d'une maladie, on ne le guérira jamais de cette autre maladie, la vie, qui se termine de manière constante : la mort ; et si nous l'empêchons de mourir aujourd'hui de tuberculose, nous lui donnons l'occasion de mourir dans 10 ans d'un infarctus ou d'un cancer ; et si dans 10 ans, on le guérit de son infarctus ou de son cancer, on lui donnera l'occasion de mourir 10 ans plus tard d'une hémiplegie. De sorte qu'on ne voit jamais apparaître d'éléments d'économie. » (Professeur Henri Péquignot, cours d'économie de la santé à l'ENA, au début des années 1950...)

Il faut aussi tenir compte d'autres éléments : ainsi, la mortalité précoce des fumeurs prive la collectivité d'une production supplémentaire, mais elle signifie aussi moins de retraites à payer (*sic*) et peut donc représenter un gain pour le budget de la Sécurité sociale... Au final, de multiples éléments entrent en ligne de compte... D'où une grande incertitude → deux études consacrées au « coût des drogues » en France aboutissaient à un chiffre de 37 milliards d'euros pour l'alcool et de 47 milliards pour le tabac pour la première (2010), mais de 120 Mds pour chacun dans la seconde (2015)².

→ Ces limites posées, faut-il priver les fumeurs du bénéfice de l'assurance maladie, par exemple. ? De manière plus spécifique, faut-il réduire la prise en charge des soins occasionnés par les accidents de ski (pratique réservée aux classes aisées) ? Les risques sont nombreux :

- Pénaliser certaines populations financièrement fragiles (les pauvres fument plus que les riches)
- Pénaliser des « victimes » (les fumeurs) plutôt que des « coupables » (les fabricants de cigarettes)
- Transformer l'assurance maladie en police des mœurs... (ce qui est bien, ce qui ne l'est pas).

Dans ces conditions, les politiques suivies privilégient en général d'autres volets :

- Incitation financière : en augmentant les taxes sur les produits dangereux et en les affectant pour partie au financement des dépenses de santé (taxe sur le tabac, l'alcool...)
- Education (prévention) : campagnes sur les bienfaits d'une alimentation saine, de l'activité physique...
- Interdictions ciblées : publicité pour les cigarettes, pour l'alcool dans les médias audio-visuels...

Les résultats sont lents et parfois décevants, comme le montrent les mauvais chiffres de la France en matière d'alcool et de tabac... D'autre part, ils illustrent un fait de portée générale : il ne faut pas confondre amélioration de l'état de santé et baisse des dépenses : on a vu au contraire que d'une manière générale, les populations en bonne santé avaient des dépenses de santé plus élevées que les autres (pays riches vs. pays pauvres...). C'est toute l'ambiguïté de la prévention.

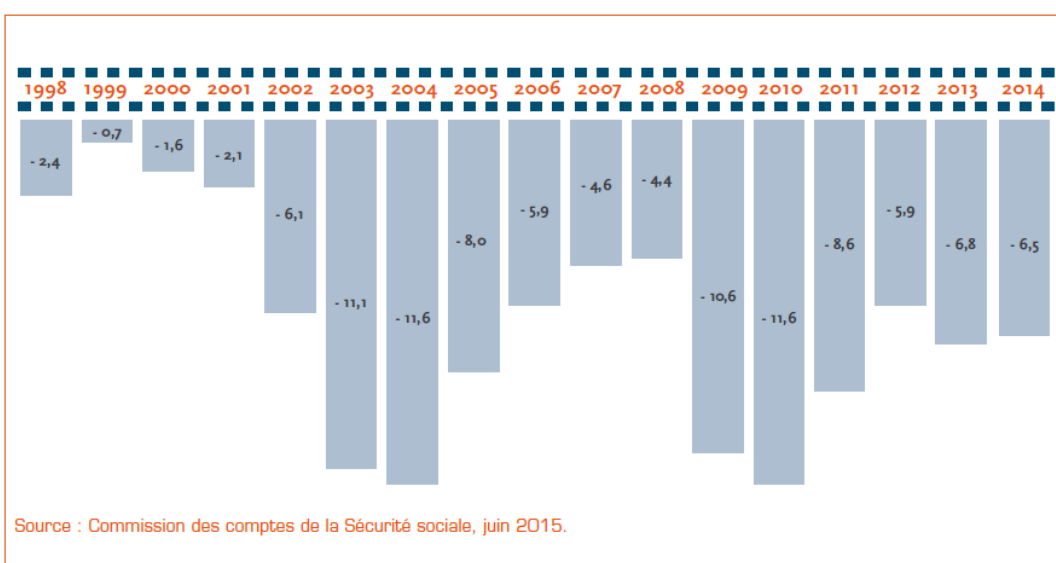
¹ Un point qui peut également être l'objet d'appréciations diverses : faut-il faire le bonheur des gens malgré eux ?

² Pierre Kopp, « Le coût social des drogues en France », *Note de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, 2015-04, Sept. 2015, p. 8.

3. Des résultats décevants dus à une gouvernance conflictuelle

Depuis la fin du XXe siècle, les dépenses de santé ont continué à progresser rapidement en France et constamment plus vite que le PIB. Certains postes ont été particulièrement dynamiques, comme les soins d'auxiliaires médicaux (infirmières, kinés, etc.) et les « autres biens médicaux » : optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, aliments, matériels, pansements et produits d'origine humaine (documents suivants).

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE EN MILLIARDS D'EUROS COURANTS



Ensemble		Taux d'évolution annuel (en %)			
		2011	2012	2013	2014
Soins hospitaliers		2,8	2,1	2,0	2,5
Secteur public		2,7	2,6	2,5	2,3
Secteur privé		2,6	2,6	2,9	2,2
Soins ambulatoires		3,0	2,5	1,3	2,6
Soins de ville		2,8	1,7	1,6	2,8
Soins de médecins et de sages-femmes		3,6	3,1	2,8	2,6
Soins d'auxiliaires médicaux		3,8	0,7	1,6	2,2
Soins de dentistes		4,5	6,8	6,4	5,4
Analyses de laboratoires		2,9	2,0	1,1	-0,1
Cures thermales		2,6	-1,3	-0,0	-0,4
Autres soins et contrats		1,0	6,2	3,4	6,0
Médicaments		0,8	110,7	17,1	18,8
Autres biens médicaux*		1,0	-1,3	-1,7	2,7
Transports de malades		1,5	5,7	5,3	2,6
Évolution de la CSBM (en %)					
Valeur		2,8	2,1	2,0	2,5
Prix		-0,1	-0,3	-0,3	-0,6
Volume		2,8	2,4	2,3	3,1

Source : Les chiffres clés de la SS, 2015.

Note : il s'agit du seul RG (90 % des dépenses totales)

Ces difficultés tiennent aux difficultés mentionnées plus haut mais aussi à de caractéristiques institutionnelles et politiques. **La gouvernance de l'assurance maladie et plus largement du système de santé, est en effet particulièrement complexe et, parfois, conflictuelle.** Ceci est largement un héritage de

l'histoire et des étapes de la construction du système de santé, mais rend difficile une bonne gestion du système : le système de santé français se caractérise en effet par la **multiplicité des acteurs et l'enchevêtrement des prérogatives...**

- Les hôpitaux



Ce sont les acteurs les plus anciens (nombre d'entre eux trouvent leur origine au Moyen-Âge). Ils ont fonctionné pendant des siècles en tout indépendance les uns par rapport aux autres, car ils étaient des fruits de l'initiative locale, charitable le plus souvent (rôle de l'Eglise). Après leur « nationalisation » lors de la Révolution, ils sont devenus pour la plupart des établissements communaux, placés sous la tutelle des municipalités, mais toujours dépendants, pour leur financement et leur personnel, de ressources propres (patrimoine), de la charité et de la philanthropie, et du dévouement des

religieuses qui représentaient l'essentiel de la main d'œuvre non médicale jusque dans la première moitié du XXe siècle. Réservés aux pauvres pendant tout le XIXe siècle (et même jusqu'en 1941, en théorie), ils ont vu se développer parallèlement à eux un grand nombre de cliniques privées pour la clientèle solvable, cliniques qui constituent aujourd'hui une part non négligeable de l'armement hospitalier du pays (38% des lits disponibles en 2012), proportion très importante par rapport à beaucoup d'autres pays... (seule l'Autriche, en Europe, et dans une moindre mesure l'Espagne, comptent autant de cliniques privées).

Après 1945, et surtout à partir des années 70, l'Etat a accru considérablement son pouvoir sur l'ensemble, mais sans jamais revenir complètement sur un certain nombre de caractéristiques fondamentales, héritées de l'histoire :

- Hétérogénéité des hôpitaux (entre le petit hôpital de province et le CHU), sans que cela corresponde toujours aux besoins des territoires ;
- Dualité public/privé, qui se font parfois concurrence...
- Pléthore de lits ici, pénurie là...
- Les hôpitaux sont de deux sortes : publics et privés (ces derniers étant soit à but lucratif, soit non lucratif - mutualistes notamment)
- Ils sont également hiérarchisés, depuis les petits établissements de proximité, ne disposant que d'un petit nombre de services souvent peu « techniques », aux grands CHU-CHR où se pratiquent une médecine de pointe ; on y ajoutera des établissements spécialisés comme les hôpitaux psychiatriques, par exemple, voués à une pathologie spécifique.
- La plupart, petits et grands, concourent toutefois au « service public hospitalier » et relèvent de ce fait de la tutelle de l'Etat, plus ou moins étroite suivant leur caractère public ou privé.

Leur nombre : en France métropolitaine et dans les DOM (y compris Mayotte), en 2014, **2 660 établissements** de santé assuraient le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades. Ils offraient **415 000 lits d'hospitalisation** à temps complet et **68 000 places** d'hospitalisation partielle (source : *Panorama 2014 des établissements de santé*, DREES).

Comment se répartissent ces hôpitaux ?

TABLEAU ● Établissements de santé avec capacités d'hospitalisation par catégorie d'établissements en 2012

Catégories d'établissements	Entités	Nombre de lits	Nombre de places
Public	931	258 158	40 132
Centres hospitaliers régionaux (CHR/CHU)	32*	74 783	9 287
Centres hospitaliers (CH), dont anciens hôpitaux locaux	789	153 456	15 847
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	88	26 707	14 579
Autres établissements publics	22	3 212	419
Privé non lucratif	699	58 137	12 342
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	18**	2 889	856
Autres établissements privés à but non lucratif	681	55 248	11 486
Privé à but lucratif	1 030	98 545	15 575
Établissements de soins de suite et de réadaptation	324	25 999	2 308
Établissements de soins de courte durée ou pluridisciplinaires	542	59 458	12 133
Établissements de lutte contre les maladies mentales	140	11 735	1 037
Établissements de soins de longue durée	12	508	24
Autres établissements privés à but lucratif	12	845	73
Ensemble	2 660	414 840	68 049

* En 2012, le centre hospitalier Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion ont fusionné et sont comptés comme un seul CHR.

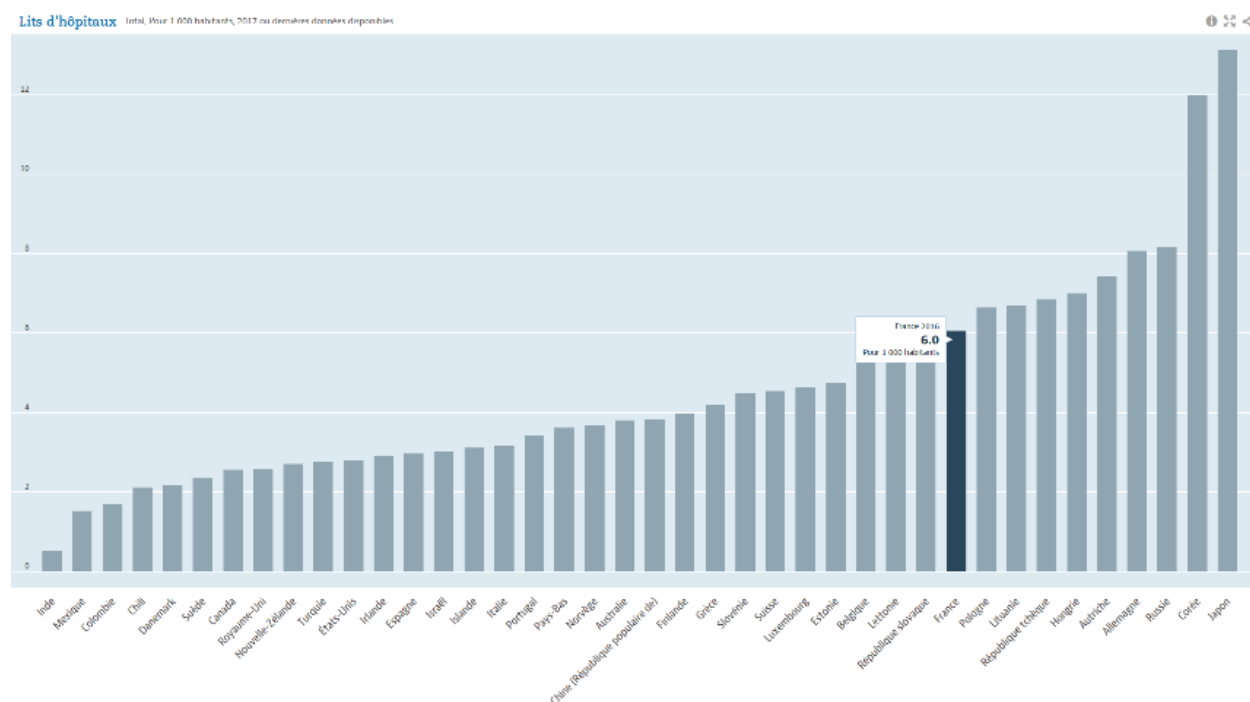
** En 2012, deux CLCC ont fusionné : l'institut de cancérologie de l'Ouest regroupe celui de Loire-Atlantique et celui du Maine-et-Loire.

Champ : France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources : DREES, SAE 2012, traitements DREES.

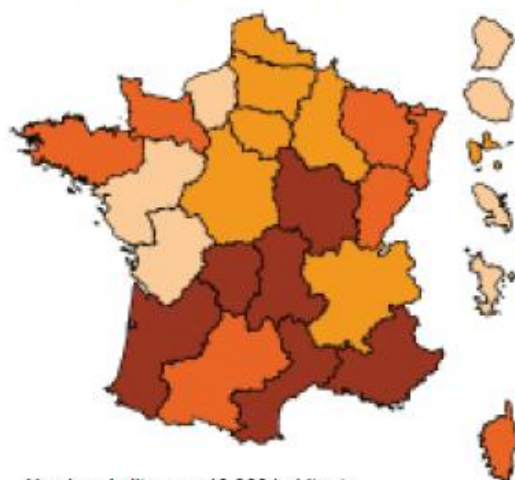
On entend souvent dire que l'équipement hospitalier est insuffisant, qu'on manque de place... et la population s'offusque des projets de fermeture d'établissements ou de service. Pourtant, la densité hospitalière (en lit/hab.) est plutôt forte en France, comme le montre le graphique suivant (source OCDE) :

Lits d'hôpitaux Total, Pour 1 000 habitants, 2017 ou dernières données disponibles

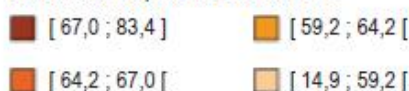


La réalité est que les lits sont plutôt mal répartis. Concrètement, la répartition sur le territoire ressemble à ça :

CARTE 1 ● Densité de lits en France en 2012



Nombre de lits pour 10 000 habitants



Champ • France métropolitaine et DOM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2012, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2012.

Le nombre de lit disponibles va de 15/10000 habts. à Mayotte à 83 dans le Limousin.

Concrètement, on comprend que le pilotage et la coordination d'un tel appareil soit une tâche complexe et redoutable, nécessitant planification mais aussi réactivité et souplesse. Elle est confiée, au niveau territorial, aux **agences régionales de santé (ARS)**, créées en 2009 (loi *Hôpital, Santé, Patient et Territoire*) : parmi leurs nombreuses prérogatives figure la tutelle sur les établissements hospitaliers, dont elles fixent également les budgets en concertation avec leurs directeurs. Les ARS sont aussi chargées de la planification sanitaire, c'est-à-dire de la prévision des besoins, en vue d'adapter l'offre de soins : c'est dans ce cadre notamment, qu'elles préconisent l'ouverture ou la fermeture de certains services hospitaliers, voire

d'établissement tout entier, fonction qui donne souvent lieu à l'opposition des populations locales.



Les ARS après la réforme territoriale (2016)

Pour être complet, il faut évoquer deux autres pouvoirs au sein des hôpitaux, dont l'existence vient compliquer encore la gouvernance hospitalière :

1. Les personnels : avec la laïcisation et la salarisation, massives après 1945, le pouvoir syndical a fait son entrée dans l'entreprise hôpital et il fait entendre sa voix... : revendications salariales, sur les conditions de

travail... Ces revendications se traduisent en général par des dépenses accrues, sans toujours avoir un effet mesurable sur la qualité des soins délivrés...

Les personnels non médicaux représentent en fait la majorité des salariés des hôpitaux : ils sont plus de un million, répartis comme suit :

Personnels administratifs	134 018
Personnels soignants	706 608
Sages-femmes	14 649
Personnel d'encadrement du personnel soignant	24 712
Infirmiers*	306 904
Aides-soignants**	227 646
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	96 564
Rééducateurs	23 866
Psychologues	12 268
Personnels éducatifs et sociaux	15 703
Personnels médico-techniques	50 861
Personnels techniques	114 717
Total	1 021 907

→ Cela fait du secteur hospitalier **un des tout premiers employeurs de France**. C'est vrai également au niveau local : dans bien des communes, grandes comme petites, l'hôpital, la ou les cliniques sont le premier employeur. On comprend mieux, dans ces conditions, la résistance à la fermeture de nombre de mairies et d'élus locaux, lorsqu'il s'agit de regrouper, rationaliser... (cela signifie moins d'impôts et moins d'emplois sur la commune...)

2. Les médecins (hospitaliers...)

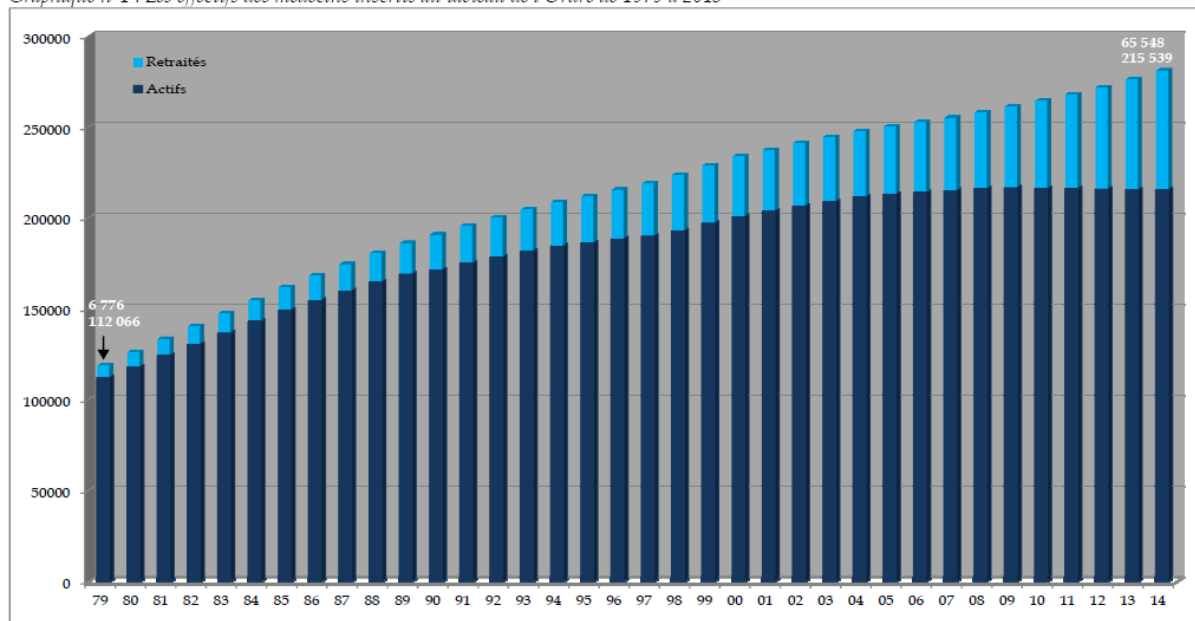
Les personnels médicaux hospitaliers, de leur côté (médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens et internes) étaient 182 000, dont 113 000 salariés (pour 68 000 « équivalent temps plein » (ETP) seulement, car beaucoup ne travaillent qu'à temps partiel à l'hôpital), 41 000 libéraux (indépendants, qui utilisent les moyens de l'hôpital pour une partie de l'activité, en échange d'une redevance) et 28 000 étudiants en médecine (internes). La répartition public/privé était égale à 67/33 %.

Longtemps prédominant dans la gestion des hôpitaux, le rôle des médecins a décliné depuis une vingtaine d'années mais ils jouent encore un rôle dans la gestion hospitalière, à travers les *commissions médicales d'établissement* (CME) représentant les médecins de l'établissement. Et bien sûr leur engagement est indispensable, comme celui des autres professionnels de santé, dans la bonne marche de l'hôpital : or, la médecine hospitalière est aujourd'hui en crise, comme en témoigne le manque de candidats pour nombre de postes, notamment les plus « exposés » (anesthésiste-réanimateur), qui conduit certains services à fonctionner avec une part importante de médecins étrangers (maghrébins, iraniens, roumains...).

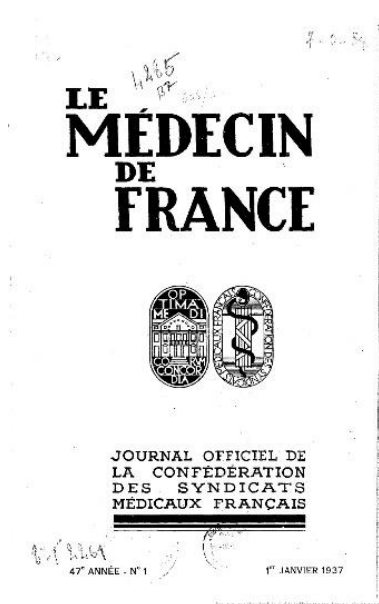
Le rôle des médecins, et plus largement celui des professions de santé dans leur ensemble, est plus important dans la régulation de la médecine de ville et de l'assurance-maladie :

- Les médecins :

Graphique n°1 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2015



Au 1er janvier 2015, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) dénombrait **222 150 médecins en activité** en France, dont **216 767 en France métropolitaine**. En forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population, les effectifs de médecins connaissent une stagnation depuis 2005 en raison de l'inflexion du nombre de médecins généralistes (figure 1). **La densité de médecins est relativement stable depuis** cette date, avec 337 médecins pour 100 000 habitants recensés en 2015, se situant dans la moyenne des pays de l'OCDE. Avec près de **50 % de médecins généralistes** en 2015 (contre 30 % en moyenne dans les pays de l'OCDE), la France présente cependant une densité en médecins généralistes parmi les plus élevées de ces pays. Plus de la moitié (**59 %**) **des médecins ont une activité exercée en libéral**, cette proportion dépassant les deux tiers pour les médecins **généralistes (67 %)**. **L'âge moyen** atteignant désormais **52 ans**. Cette évolution est à mettre en lien avec celle du numerus clausus, longtemps restrictif. Les **femmes représentent** désormais **43 %** de l'ensemble des médecins, contre 30 % seulement en 1990.



- Les médecins ont naturellement un rôle essentiel dans la régulation des dépenses de santé puisqu'ils en sont les prescripteurs pour une large part. Au niveau collectif, ils sont associés à la régulation du système via leurs syndicats, qui défendent les intérêts matériels de leurs membres (notamment financiers), à l'occasion des négociations avec l'assurance maladie sur les tarifs, mais aussi à travers leur association, à titre scientifique et médical, à la définition de la politique de santé publique (le directeur général de la santé, au ministère du même nom, a longtemps été un médecin et les médecins jouent un rôle important dans les agences sanitaires (cf. *infra*).

Les origines du pouvoir médical : à l'origine, les médecins exerçaient bénévolement leur activité hospitalière, au bénéfice des pauvres. Dans la seconde moitié du XIXe siècle, le marché médical, jusque-là très étroit, a

commencé à se développer : progrès thérapeutiques, hausse du niveau de vie, urbanisation, acculturation de la population : les médecins, plus nombreux, mieux considérés, sont devenus des professionnels rémunérés, aspirants à un mode de vie bourgeois.

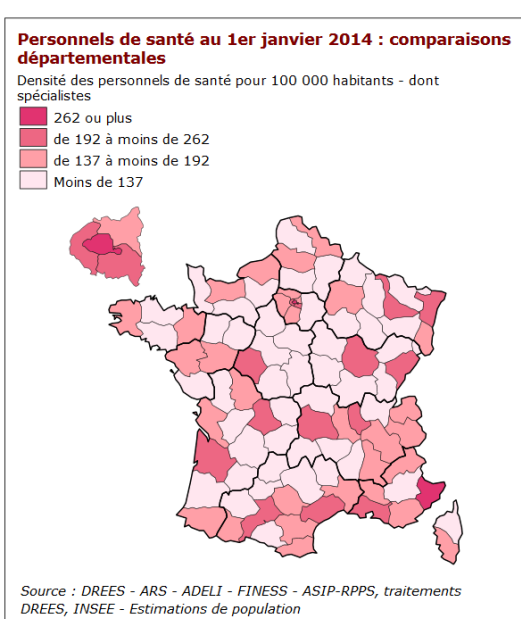
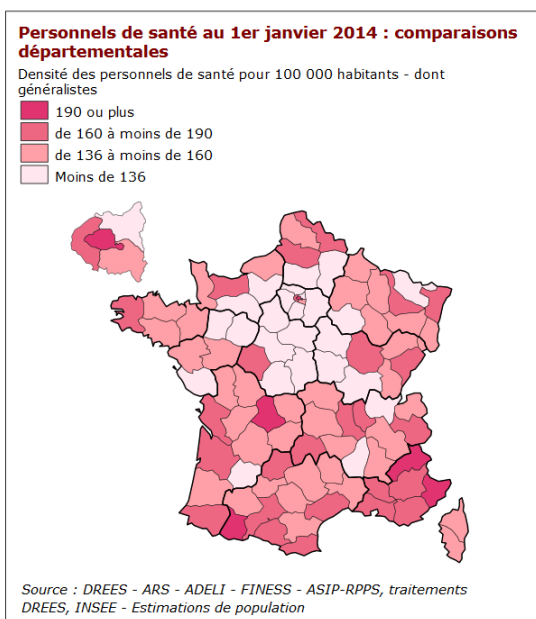
Dans la première moitié du XXe siècle, pour faire face au développement de l'assurance maladie, ils se sont regroupés en syndicats combatifs, défendant les intérêts de la médecine « libérale » (celle de petits entrepreneurs indépendants, pratiquant un des « arts libéraux » : c'est-à-dire des gens libres (intellectuels)) : liberté d'installation, liberté de choix du médecin par les patients, liberté de prescription, paiement à l'acte (gage d'indépendance vis-à-vis de l'assurance maladie).

Note → Ces principes sont également valables pour les autres professionnels de santé libéraux : infirmières, kiné., etc. et les pharmaciens, pour l'essentiel.

Un fort attachement au caractère libéral de la profession : aujourd'hui encore, les soins ambulatoires fonctionnent le plus souvent dans le cadre d'un exercice libéral. L'organisation des soins ambulatoires en France est en effet largement déterminée par les principes de libre choix du professionnel de santé par le patient, de liberté thérapeutique et de prescription, et de liberté d'installation. Ainsi, **68 % des généralistes et 48 % des spécialistes** exercent-ils en libéral en 2015. Les professionnels ont le choix d'exercer de façon isolée, dans leur propre cabinet, ou avec d'autres confrères, sous forme de société ou non, la plupart du temps au sein d'un cabinet de groupe mono-disciplinaire. Cette forme d'exercice est en nette expansion depuis le début des années 2000 et concerne aujourd'hui + de 50 % des généralistes (les 2/3 chez les moins de 40 ans), ou des dentistes, par exemple. Enfin, on rencontre des structures minoritaires diverses, telles que les centres de santé, pluridisciplinaires, souvent tournés vers des populations défavorisées.

Depuis 1945, ces syndicats sont associés à la régulation des dépenses de santé, via notamment les conventions médicales qu'ils sont tenus de passer avec les caisses de Sécurité sociale, conventions dont les tarifs sont, en théorie, obligatoires. Cela n'empêche pas conflits nombreux : chacun des principes de la médecine libérale entre en effet potentiellement en conflit avec certains objectifs de la politique sanitaire :

- La liberté d'installation génère des « déserts médicaux », dans les territoires peu attractifs, une surmédicalisation dans d'autres régions ;

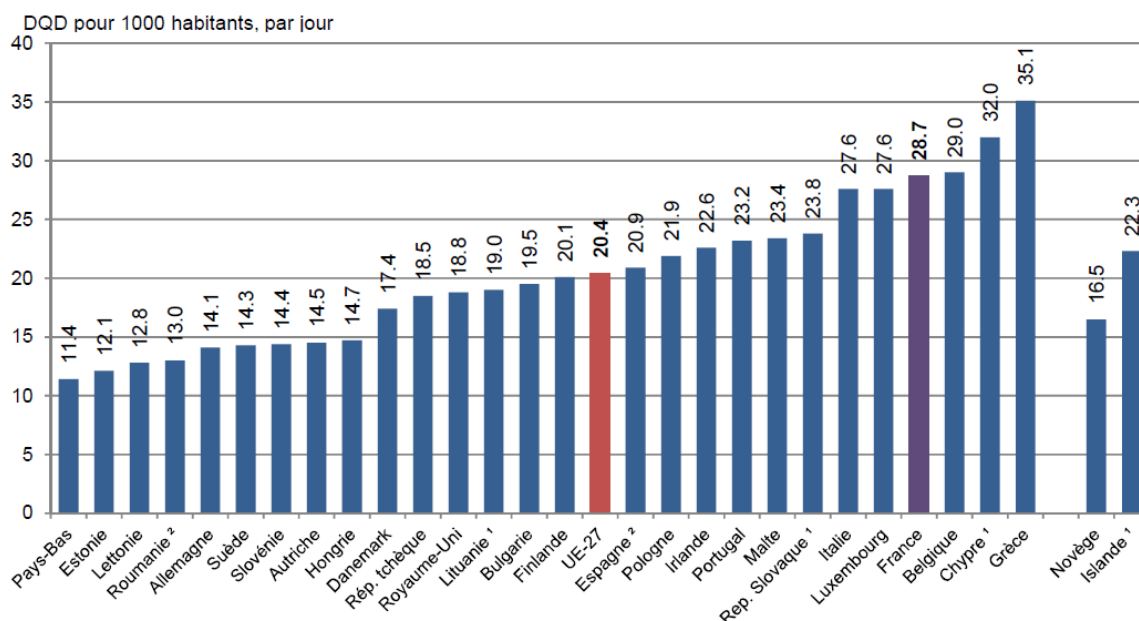


- Le libre choix du médecin et le libre accès, sont aussi accusés de favoriser la surconsommation et parfois les mauvais traitements, car peu de coordination entre les soins (mais les français y sont très attachés) → l'introduction d'un médecin référent dont la consultation préalable est obligatoire pour bénéficier d'un bon remboursement, visait à améliorer cette coordination et à lutter contre les consultations inutiles...

- La liberté de prescription pousse à la surconsommation des médicaments (les Français sont parmi les plus gros consommateurs mondiaux). Voir ci-dessous l'exemple des antibiotiques.

→ L'introduction d'une franchise obligatoire (non prise en charge par les assurances) sur les boîtes de médicaments a pour objectif de limiter l'achat de médicaments inutiles...

Volume total d'antibiotiques prescrits, 2012 (ou année la plus proche)



1. Les données incluent le secteur hospitalier.

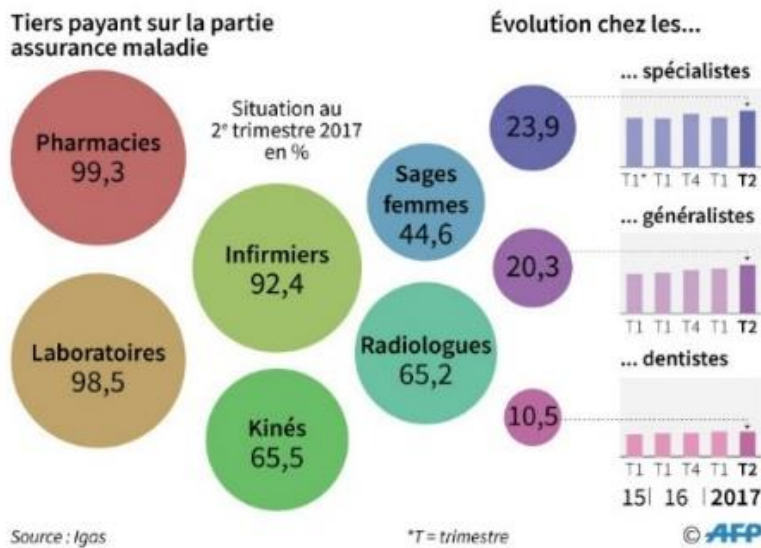
2. Données de remboursement, à savoir n'inclut pas la consommation sans prescription ou non-remboursée.

Source : ECDC (2013), Surveillance of antimicrobial consumption in Europe 2011.

Source : OCDE, *Health-at-a-Glance-EUROPE-2014-Briefing-Note-FRANCE*

- Enfin, le paiement à l'acte (on paye immédiatement son médecin) peut nuire à l'accès aux soins des plus fragiles (quand l'avance est trop lourde à supporter) ; il n'est pas non plus favorable à la médecine de prévention (qui rentre mal dans le cadre de la consultation standard), qui est plus développée dans les pays où domine la rémunération au forfait ou à l'abonnement... C'est pour cela que les pouvoirs publics cherchent à développer le « tiers payant » (dispense d'avance de frais par l'assuré et paiement direct du médecin par l'assurance maladie) : la loi Touraine de 2016 a prévu sa généralisation progressive, mais les médecins et les autres professions médicales y sont en général opposées car elles redoutent le pouvoir que cela donnerait aux caisses de Sécurité sociale (dont ils pourraient devenir à terme des sortes de salariés, selon eux)... → Or, les médecins sont influents : auprès des patients, mais aussi de la classe politique (nombreux députés médecins) et ils n'hésitent pas à agiter la crainte d'une dégradation de la qualité des soins, en cas de décision attentant à leurs libertés (économiques).

Le tiers payant par type de praticiens



Manifestation de la Confédération des Syndicats Médicaux Français contre le tiers-payant à Paris en 2015.

- **Les partenaires sociaux** : les trois principales caisses nationales d'assurance-maladie négocient avec les syndicats de médecins les tarifs applicables aux assurés sociaux et contrôlent leur respect, ainsi que les prescriptions (« bonnes pratiques »). Les caisses cherchent également à inciter les médecins à diverses actions de prévention, en accord avec l'Etat (ministère de la santé). Elles ont donc un rôle important dans la régulation des dépenses de santé.



- Les caisses sont dotées de conseils d'administration, dans lesquels les **représentants du patronat et des salariés** sont fortement représentés, pour des raisons historiques déjà évoquées → l'assurance maladie s'est construite au XXe siècle, de façon distincte de l'appareil d'Etat, avec des caisses, au statut de sociétés mutualistes, mais assurant un service public et gérées par les représentants des intéressés (syndicats et patronat).

- La légitimité des partenaires sociaux a cependant été progressivement remise en cause par une série d'évolutions :

- Elargissement de la population couverte à l'ensemble de la population et plus seulement aux salariés

- Part croissante d'un financement de type fiscal (CSG) plus seulement assis sur les salaires

- Entrée de la « santé » dans le champ des droits de l'homme, fondamentaux, avec des coûts et des enjeux

croissants...

- S'y on y ajoute le fait que syndicats et patronat ont souvent du mal à s'entendre, on comprend que le rôle qui leur est confié complique encore la gouvernance du système. C'est pourquoi l'Etat a été amené à affirmer son rôle de manière croissante...

Aujourd'hui, même s'ils restent formellement présents dans les caisses d'assurance maladie, les partenaires sociaux ne jouent plus qu'un rôle symbolique : la réalité de la gestion est assurée sous l'autorité du directeur de chaque caisse, qui dépend lui-même étroitement de l'Etat, qui le nomme, le note et le rémunère. Au niveau national, les trois grandes caisses (des 3 régimes principaux), sont regroupées dans une Union Nationale, placée sous l'autorité du directeur de l'assurance maladie (fonctionnaire du ministère de la Santé), qui est nommé en conseil des ministres... Mais les syndicats continuent de se considérer comme légitimes, ce qui explique qu'ils cherchent à faire entendre leur voix, lorsque cela se justifie à leurs yeux, lorsque la santé des salariés, et plus largement des français, leur paraît en jeu...

- **L'Etat :**

C'est lui qui définit et met en œuvre, en collaboration avec les autres acteurs, la politique de santé publique du pays (1) et qui a la responsabilité en dernier recours de l'assurance-maladie :

(1) Celle-ci comporte trois volets principaux :

- Prévention des risques sanitaires : vaccination, veille sanitaire, normes sur les produits, éducation à la santé... → une part importante de ses fonctions est aujourd'hui confiée à des agences indépendantes *cf. infra*.
- Armement sanitaire : fournir une offre de soins adaptée et performante (recherche médicale, formation des médecins, hôpitaux...) → C'est l'Etat qui fixe le fameux *numerus clausus*, (effectif maximum) des étudiants admis à entreprendre des études de médecine chaque année.
- Assurer l'accès aux soins pour tous (assurance maladie, lutte contre les inégalités sanitaires, etc.).

- Le principal acteur est le **ministère des Affaires sociales et de la santé** (dont le principal bras armé sur le territoire sont les ARS (*cf. supra*)).

- Le *ministère des Finances* joue aussi un rôle important, dans la mesure où cette politique mobilise des ressources publiques et où l'Etat est, en dernier recours, responsable de l'équilibre financier de la Sécurité sociale.
- En plus de ces deux acteurs étatiques, qui ont le rôle principal, la plupart des ministères ont leur mot à dire sur tel ou tel aspect : le *ministère de l'Agriculture* est compétent pour la tutelle de la MSA (vérifier), le *ministère de l'environnement* a ainsi son mot à dire pour les questions qui le concernent (pollution, santé au travail), le *ministère du Travail*, pour la santé sur les lieux de travail, celui de l'éducation nationale pour la médecine scolaire, etc.
- La *Cour des comptes*, composée de magistrats indépendants, est chargée de contrôler la bonne utilisation de l'argent public et détient à ce titre un pouvoir d'expertise et de prescription important (recommandations de bonnes pratiques) sur les acteurs publics ou recevant de l'argent public.
- L'*IGAS* (inspection générale des Affaires sociales, corps du ministère de la Santé) détient également des pouvoirs de même nature, mais moins orientée sur la dimension financière. Elle est surtout chargée de contrôler les établissements.
- Enfin, les *agences de régulation et de contrôle nationales*, financées par l'Etat qui fixe leur rôle et dont le personnel a un statut de fonctionnaire mais qui sont indépendantes du gouvernement. Sans avoir de rôle directement financier pour la plupart, ces agences détiennent des prérogatives importantes qui peuvent avoir un impact sur les dépenses de l'assurance-maladie.

Le rôle des agences sanitaires (publiques)

Les principales agences sont :

- La **HAS (Haute autorité de santé)** (2004) : elle est chargée de l'*évaluation*, de la *certification/accréditation* des établissements, mais aussi des produits, actes, prestations et technologies de santé : c'est elle qui les autorise, après étude garantissant leur innocuité et leur efficacité. Elle est aussi chargée de délivrer des *recommandations de bonne pratique* clinique, de santé publique, de réaliser des *études médico-économiques* (pour éclairer les pouvoirs publics sur le rapport qualité/prix des traitements, par exemple) et des guides de prise en charge, à destination des professionnels mais aussi des patients. *Elle rend ainsi de nombreux avis dans le cadre de sa mission d'aide à la décision des pouvoirs publics.*

- **L'ANSM (Agence Nationale de sureté du médicament et des produits de santé)** (depuis 2012 ; avant : AFSSAPS - Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé) → elle est plus spécialement chargée du contrôle de l'innocuité de médicaments et de leur autorisation de mise sur le marché (mais l'admission au remboursement par la Sécurité sociale et le tarif de base sont fixés par le *Comité économique des produits de santé* (CEPS), qui est un organisme interministériel). Pour cela, elle travaille étroitement avec les industriels de la pharmacie... → l'agence est issue d'une réforme faite en 2011 après le scandale du *Mediator*, médicament dangereux utilisé comme coupe-faim et dont les effets nocifs étaient connus depuis longtemps, mais qui n'était toujours pas interdit en France à la différence de nombreux autres pays...

- **Santé publique France** : créée en 2016 par regroupement de plusieurs organismes : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et Addictions Drogues Alcool Info Service (ADALIS). Elle est chargée notamment de la surveillance épidémiologique du territoire, de la gestion des crises sanitaires (en relation avec le ministère de la santé) et de missions de prévention et de promotion de la santé publique. Son existence et son rôle sont révélées au grand public à l'occasion de la crise du COVID-19 au printemps 2020.

La plupart des agences ont été créées après des scandales de santé publique dans lequel les divers ministères étaient victimes des conflits d'intérêt qui les empêchait de réagir de manière appropriée : ainsi l'affaire du « sang contaminé », dans les années 80, qui aboutit à la diffusion de poches de sang destinées à la transfusion sanguine mais contaminées par le virus du sida (le sang avait été prélevé dans les prisons françaises auprès de prisonniers volontaires, dont certains se révélèrent porteur du VIH). Tirailé entre la nécessité d'approvisionner les hôpitaux et la crainte de la contamination, le ministère avait privilégié la première solution, provoquant de nombreuses contaminations chez certaines populations (hémophiles...).

Au fil des ans, le maquis des agences est devenu grand et éclaté, ce qui aboutit à des processus complexes ne facilitant ni le pilotage, ni la transparence des décisions.

Voici un exemple, déjà un peu ancien :

Encadré 21.1.

*Exemple de répartition des tâches entre autorités sanitaires :
le cas de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus*

1. L'AFSSAPS évalue le vaccin et autorise sa mise sur le marché.
2. Le Haut Conseil en santé publique émet un avis sur l'usage de la vaccination : quels sont les objectifs de la vaccination ? Faut-il ou non recommander de généraliser la vaccination ?
3. L'InVS effectue le suivi épidémiologique du cancer du col de l'utérus : prévalence, âge de survenue, etc.
4. La décision d'organisation de la campagne de vaccination appartient au ministère de la Santé.

Source : *Politiques sociales*, Coll., Presses de Sc. PO/Dalloz, 2 ed., 2013, p. 574

- **Les élus :**

D'une manière générale, la définition et la mise en œuvre de la politique sanitaire sont très technocratiques, l'essentiel des pouvoirs revenant de fait au gouvernement et à l'administration. **Les élus ne jouent pas un grand rôle.**

- **Au niveau local**, les municipalités (et dans une moindre mesure les conseils départementaux) qui jouaient traditionnellement un rôle, pour des raisons historiques, en matière sanitaire (dispensaires municipaux, hôpitaux communaux) n'en ont pratiquement plus aujourd'hui, même si les maires conservent symboliquement la présidence de nombre d'hôpitaux. Les conseils départementaux conservent toutefois la responsabilité de la protection maternelle et infantile (PMI), à destination des femmes enceintes et des jeunes enfants et les conseils régionaux celle des établissements de formation des auxiliaires médicaux (écoles infirmières...).

Au niveau national, le Parlement intervient cependant, de deux manières :

- Lorsqu'il s'agit de se prononcer sur les grandes orientations de santé publique qui donnent lieu aux votes de lois : Loi Evin de 91 contre le tabagisme, Loi « santé publique » de 2004, loi Touraine instaurant le tiers payant généralisé (2016)...

- Annuellement, avec le vote de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité sociale : le « budget » de la Sécu.), qui prévoit notamment un Objectif National de Dépenses des Assurances Maladie (ONDAM) à ne pas dépasser...
- Ces occasions donnent lieu régulièrement à des joutes entre le gouvernement, soutenu par la majorité, et l'opposition, qui en fait un enjeu de politique générale, parfois électoral : ainsi le vote de la loi Touraine (2016) a donné lieu à un conflit avec la droite, qui, relayant l'hostilité des médecins (cf supra), s'opposa au tiers payant généralisé, au motif qu'il engageait la médecine dans une voie bureaucratique et allait générer des surcoûts...

- Patients et consommateur de soins : les grands absents ?

On notera pour finir que **les grands absents de cette régulation sont les patients** et consommateurs de soins eux-mêmes : malgré l'introduction dans le Code de la Santé publique de la notion de « démocratie sanitaire » (loi de 2002), prévoyant notamment des droits individuels renforcés pour ces derniers et leur famille, notamment vis-à-vis du corps médical, ils restent collectivement absents du pilotage du système de santé et de l'assurance maladie : ils ne sont pas représentés dans les CA des hôpitaux, ni des caisses de Sécurité sociale (un représentant des associations de patients siège néanmoins au conseil de surveillance de chaque ARS...). Quant aux associations de malades, qui existent, elles sont souvent réduites à un rôle de *lobby* pour essayer de peser de l'extérieur sur les décisions des pouvoirs publics en matière de santé publique...

Certes, la loi de 2002 a créé une Conférence nationale de Santé (CNS) et des Conférences régionales, mais elles sont seulement consultatives, peinent à exister et n'ont guère joué de rôle jusqu'à aujourd'hui...

Conclusion :

- **Au total, on le voit, le système de santé est très éclaté, et marqué par l'importance de la conflictualité entre les différents acteurs, ce qui ne facilite pas la définition de constats partagés ni la fixation d'objectifs communs. L'Etat doit tenir compte des intérêts de chacun de ses autres acteurs et ne peut prendre seul les grandes décisions.** Il doit aussi tenir compte **de l'opinion**, sensible au thème de « la santé qui n'a pas de prix » et pas toujours au fait des enjeux réels. Le principe de l'assurance maladie lui-même n'est pas très favorable, d'ailleurs, à la responsabilisation des patients (« j'ai payé, donc j'ai droit »). Donc, il est difficile de gérer et plus encore, de réformer le système de santé.
- **Enfin, l'Etat lui-même n'est pas exempt de contradictions internes :**
 - o Les exigences financières et sanitaires ne font pas toujours bon ménage (l'opposition entre le ministère de la santé et celui des finances est un classique) ;
 - o La question de l'emploi est aussi parfois invoquée : au niveau local, quand il s'agit de l'hôpital ; plus globalement, dans le cas de l'industrie pharmaceutique, par exemple., qui contribue à la balance commerciale du pays et à son effort de R&D et qui se plaint de la lourdeur des procédures et du prix, jugé trop faible, des médicaments...

A suivre...