

Santé :

prenons soin de l'avenir.

Document réalisé par la Direction des études de l'UMP
Emmanuelle Mignon, directeur,
Julien Veyrier, directeur-adjoint,
Eric Tallon, conseiller,
Pierre Messerlin, Arnaud Chaput, Alexis Delafaye,
Camille Bedin,
Nelly Hanon,
avec la collaboration du comité scientifique d'organisation.



Table des matières

<u>Chapitre 1. La santé des Français : inégalités persistantes et nouveaux défis</u>	5
1. Le meilleur système de santé du monde ?	5
2. Le système de santé français n'a pas su empêcher la multiplication des risques de mortalité prématurée parmi les Français de moins de 65 ans	7
3. Le système de soins français ne sait pas lutter contre certaines inégalités devant la santé....	12
4. La persistance des inégalités révèle l'insuffisance de la politique française de santé publique.	15
5. Le système français est-il capable de relever les nouveaux défis de santé publique ?	17
<u>Chapitre 2. Mieux dépenser pour préserver la santé du financement de l'assurance-maladie</u>	21
1. La dérive des dépenses de santé menace la pérennité de l'assurance maladie.....	22
1.1 Les dépenses et les déficits de l'assurance maladie augmentent.	22
1.2 La dérive des dépenses compromet la survie du système de santé français.	23
1.3 Cette situation est d'autant plus difficile à accepter que l'augmentation des dépenses de santé ne se traduit pas nécessairement par une amélioration de l'état de santé de la population.	24
2. Le système de santé français ne sait pas empêcher la dérive des dépenses.	25
2.1 Les parties prenantes du système de santé ne sont pas assez responsabilisées.	26
2.2 La culture de l'évaluation doit se développer.	28
2.3 La prévention reste insuffisante.	28
2.4 Les abus et les gaspillages contribuent à fragiliser le système de santé français.....	29
3. Les réformes faites jusqu'à présent (hormis celle de 2004) se sont avérées incapables de garantir la pérennité du financement de l'assurance maladie.	31
3.1 Les marges d'augmentation des ressources sont désormais très limitées.	31
3.2 Les tentatives de maîtrise des dépenses n'ont jamais réussi.....	31
4. La réforme de 2004 va dans le bon sens, mais elle doit être évaluée et complétée.....	34
4.1 Des avancées certaines.....	34
4.2 Des résultats encourageants, mais un retour à l'équilibre différé	37
<u>Chapitre 3. Quelle organisation pour le système de santé ?</u>	38
1. La réorganisation du système de santé est permanente..	38
2. L'organisation du système de santé n'a pas réussi à instaurer une véritable coopération entre ses différents acteurs.	40
2.1 L'hôpital illustre les défaillances du pilotage du système français.....	40
2.2 Les réseaux de soins et les soins à domicile ne s'imposent pas comme des leviers de décroisement.	41
2.3 Le cloisonnement du système de santé est également la conséquence d'une mobilisation insuffisante des nouvelles technologies.....	42

3. Le pilotage du système ne garantit pas une répartition équilibrée des services de santé sur le territoire français.	44
3.1 Les professions médicales sont inégalement réparties sur le territoire.	44
3.2 Aucune solution durable n'a été trouvée pour résorber les déséquilibres démographiques actuels.	45
3.3 La carte hospitalière a également besoin d'être optimisée.	46
<u>Chapitre 4. Les acteurs du système de soins : rétablir la confiance</u>	49
1. Le patient doit rester au centre du système de soins et participer aux grands choix éthiques.	49
1.1 Le patient, devenu usager, attend du système de soins un haut degré de qualité.....	49
1.2 Le citoyen souhaite être mieux associé aux grands choix éthiques	50
2. Les impératifs de santé publique doivent préserver le caractère libéral de la médecine de ville.	51
2.1 Le paradoxe de la médecine de ville : une médecine au cœur de notre système de santé, mais nourrissant un profond malaise.	51
2.2 Il faut que les pouvoirs publics et les médecins développent un partenariat « gagnant-gagnant » dans le cadre conventionnel.	53
3. L'hôpital doit regagner la confiance de ses différentes catégories de personnel.....	54
3.1 Les différents personnels hospitaliers éprouvent un malaise commun	54
3.2 Les 35 heures sont l'une des causes principales du malaise hospitalier	55
3.3 Les patients sont les premiers à pâtir de cette situation.	56
4. Les Français doivent pouvoir bénéficier d'un haut degré d'innovation et de sécurité des produits de santé.	57
4.1 La politique du médicament et de l'industrie médicale doit préserver le potentiel d'innovation français.....	57
4.2 La recherche biomédicale doit faire partie des priorités.	61
4.3 La sécurité sanitaire des médicaments et des prescriptions doit être encore améliorée.....	62
<i>Bibliographie</i>	64

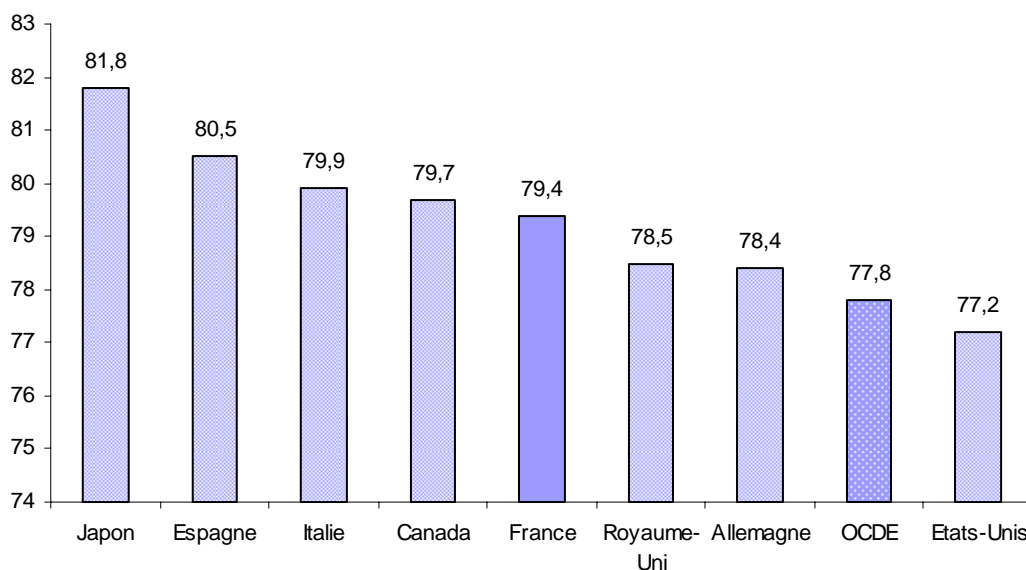
Chapitre 1. La santé des Français : inégalités persistantes et nouveaux défis

1. Le meilleur système de santé du monde ?

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a désigné la France comme le pays bénéficiant du meilleur système de soins au monde¹. Le classement évaluait aussi bien le niveau de santé de la population de chaque pays que le degré de réactivité de leur système de santé, les écarts existants entre les groupes sociaux et la répartition de la charge du financement au sein de la population. La France se plaçait devant l'Italie (2^{ème}) et l'Espagne (5^{ème}) et dépassait largement le Japon (10^{ème}), le Royaume-Uni (18^{ème}), l'Allemagne (25^{ème}) et les Etats-Unis (37^{ème}).

Le classement de l'OMS est confirmé par trois indicateurs majeurs qui mettent en lumière les bons résultats obtenus par le système de santé français depuis plusieurs décennies.

L'espérance de vie à la naissance a nettement progressé en France, augmentant de 9,1 ans entre 1960 et 2003. Elle est aujourd'hui de 79,4 ans, soit 1,6 an de plus que la moyenne des pays de l'OCDE².



Graphique 1. Espérance de vie à la naissance de la population totale en 2003

Source : OCDE

Les Français vivent non seulement longtemps, mais ils vivent aussi en bonne santé. La France se situe en effet parmi les pays les plus performants en ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire le nombre d'années qu'un nouveau-né peut espérer vivre en bonne santé. Elle est en moyenne de 72 ans pour les Français, soit près d'un an et demi de plus que les Britanniques et plus de deux ans de plus que les Américains.

¹ Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde – Pour un système de santé plus performant*, 2000

² OCDE, *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2005*

	Espérance de vie sans incapacité (2002)	Espérance de vie à la naissance (2003)
Japon	75	81,8
Suède	73,3	80,2
Italie	72,7	79,9
Espagne	72,6	80,5
France	72	79,4
Canada	72	79,7
Allemagne	71,8	78,4
Luxembourg	71,5	78,2
Autriche	71,4	78,6
Pays-Bas	71,2	78,6

Tableau 1. Espérance de vie sans incapacité et espérance de vie à la naissance

Source : OCDE et *World Health Report 2004*

Enfin, **le taux de mortalité infantile**, qui mesure la proportion de décès chez les enfants de moins d'un an, est également très bas¹. Il se situe à 3,9 décès pour 1 000 naissances, le 7^{ème} meilleur au sein de l'OCDE (dont le taux moyen est de 6,1). La baisse du taux de mortalité infantile a été de 79% en France entre 1970 et 2003.

Cette efficacité du système de santé français est le résultat à la fois d'un accès aux soins ouvert à l'ensemble de la population et d'une offre médicale importante et de qualité.

La généralisation de l'accès aux soins est inscrite dans le préambule de la Constitution de 1946 qui affirme que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé.* » C'est en effet à partir de l'immédiat après-guerre, dans un contexte international de profond renouvellement des conceptions en matière de protection sociale, que **la France a progressivement généralisé l'accès aux soins médicaux à l'ensemble de sa population :**

- l'ordonnance du 4 octobre 1945 crée la sécurité sociale, initialement limitée aux travailleurs salariés du commerce et de l'industrie, et celle du 19 octobre 1945 précise le régime des assurances sociales (dont le risque maladie) ;
- la loi du 21 janvier 1961 établit un régime autonome d'assurance-maladie et maternité pour les exploitants agricoles et la loi du 12 juillet 1966 institue un régime similaire pour les autres professions non-salariées non-agricoles ;
- la loi du 2 janvier 1978 procède à l'universalisation de la protection contre les risques maladie et maternité ;
- la loi du 27 juillet 1999 institue enfin la couverture maladie universelle (CMU), qui prévoit l'affiliation obligatoire et gratuite ou partiellement gratuite au régime général de toute personne dépourvue de droits sur simple condition de résidence stable et régulière en France.

¹ *Ibid.*

Cette extension de l'accès aux soins à l'ensemble de la population française s'est parallèlement accompagnée d'un renforcement considérable de l'offre de soins :

- **un renforcement quantitatif** : en 40 ans, le nombre de médecins par habitant a plus que triplé en France. Celle-ci comptait 100 médecins pour 100 000 habitants en 1960. Elle en a aujourd'hui 340, contre une moyenne de 290 dans les pays de l'OCDE¹. Elle se situe à peu près au même niveau que l'Allemagne (336), la Suède (333) ou l'Espagne (329) et dépasse largement le Royaume-Uni (216) et le Danemark (285) ;
- **un renforcement qualitatif** : la France s'est dotée de technologies médicales modernes, passant par exemple de 8 unités d'IRM (imagerie par résonance magnétique) pour 100 000 habitants en 1990 à 27 unités en 2002. Avec 424 mammographes pour 100 000 habitants (contre 238 en 1990), elle détient même la densité la plus forte pour ce type de matériel au sein de l'OCDE.

Les résultats en matière d'espérance de vie, l'importance des moyens mobilisés et le respect des principes d'universalité, de solidarité et de libre choix expliquent pour beaucoup **l'attachement des Français à leur système de santé**. 85% des usagers s'en déclarent en effet satisfaits, ce qui le place en tête de l'ensemble des services publics². Les Français lui reconnaissent avant tout « *la qualité des soins reçus* » et « *l'accès et la gratuité des soins médicaux pour tous* ».

Cette opinion favorable, tout comme le classement de l'Organisation mondiale de la santé, ne permet cependant pas d'évaluer dans le détail la performance du système français. L'OMS ne prend par exemple en compte que certains critères spécifiques (comme l'espérance de vie sans incapacité) qui ne suffisent pas à évaluer de façon satisfaisante l'état de santé d'une population.

Dans le cas français, il apparaît que la qualité de son système de soins et les moyens importants qui lui sont dévolus n'ont pas permis de venir à bout de certains problèmes de santé graves.

2. Le système de santé français n'a pas su empêcher la multiplication des risques de mortalité prématurée parmi les Français de moins de 65 ans.

Les bons indicateurs d'espérance de vie à la naissance et d'espérance de vie sans incapacité ne doivent pas masquer le fait que plusieurs maladies potentiellement mortelles, à défaut de progresser, continuent d'affecter une partie importante de la population française :

- **1 420 cas de sida ont été diagnostiqués et 6 000 cas de séropositivité ont été découverts en 2003**, dont 32% sont des infections de moins de six mois³. Aujourd'hui, plus de 100 000 personnes vivent avec le virus du sida en France. 34 000 décès ont été recensés depuis le début de l'épidémie et 935 décès pour l'année 2005⁴ ;

¹ *Ibid.*

² BVA/Institut Paul Delouvrier, *Le baromètre des services publics*, avril 2006

³ Ministère de la Santé, « Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008 »

⁴ Chiffres de l'Institut national de veille sanitaire et de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement de l'université de Bordeaux II, *Enquête de mortalité*, 2005

- **780 000 Français ont été infectés par le virus de l'hépatite C** (mais entre le tiers et la moitié ignorent leur état) et **100 000 à 150 000 sont porteurs du virus de l'hépatite B**. Les deux infections constituent des causes majeures d'hépatite aiguë et d'affection hépatite chronique, notamment la cirrhose et le cancer du foie ;
- **la tuberculose** continue de décroître chez les personnes de nationalité française ou nées en France. Son incidence est en revanche 13 fois supérieure chez les personnes migrantes et y augmente de 8% chaque année depuis 1997¹.

Plus grave encore, la France se distingue par une mortalité prématurée avant l'âge de 65 ans qui est supérieure à la plupart de ses partenaires européens². Elle représente un cinquième du total des décès, soit 110 000 décès par an, dont 77 000 hommes et 33 000 femmes.

Les cancers en constituent la première cause. A l'origine de 1 500 000 décès ces dix dernières années, leur progression n'a pas été freinée : en 20 ans, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 63% (278 000 nouveaux cas en 2000 contre 170 000 en 1980)³. Si le vieillissement explique en partie cette situation, la France constitue néanmoins une exception européenne puisque les hommes français ont le taux de cancer le plus élevé des pays de l'Union européenne. Leur niveau de mortalité est supérieur de 50% par rapport aux Suédois et de 20% par rapport aux Britanniques. En outre, le taux de décès par cancer du poumon des femmes progresse plus rapidement en France que dans les autres pays d'Europe.

	Total	Dont poumon	Dont VADS ⁴	Dont foie
France	283,3	74,4	26,2	16,7
Union européenne	254,3	70,9	16,3	10,8
Allemagne	248,7	65,3	15,5	7,2
Royaume-Uni	238,9	64,9	17,2	4
Suède	196	33,6	7,9	5,9

Tableau 2. Taux normalisé⁵ de décès par cancer pour 100 000 hommes en 1999

Source : Institut de veille sanitaire

Cette surmortalité prématurée trouve son explication première dans une autre spécificité française, la forte prévalence des comportements à risques. L'augmentation de l'incidence du cancer ces 20 dernières années s'explique en effet pour plus de la moitié par l'alcoolisme, le tabagisme, les habitudes alimentaires et les risques professionnels.

La consommation d'alcool a fortement chuté depuis 1970, mais elle reste la plus élevée d'Europe⁶. Elle entraîne une forte addiction avec deux millions d'alcooliques et trois millions de consommateurs à risque en France. L'impact de l'alcool sur la santé des Français est lourd puisqu'il entraîne, selon les cas, des cirrhoses, des cancers, des maladies cardiovasculaires, des maladies neurologiques ou des troubles psychiatriques. 23 000

¹ « Le point sur la tuberculose », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 17-18, mai 2005

² Haut comité de la santé publique, *La santé en France*, 2002

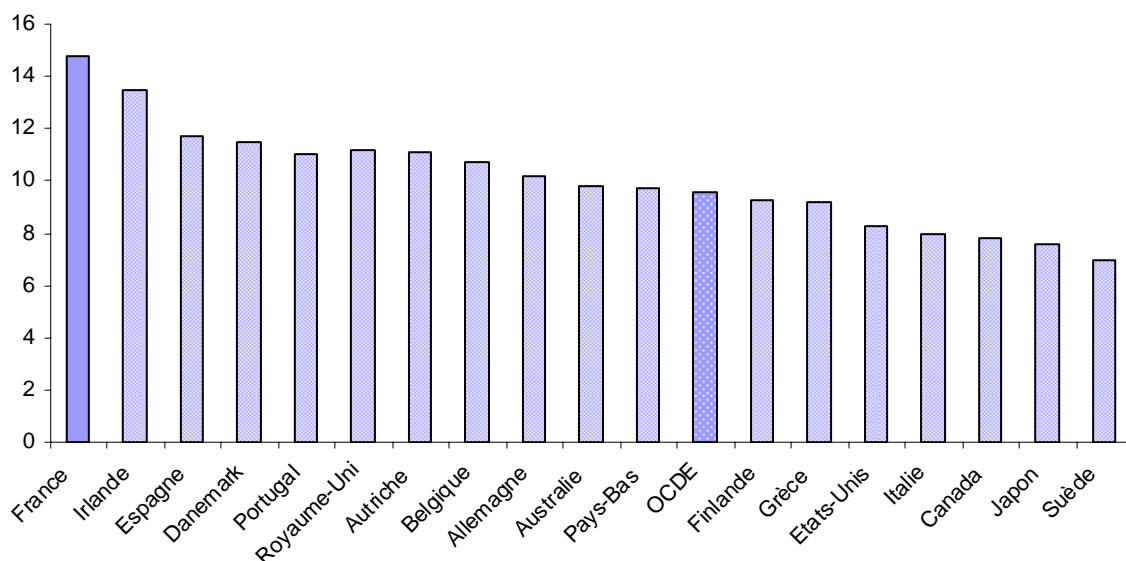
³ « Surveillance du cancer », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 41-42, octobre 2003

⁴ Voies aérodigestives supérieures

⁵ La structure par âges de la population étant neutralisée

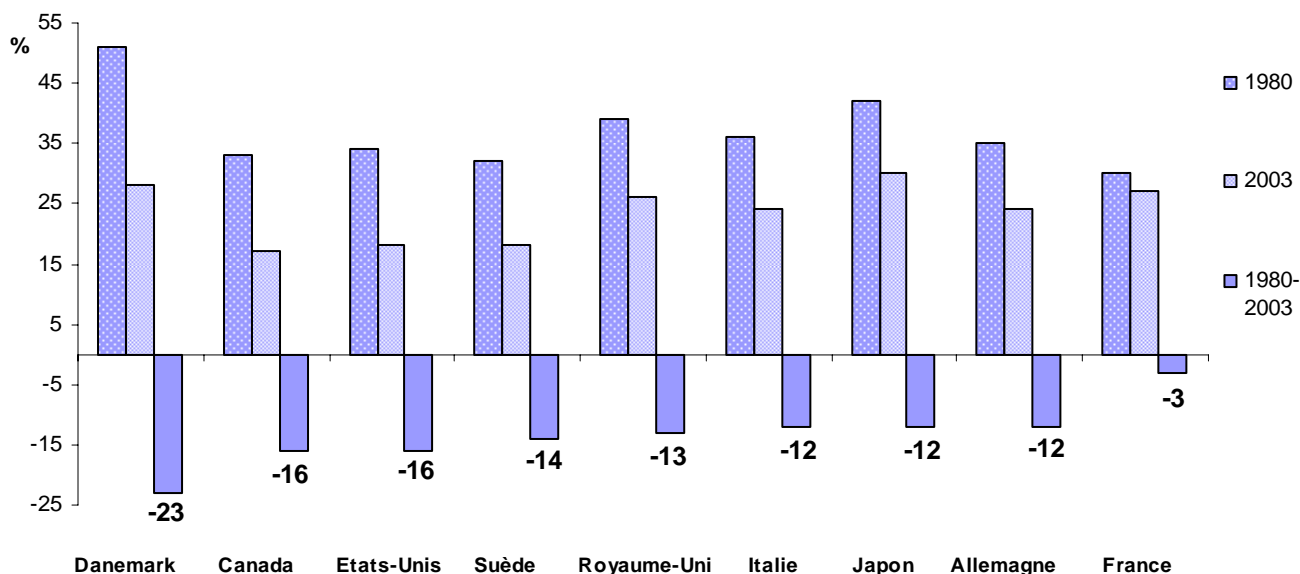
⁶ Excepté le Luxembourg. Dans ce pays toutefois, un volume important d'achats d'alcool est effectué par des non-résidents. OCDE, *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2005*

personnes en meurent directement chaque année en France. Plus d'un tiers des accidents mortels de la circulation sont également dus à un taux d'alcoolémie trop élevé (équivalent à 2 000 vies perdues chaque année). L'alcool est enfin la première cause de handicap non génétique chez les enfants exposés pendant la grossesse.



Graphique 2. Consommation d'alcool par an, en litres par habitant âgé de 15 ans et plus en 2003
Source : OCDE

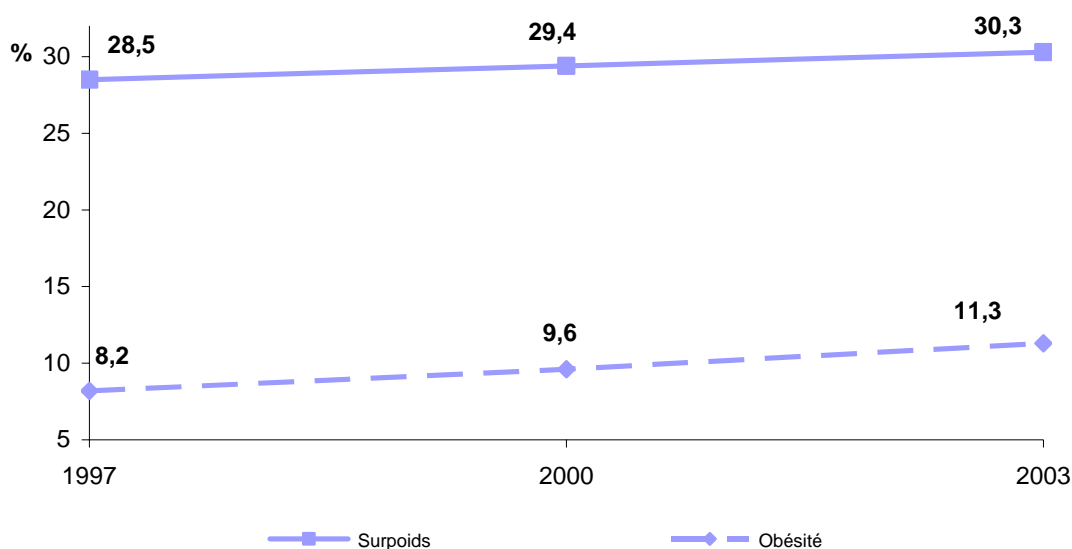
Chaque année 60 000 personnes meurent également du tabac, dont 3 000 non fumeurs, à la suite de maladies cardiovasculaires, de cancers (notamment du poumon) ou de maladies respiratoires. Pour un fumeur sur quatre, l'espérance de vie est réduite en moyenne de 20 ans et aboutit à une mort avant 65 ans. La France se distingue à cet égard par son incapacité à diminuer sensiblement sa proportion de fumeurs quotidiens alors qu'elle a été considérablement réduite dans la plupart des pays de l'OCDE au cours des quinze dernières années. Résultat : alors que la France détenait un des taux de fumeurs quotidiens les plus bas de l'OCDE en 1980, elle a désormais l'un des plus élevés.



Graphique 3. Tendence de la prévalence du tabagisme en pourcentage de la population adulte, 1980-2003
Source : OCDE

La surconsommation de médicaments est un autre trait caractéristique du système de santé français¹. Avec 100 millions de prescriptions chaque année, les Français sont les premiers consommateurs d'antibiotiques en Europe alors que 37% de ces prescriptions seraient inutiles. De même, les Français sont de gros consommateurs de psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs et hypnotiques) avec plus de 150 millions d'unités achetées en 2002. Cette surconsommation pose des problèmes de santé publique. La prescription à tort des antibiotiques augmente la résistance bactérienne et, *in fine*, la difficulté de traiter certaines infections. Les médicaments anti-cholestérol sont également très prescrits et souvent utilisés dans de mauvaises conditions (sans le régime alimentaire adapté).

L'importance de l'obésité est de plus en plus préoccupante. Elle est en grande partie l'effet secondaire du développement économique, qui associe une offre alimentaire de plus en plus énergétique à un style de vie de plus en plus sédentaire. Selon l'enquête ObEpi de 2003², la France compte plus de 5,3 millions de personnes adultes obèses et 14,4 millions de personnes en surpoids. La situation empire rapidement : la proportion de personnes adultes en surpoids ou obèses a progressé de 36,7% à 41,6% de 1997 à 2003. L'obésité massive a doublé de 0,3% à 0,6% durant la même période. Selon l'Inserm, près de 20% de la population française sera obèse en 2020.



Graphique 4. Evolution du surpoids et de l'obésité en France, 1997-2003 (adultes)
Source : ObEpi 2003

Le surpoids expose les personnes concernées à de nombreuses pathologies cardiovasculaires, métaboliques, articulaires, vésiculaires et cancéreuses. En outre, l'obésité augmente les facteurs de risques tels que le diabète, l'hypertension artérielle et l'excès de cholestérol, de lipides ou de triglycérides. 42,5% des personnes en surpoids ou obèses présentent l'un de ces facteurs de risques contre 18,6% des personnes de poids normal. **La forte augmentation de la population obèse aura donc, dans l'avenir, des implications importantes en termes de santé et de dépenses de santé.**

¹ CNAMTS, *L'assurance-maladie : chiffres et repères*, janvier 2005

² Enquête ObEpi, *Troisième enquête épidémiologique nationale sur l'emploi et le surpoids en France*, juin 2003

Une majorité de la population française âgée de 18 ans et plus est concernée par un excès de poids, le tabagisme ou l'alcoolisme¹. **Ces comportements à risques sont d'autant plus dangereux pour la santé que, souvent, ils s'additionnent.** 10,5% des Français cumulent ainsi deux de ces trois risques.

La santé sur le lieu de travail constitue un dernier problème persistant grave. Selon la CNAMTS, il y a eu 692 363 accidents du travail en 2004 (soit 1 895 par jour), dont 51 789 accidents avec incapacité permanente et 626 décès. En 2003, le nombre de nouveaux cas de maladies professionnelles était de 34 642, dont 15 713 ont entraîné une incapacité permanente et 485 un décès². Près de 10% des cancers en France sont d'origine professionnelle, soit 20 000 cas par an, et ils sont en constante augmentation. La proportion attribuable aux expositions professionnelles est par exemple de 10-15% pour les cancers du poumon et 15-20% pour les cancers des voies aérodigestives supérieures.

Les affections liées à l'amiante constituent 14,4% des maladies professionnelles et sont encore en forte croissance, reflétant des expositions anciennes. Entre 1965 et 1995, environ 35 000 décès peuvent être imputés à l'amiante, la plupart à la suite d'une contamination sur le lieu de travail³. De 50 000 à 100 000 nouveaux décès sont attendus dans les 25 prochaines années.

Encadré 1. La spectaculaire réduction des accidents et des maladies du travail aux Etats-Unis

Au début des années 90, les Etats-Unis ont connu une recrudescence d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans le secteur manufacturier et dans celui des services⁴. 8,9 accidents et maladies pour 100 salariés étaient recensés en 1992, soit le taux le plus élevé depuis la fin des années 70. Ils représentaient un coût énorme, équivalent à 3% de la richesse nationale. Plusieurs acteurs ont alors décidé d'agir :

- le plus grand syndicat américain, AFL-CIO, mena une campagne très active contre les accidents et les maladies professionnels, notamment grâce à une politique systématique de dépôt de plainte auprès de l'*Office of Safety and Health Administration* (OSHA) en cas de faute de l'employeur ;
- l'OSHA a lui-même joué un rôle important en rendant public le résultat de ses enquêtes et de ses inspections (et notamment des « listes noires » d'établissements aux fréquences élevées d'accidents et de maladies du travail). Ces informations sont devenues disponibles pour les salariés, les clients, les partenaires économiques éventuels et, surtout, les assureurs des entreprises. Elles ont conduit à la hausse les primes d'assurance (qui passèrent de 1,4% du coût total du travail en 1985 à 2,4% en 1994). Ce renchérissement a rapidement incité les entreprises à investir davantage dans des politiques de prévention ;

¹ LANOË J.-L. et DUMONTIER F., « Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids », *INSEE Première*, n° 1048, novembre 2005

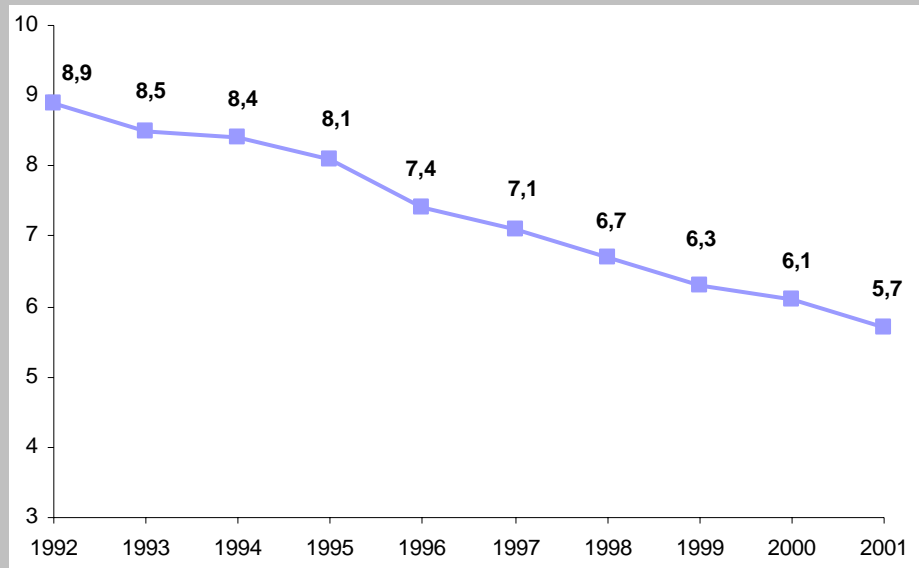
² Site de l'Institut national de recherche et de sécurité, « Les accidents du travail en 2004 », mai 2005

³ DERIOT G., *Le drame de l'amiante en France*, rapport d'information n°37, Sénat, octobre 2005

⁴ ASKENAZY P., *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Seuil, 2004

- les Etats fédérés ont soutenu ces mesures de prévention en offrant des crédits d'impôts aux entreprises qui mettaient en place des programmes de santé et de sécurité.

En quelques années, grâce à ces actions, les Etats-Unis ont réussi à réduire d'un tiers les risques liés au travail dans l'ensemble du secteur privé.



Graphique 5. Nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles pour 100 salariés équivalents temps plein dans le secteur privé, 1992-2001

Source : Bureau of Labor Statistics

Il est à noter qu'aucune législation n'a été nécessaire pour mettre en œuvre cette politique de prévention fondée avant tout sur l'incitation économique. De même, l'OSHA n'a pas eu besoin d'augmenter le nombre de ses inspecteurs du travail, puisque les entreprises étaient encouragées à se mettre elles-mêmes en conformité avec les règles existantes. Il s'est contenté de mieux cibler ses inspections sur les établissements les plus pathogènes.

3. Le système de santé français ne sait pas lutter contre certaines inégalités devant la santé.

Le système français est non seulement insuffisamment puissant pour lutter contre le risque de certaines maladies les plus graves, mais il ne parvient pas à résorber les inégalités existant au sein de la population. Le système assure certes un accès général aux soins médicaux, mais **les Français demeurent inégaux devant la santé selon leur sexe, leur statut social, leur niveau d'études ou leur lieu de résidence.**

La première inégalité est celle existant entre les sexes. Dans l'ensemble des pays développés, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. L'écart d'espérance de vie à la naissance entre Français et Françaises est cependant particulièrement élevé, au point de dépasser celui de tous les pays de l'UE-15. La mortalité prématurée est notamment 2,5 fois plus élevée pour les hommes que pour les femmes¹.

¹ Haut comité de la santé publique, *La santé en France*, 2002

	Ecart	Hommes	Femmes
France	7	75,9	82,9
Espagne	6,7	76,9	83,6
Finlande	6,7	75,1	81,8
Portugal	6,3	74,2	80,5
Luxembourg	6	75	81
Belgique	5,8	75,9	81,7
Allemagne	5,7	75,7	81,4
Autriche	5,7	75,9	81,6
Italie	5,7	76,8	82,5
Irlande	4,9	75,8	80,7
Danemark	4,8	75,1	79,9
Grèce	4,8	76,5	81,3
Suède	4,6	77,9	82,5
Royaume-Uni	4,5	76,2	80,7

Tableau 3. Espérance de vie à la naissance dans les pays de l'UE-15 en 2003

Source : Eurostat

De fortes inégalités sociales existent également en matière d'espérance de vie et de mortalité. Les catégories les plus modestes ont une espérance de vie plus faible que les autres. L'espérance de vie à 35 ans d'un ouvrier est ainsi inférieure de 6,5 ans à celle d'un cadre¹. La mortalité des ouvriers et des employés est pour sa part près de trois fois supérieure à celle des cadres supérieurs et professions libérales. Ces différences sont plus importantes en France que dans le reste de l'Europe, notamment en ce qui concerne les hommes².

Ces différences sont la conséquence d'inégalités face à la maladie et aux comportements à risques. Les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures sont notamment des facteurs importants de surmortalité pour les ouvriers et les employés³. Le taux de mortalité par cancer du poumon varie du simple au quadruple entre la catégorie la plus favorisée et la moins favorisée⁴. Ces pathologies sont étroitement liées à la consommation excessive d'alcool et de tabac, les catégories les moins favorisées de la population étant les plus concernées. La consommation de tabac est par exemple près de deux fois plus fréquente chez les ouvriers que chez les cadres.

Les inégalités sociales n'épargnent pas les enfants. Le poids à la naissance et la probabilité d'une naissance prématurée sont ainsi étroitement liés à la catégorie sociale des parents. Un faible poids à la naissance, souvent annonciateur de difficultés de santé ultérieures, est par exemple 2,1 fois plus fréquent chez les ouvriers et employés que chez les cadres. La prématurité est pour sa part 1,6 fois plus fréquente.

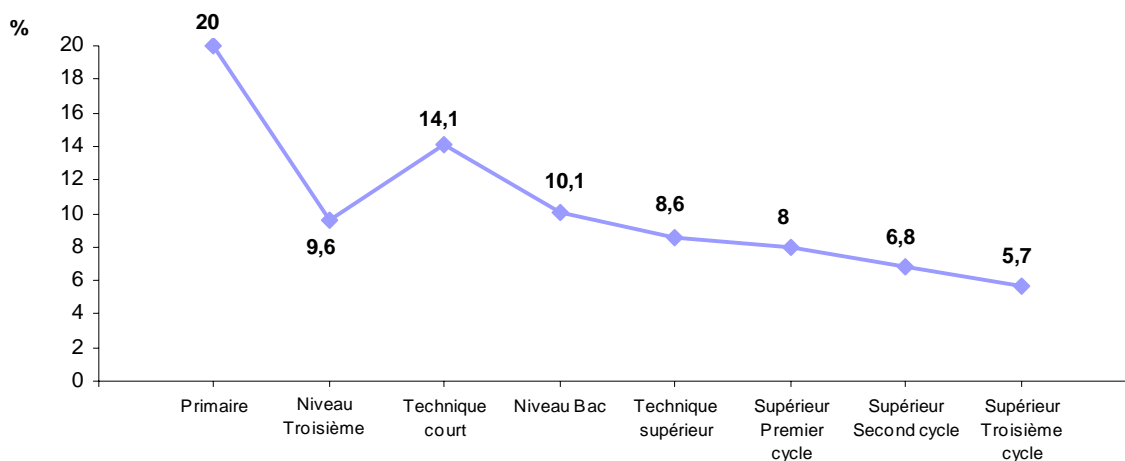
¹ *Ibid.*

² LECLERC A., « Les inégalités en matière de santé », in TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n°324, janvier-février 2005

³ *Ibid.*

⁴ ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « Les inégalités de santé » in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

Le problème de l'obésité résume à lui seul les différentes inégalités existant en France en matière de santé. Il obéit d'abord à des inégalités socioéconomiques. Cinq millions de Français font face à des contraintes alimentaires dues à leur faible pouvoir d'achat¹. Il leur est donc difficile de diversifier une alimentation peu chère, souvent riche en graisses et en sucres et pauvre en fibre. La prévalence de l'obésité atteint ainsi 17% des foyers disposant d'un revenu mensuel inférieur à 900 euros par foyer contre 8,1% dans ceux vivant avec plus de 5 300 euros par mois². Mais l'obésité est également associée à un bas niveau d'études et à un manque d'éducation à l'alimentation. Les personnes n'ayant pas dépassé le niveau primaire ont trois fois plus de chance d'être obèses que celles ayant atteint un niveau d'éducation supérieur³.



Graphique 6. Evolution de la prévalence de l'obésité en fonction du niveau d'instruction de l'individu
Source : enquête ObEpi 2003

Ces inégalités sont également très marquées pour les problèmes de poids des plus jeunes. Lorsqu'un adolescent a un père ouvrier non qualifié, le surpoids est deux fois plus fréquent que si ce dernier exerçait une profession libérale, et l'obésité, dix fois plus fréquente.

Enfin, les différences en matière de santé se lisent sur le territoire français. L'espérance de vie d'une région à l'autre varie en effet considérablement : un homme en Midi-Pyrénées peut espérer vivre 77,3 ans contre 72,8 en Nord-Pas-de-Calais, soit une différence de 4,5 ans. Il est à cet égard frappant que l'espérance de vie à la naissance des hommes de cette dernière région soit à peine supérieure à celle d'un homme habitant au Mexique (71), au Venezuela (71) ou en Tunisie (70). L'écart d'espérance de vie est même supérieur à 10 ans pour les hommes entre certains bassins d'emplois. De façon générale, les espaces urbanisés sont associés à des phénomènes de sous-mortalité alors qu'au contraire, en moyenne, plus un habitant réside dans une zone rurale éloignée du chef-lieu départemental, plus sa mortalité augmente⁴.

¹ BABUSIAUX C., « La voie étroite du politique », *Le bulletin de l'Ilec*, n° 369, février 2006

² Site du ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement

³ DERIOT G., *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, rapport d'information n°8, Office parlementaire d'évaluation de la santé, Sénat, 5 octobre 2005

⁴ ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, *op. cit.*

4. La persistance des inégalités révèle l'insuffisance de la politique française de santé publique.

Contrairement à ce que le classement de l'OMS semble indiquer, **ouvrir l'accès au système de soins à toute la population et améliorer l'offre médicale ne suffisent pas à garantir un système de santé en tous points performant.**

Les modes de vie (habitudes alimentaires, activité physique, comportements à risques), les inégalités (de revenu, de niveau d'éducation, dans le travail) ou encore l'environnement physique (pollution, habitat) sont des facteurs importants pour la santé des individus. Le rapport « Santé 2010 » avait déjà estimé en 1993 que seuls 11% des décès pouvaient être influencés par la qualité des soins médicaux et que plus de 60% étaient liés aux conditions de vie¹.

Or, le Haut comité de la santé publique rappelle justement que « *la politique de santé en France a longtemps été une politique de promotion de l'accès aux soins plutôt qu'une politique de promotion de la santé.* »² Elle a obtenu ses meilleurs résultats dans les pathologies les plus liées aux soins (maladies cardiovasculaires), mais reste impuissante devant les problèmes de santé pour lesquels moins de remèdes thérapeutiques ont été développés (cirrhose, cancer du poumon ou des voies aérodigestives supérieures). Les stratégies en amont des soins, en premier lieu la prévention et l'éducation sanitaire, n'occupent pas une place importante dans le système de santé français :

- **seuls 7% des dépenses courantes de santé sont des dépenses de prévention, soit environ 9 Mds d'euros³.** Cette dépense est non seulement faible, mais également déséquilibrée : la prise en charge de l'hypertension artérielle concerne 20% des dépenses alors que les dépenses attribuables au problème de l'alcool et du tabac ne totalisent que 3,4% ;
- **la France n'a pas de politique de santé en matière d'addictions.** La politique envers l'alcoolisme est très faible en dehors des campagnes contre l'alcool au volant. En matière de tabagisme, la loi Evin n'est pas suffisamment protectrice pour les non-fumeurs et, au surplus, peu appliquée. Le dispositif de lutte contre les drogues est pour sa part insuffisant et périmé. La loi du 31 décembre 1970 est largement inappliquée et la politique de « réduction des risques » a été un échec en s'attaquant exclusivement aux effets (distribution de seringues propres, prescription sur ordonnance de produits de substitution) et en délaissant les causes, c'est-à-dire les drogues elles-mêmes ;
- **la politique de lutte contre l'obésité est nettement trop timorée.** Les résultats du Programme national nutrition santé (PNNS), lancé en 2001, n'ont pas été à la hauteur des enjeux. Les pratiques alimentaires n'ont pas évolué et la montée de l'obésité n'a pas été enrayerée. Les mesures sont trop faibles ou inefficaces (empilement des campagnes d'information). Aucune mesure pour la prévention de l'obésité dès l'enfance n'a été prise alors qu'elle paraît pourtant être la stratégie la plus payante à long terme ;

¹ SOUBIE R., *Santé 2010*, rapport du groupe « Prospective du système de santé », 1993

² Haut comité de la santé publique, *La santé en France*, 2002

³ Chiffres de 1998. LE FUR P. et al., « Les dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé », *Etudes et résultats*, DREES, n° 247, juillet 2003

- **la médecine scolaire est quasi inexistante.** Les obligations et les moyens consacrés sont faibles. Il n'existe qu'un médecin pour 6 000 élèves et un seul examen est obligatoire par élève pour l'ensemble de sa scolarité. L'éducation à la santé reste peu développée et trop peu est fait à l'école pour détecter les signes précoces d'obésité ou les troubles du comportement ;
- **en matière de santé du travail,** la pénurie de médecins du travail devient inquiétante (2 000 prendront leur retraite dans les dix prochaines années sur un total de 6 500 pour 15 millions de salariés du secteur privé) alors que leurs pouvoirs sont très limités. En outre, les modalités de cotisations n'incitent pas les entreprises à faire de la prévention. Seules les entreprises de plus de 200 salariés paient en fonction du risque réel. Pour les autres, les taux sont mutualisés (ce qui conduit souvent à une externalisation des activités à risques professionnels des grandes entreprises vers ces dernières) ;
- enfin, **le sport** n'occupe pas non plus la place qu'il mérite dans la politique de santé française. Il est pourtant un puissant levier d'amélioration de la santé individuelle. Mais si chaque gouvernement affiche l'objectif du « sport pour tous », aucun ne se donne les moyens de stimuler la pratique sportive des Français qui est insuffisante par rapport à nos partenaires du nord de l'Europe. Le temps consacré au sport à l'école est ainsi tout à fait insuffisant, tout comme l'est aussi l'offre en matière de locomotion humaine (zones piétonnes, pistes cyclables, parcs à vélos) et de clubs omnisports financièrement accessibles¹.

Ces nombreuses et importantes lacunes sont inquiétantes alors que le Haut conseil de la santé publique a rappelé que « *la réduction des inégalités de santé passe par la prévention et la maîtrise des déterminants sociaux de la santé.* »

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la première depuis 1902, constitue un premier pas dans cette direction. Elle a sensiblement modifié l'organisation et le fonctionnement des institutions consacrées à la santé publique et a défini cent objectifs quantifiés pluriannuels, principalement en relation avec le cancer, les comportements à risques et les addictions, la santé et l'environnement (y compris au travail) et la prise en charge des maladies chroniques et des maladies rares. Ces objectifs sont accompagnés d'indicateurs permettant d'évaluer l'avancée de leur réalisation.

Encadré 2. La transparence comme politique de santé publique : l'exemple de la lutte contre les maladies nosocomiales

Le taux d'infections nosocomiales en France était de 6,9% des patients hospitalisés en 2001. Ce chiffre est comparable à celui des autres pays européens, mais les maladies nosocomiales concernent néanmoins 700 000 Français par an et provoquent environ 4 200 décès². Elles coûtent près de 200 millions d'euros chaque année³.

Un programme a été lancé en 2005 afin d'améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels, optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance, mieux informer les patients et promouvoir la recherche. Mais l'action la plus efficace a été prise dès 2004 par la constitution d'un classement des établissements de soins en fonction

¹ Sur tous ces points, cf. dossier de la Convention sport de l'UMP

² Ministère de la Santé, « Programme national de lutte contre les infections nosocomiales »

³ Site de la Haute autorité de santé

d'un Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (Icalin). Celui-ci a été réalisé sur 2 832 établissements et rendu public en février 2006.

Ces derniers sont notés de A à E, des meilleurs aux moins bons. La catégorie E signifie que l'hôpital n'est pas à la hauteur des objectifs fixés par le programme : 163 établissements sont aujourd'hui dans ce cas¹.

2004	NR ²	A	B	C	D	E	Total
Nombre d'établissements	404	316	630	945	374	163	2 832
Pourcentage d'établissements	14,3	11,1	22,2	33,4	13,2	5,8	100

Tableau 4. Résultats nationaux de l'Icalin 2004

Source : ministère de la Santé

La grande originalité de ce classement réside dans la façon dont il promeut la transparence comme moyen de lutte contre un problème sanitaire important. Cette méthode est en effet véritablement innovante dans la mesure où les hôpitaux français ne sont habituellement pas évalués, ni comparés entre eux, et encore moins de façon aussi transparente. Son but est de permettre à l'ensemble des usagers d'être informés du niveau de risque existant dans chaque hôpital tout en incitant ces derniers à lutter plus efficacement contre les infections nosocomiales.

Si la méthode est incontestablement intéressante, il y a lieu toutefois de noter que l'indice retenu mériterait d'être revu. Les moyens engagés par un hôpital pour lutter contre les infections nosocomiales traduisent autant l'existence d'une volonté que celle d'un problème. Si un hôpital a beaucoup d'infections nosocomiales, il engagera plus de moyens de lutte. Seul le taux d'infections nosocomiales dans chaque hôpital serait un indice réellement informatif.

5. Le système français est-il capable de relever les nouveaux défis de santé publique ?

Le système de santé français sera confronté durant les prochaines années à plusieurs défis sanitaires et sociaux de grande ampleur. L'ambiguïté de ses performances actuelles et l'absence de toute politique de prévention instillent un doute quant à sa capacité à les relever.

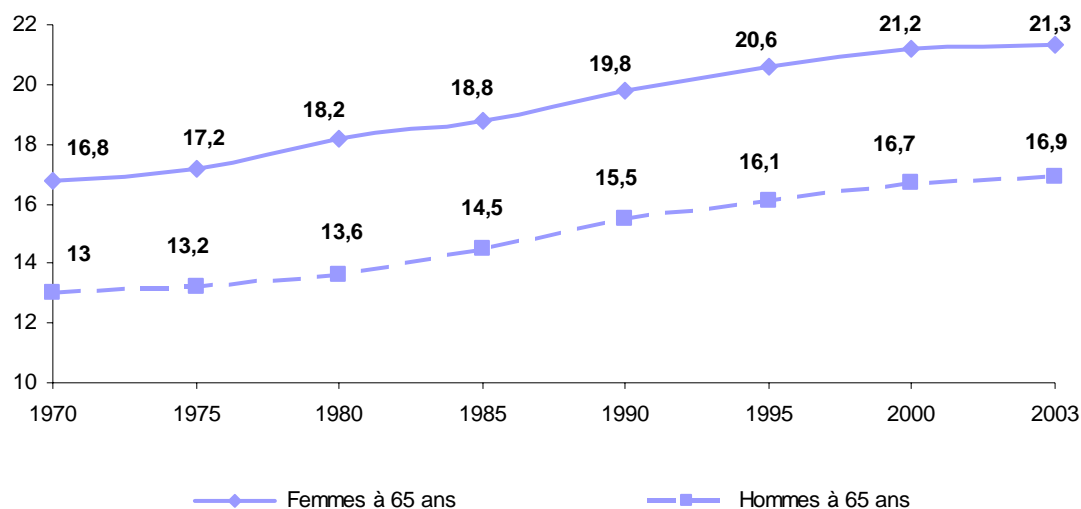
Le système de santé français devra d'abord faire face au vieillissement de la population. La proportion de personnes âgées ne cesse de croître en France : en 2035, les personnes âgées de plus de 60 ans seront 21 millions (32,8% de la population) contre 12 millions (21%) aujourd'hui³.

Ces personnes âgées bénéficient aujourd'hui en France d'un système qui leur garantit l'accès à un système de soins de qualité, une situation qui explique que l'espérance de vie à 65 ans soit plutôt élevée : 16,9 ans pour les hommes et 21,3 ans pour les femmes, contre 15,9 et 19,3 en moyenne au sein de l'OCDE. L'espérance de vie des femmes françaises de 65 ans est d'ailleurs seulement dépassée par celle des Japonaises.

¹ Site du ministère de la Santé

² Etablissements de santé n'ayant pas répondu

³ BRUTEL C., « Projections de population à l'horizon 2050 », *Insee Première*, n°762, mars 2001



Graphique 7. Evolution de l'espérance de vie à 65 ans en France, 1970-2003

Source : OCDE

Les 15 000 morts de la canicule d'août 2003 ont cependant montré que le système de santé français pouvait connaître de dramatiques défaillances (manque de réactivité du système de veille, absence de coordination du système de soins). L'indifférence ou l'insouciance de la société à l'égard du quatrième âge a joué un rôle important (plus de la moitié des décès ont eu lieu à domicile), mais elles n'en soulignent que davantage le caractère indispensable d'une véritable politique de veille et de prévention.

Une autre conséquence du vieillissement est **la perte d'autonomie chez les personnes très âgées**, qui vont être de plus en plus nombreuses, suscitant des besoins de prise en charge lourds et nouveaux. D'ici à 2040, les cas de dépendance lourde seraient multipliés par deux¹. **Les maladies de Parkinson et d'Alzheimer** aggravent les dépendances de type psychique : la première toucherait 100 000 à 120 000 personnes en France, la seconde (et ses maladies apparentées) concernerait entre 600 000 et 850 000 personnes et susciterait 135 000 à 165 000 nouveaux cas par an.

Le vieillissement de la population n'épuise cependant pas les futurs enjeux de santé. Paradoxalement, l'autre catégorie de la population française paraissant la plus fragile est celle des jeunes. **La période des 15-30 ans reste associée à des comportements à risques et tout particulièrement le tabac, la toxicomanie, l'obésité et les troubles psychiques :**

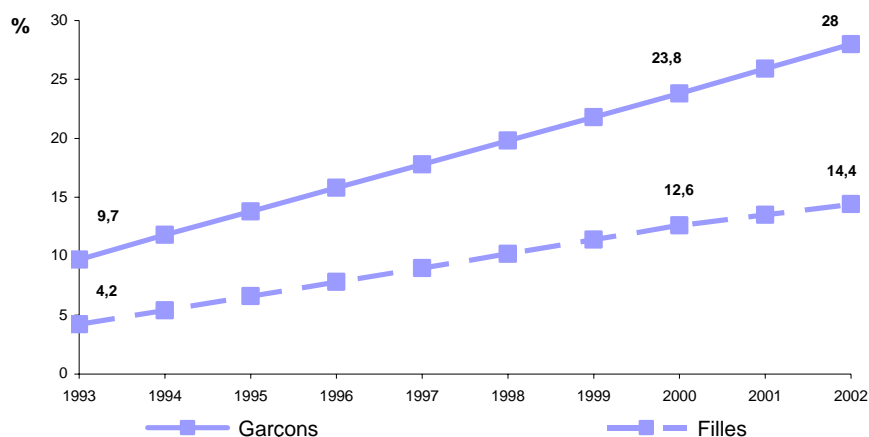
- près d'un Français de 17 ans sur deux (47,8%) fume occasionnellement ou quotidiennement². **La prévalence des jeunes fumeurs est très forte par rapport à celle des autres pays européens.** En 1999, 53% des Français entre 15 et 24 ans fumaient contre une moyenne de 41% dans l'UE-15³. Le second taux le plus important était l'Irlande avec 46%, soit 7 points en dessous de la France ;
- **la proportion de garçons et de filles de 16-17 ans ayant fumé du cannabis plus de dix fois dans l'année a triplé depuis 1993, faisant des jeunes Français les consommateurs les plus réguliers dans l'Union européenne⁴.**

¹ Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, rapport, novembre 2005

² Chiffres de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

³ Données Eurostat

⁴ OFDT, *Rapport annuel – Etat du phénomène de la drogue en Europe*, 2005

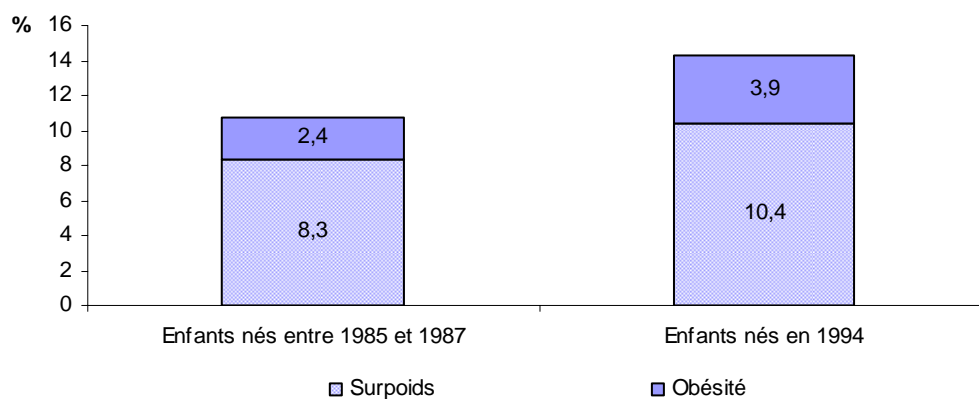


Graphique 8. Usage répété de cannabis (au moins 10 fois au cours de l'année) à 17 ans, 1993-2002

Source : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Contrairement à ce qu'avancent certains propos irresponsables, la consommation de cannabis est encore plus nocive pour la santé que le tabac : le joint de cannabis peut faire inhaler jusqu'à 6 à 7 fois plus de goudrons et de monoxyde de carbone que la cigarette et a des effets psychiques reconnus (perturbation de la concentration intellectuelle et des réflexes, dépression). Près de 40% des conducteurs français de moins de 30 ans tués dans un accident de la circulation étaient sous l'influence du cannabis (soit l'équivalent de 700 à 800 décès par an) ;

- **la proportion d'enfants français en surpoids ou obèses est passée de 5% en 1980 à 15% en 2000**, soit un rythme de progression comparable à celui des Etats-Unis. L'obésité apparaît de plus en plus tôt chez les enfants. L'obésité de l'enfant entraîne des complications précoces telles que des troubles orthopédiques, endocriniens et des diabètes de type II (longtemps limités aux adultes) ;



Graphique 9. Evolution de la prévalence du surpoids à 5-6 ans

Source : ministère de la Santé

- enfin, **le nombre de jeunes suivis en psychiatrie infanto-juvénile est passé de 254 700 à 432 000 entre 1991 et 2000**. La proportion de jeunes décédés à la suite d'un suicide a sensiblement diminué depuis 1993 (de 12,6% à 7,6%)¹. Le suicide reste malgré tout la deuxième plus importante cause de décès des Français âgés de 15 à 24 ans.

¹ MOUQUET M.-C. et BELLAMY V., « Suicides et tentatives de suicide en France », *Etudes et résultats*, DREES, n°488, mai 2006

De nouveaux problèmes émergent aussi en lien avec le monde du travail chez les adultes actifs. Les risques professionnels restent encore largement le fait de professions du secteur primaire et secondaire, mais ils concernent également de plus en plus les services, les cadres et les professions intermédiaires. Les nouvelles formes d'organisation du travail entraînent l'apparition et l'augmentation de nouvelles pathologies : stress, surmenage, fatigue généralisée ou dépressions. Les troubles musculo-squelettiques (mal de dos, épaules coincées, articulations du bras et de l'avant-bras usées) touchent désormais des personnes contraintes de répéter le même geste un grand nombre de fois et celles travaillant sur un ordinateur. Ils représentent aujourd'hui les trois quarts des maladies professionnelles.

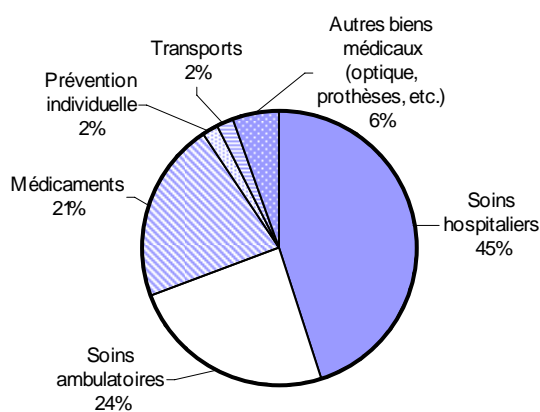
Le système de santé doit enfin se préparer à faire face à des menaces telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'épizootie de grippe aviaire ou le chikungunya, que le développement des moyens de transport et l'augmentation des déplacements internationaux ne feront qu'accroître dans le futur. Début juin 2006, le chikungunya avait déjà provoqué la mort de plus de 230 personnes sur l'île de la Réunion. La protection contre ces risques infectieux est rendue d'autant plus difficile lorsqu'à la transmission par les transports aériens s'ajoute le risque de transmission par le biais des animaux. Dans le cas du chikungunya, la réaction et la mobilisation des institutions sanitaires de la France ont été lentes et insuffisantes, révélant la vulnérabilité des pays occidentaux face à ces maladies émergentes. De nouvelles épidémies suivront inéluctablement, avec des modes de propagation tout aussi brutaux et imprévus, requérant sur ce sujet aussi un relèvement substantiel de l'effort de veille et de prévention ainsi qu'une plus grande réactivité de la part des institutions sanitaires.

Chapitre 2. Mieux dépenser pour préserver la santé du financement de l'assurance-maladie

La **dépense courante de santé**, c'est-à-dire la somme de toutes les dépenses¹ de santé engagées par les financeurs publics ou privés, se montait à **183,5 Mds d'euros** en 2004, soit 11,1% du PIB². Ces chiffres placent la France parmi les premiers pays développés en termes de poids des dépenses de santé dans la richesse nationale : l'OCDE la classe au cinquième rang, derrière les Etats-Unis, la Suisse, l'Allemagne et l'Islande³.

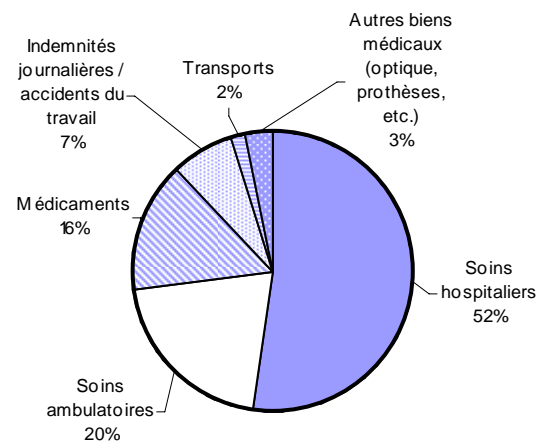
La **consommation médicale totale**, correspondant à la valeur des biens et services consacrés aux soins et à la prévention individuelle, se montait quant à elle à **147,6 Mds d'euros**, soit 8,9% du PIB.

Les **dépenses d'assurance maladie**⁴ représentent quant à elles **106 Mds d'euros**, soit l'équivalent de 71% de la consommation médicale totale et les trois quarts de la consommation de soins et de biens médicaux⁵.



Graphique 10. Répartition de la consommation médicale totale en France en 2004

Source : comptes nationaux de la santé 2004



Graphique 11. Répartition des dépenses de l'assurance-maladie en 2004

Source : CNAMTS

¹ Nature des dépenses comptabilisées : soins et biens médicaux, aide aux malades, subventions au système de soins, prévention, recherche, formation, coûts de gestion. Les financeurs publics sont l'Etat, l'assurance-maladie ou les collectivités ; les financeurs privés sont les entreprises, les mutuelles, les ménages.

² FENINA A. et GEFFROY Y., « Comptes nationaux de la santé 2004 », *Document de travail*, DREES, juillet 2005

³ L'OCDE utilise un indicateur distinct, mais proche de la dépense courante de santé : la dépense nationale de santé, qui représentait 10,5% du PIB en 2004.

⁴ Dépenses financées par la branche maladie de la sécurité sociale

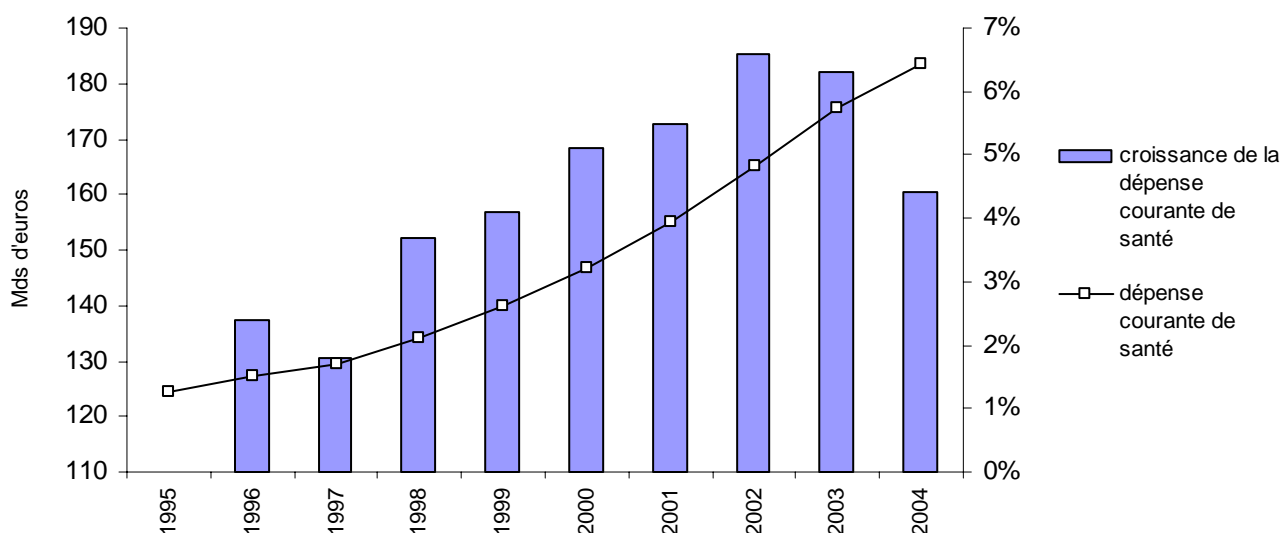
⁵ CAUSSAT L., FENINA A. et GEOFFROY Y., « Quarante années de dépenses de santé. Une rétroprojection des comptes de la santé de 1960 à 2001 », *Etudes et résultats*, DREES, n°243, juin 2003

1. La dérive des dépenses de santé menace la pérennité de l'assurance-maladie.

1.1 Les dépenses et les déficits de l'assurance-maladie augmentent.

1.1.1 Les dépenses de santé croissent plus vite que la richesse nationale.

La hausse des dépenses de santé se traduit à la fois en valeur et en points de PIB. La tendance est une hausse annuelle moyenne de 4 à 6% des dépenses de santé.



Graphique 12. Dépense courante de santé (Mds d'euros) et croissance annuelle de la dépense courante de santé (en %)

Source : DREES, comptes nationaux de la santé

Cette hausse des dépenses de santé engendre mécaniquement celle des dépenses de l'assurance-maladie.

La dérive des dépenses de l'assurance-maladie résulte d'un taux de croissance des dépenses de santé structurellement plus élevé que le taux de croissance. Dans ces conditions, il est logique que le poids des dépenses de santé dans le PIB augmente régulièrement : elles représentaient 3,5% du PIB en 1960¹, contre 8,9% en 2004².

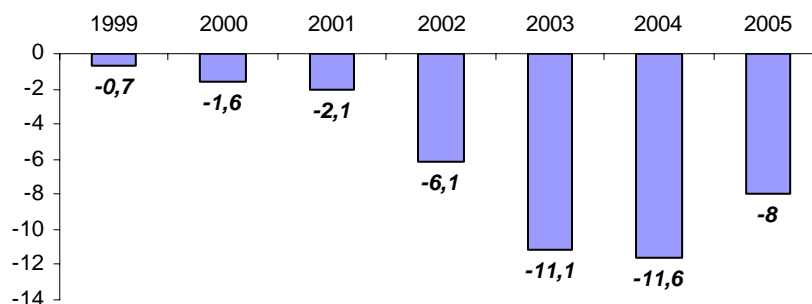
1.1.2 Les comptes de l'assurance-maladie ne sont plus équilibrés.

Depuis plusieurs années, la branche maladie de la sécurité sociale est en situation de déficit. Pour **2004**, le besoin de financement du régime général (CNAMTS) s'est monté à **11,6 Mds d'euros**³. En 2005, le déficit a été réduit à 8 Mds d'euros.

¹ Données sur la consommation de soins et de biens médicaux (CSBN). CAUSSAT L., FENINA A. et GEOFFROY Y., *op. cit.*

² FENINA A. et GEOFFROY Y., « Comptes nationaux de la santé 2004 », *Document de travail*, DREES, juillet 2005

³ Source : commission des comptes de la sécurité sociale



Graphique 13. Déficit de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale (en Mds d'euros)

Source : de 1999 à 2002 inclus, rapport Vasselle (Sénat)¹ ;
de 2003 à 2005, commission des comptes de la sécurité sociale

La dégradation de la conjoncture économique conduit naturellement à dégrader les comptes de l'assurance-maladie. Mais les études montrent que la moitié, voire les deux tiers du déficit de l'assurance-maladie ne sont pas dus à la conjoncture (insuffisance des recettes), mais bien à une **tendance structurelle au déséquilibre**² (excès de dépenses) qu'il importe de corriger.

1.2 La dérive des dépenses compromet la survie du système de santé français.

1.2.1 Les dépenses devraient encore croître dans le futur.

Il faut noter, à la suite de Claude Le Pen, que « *les dépenses vont continuer d'augmenter sous le triple effet de la démographie, de la technologie et de l'évolution de la demande sociale* »³. Ce phénomène concerne tous les pays développés et n'est pas spécifique à la France⁴ :

- **la demande de santé augmente avec le niveau de richesse et le niveau de développement**⁵ ;
- **le progrès technique**, qui explique déjà une partie de la hausse des dépenses de santé, va contribuer à renchérir les soins et donc à accroître la part de la santé dans le revenu national ; comme le souligne justement l'OCDE, « *avec les avancées technologiques [technicité des pratiques médicales, médicaments], on peut faire beaucoup plus, mais il faut payer plus aussi* » ;
- **le patient est devenu un « consommateur de soins »** et ses attentes en matière de santé paraissent sans limite ; il est ainsi possible de parler de véritable « *médicalisation de la société* »⁶ ;

¹ VASSELLE A., *La tarification à l'activité à l'hôpital : la réforme au milieu du gué*, rapport d'information n°298, Sénat, 2006

² Entre autres, CORNILLEAU G. et VENTELOU B., « La réforme française de l'assurance-maladie », *Lettre de l'OFCE*, n°251, juillet 2004

³ LE PEN C., « Guérir l'assurance-maladie », *Sociétal*, n°42, 4^{ème} trimestre 2003

⁴ Une récente étude américaine a montré que les dépenses de santé, de 13% du PIB actuellement, pourraient finir par atteindre 33% du PIB aux Etats-Unis.

⁵ HUSSON M., « La santé, un bien supérieur ? », *Chronique internationale de l'IREES*, n°91, novembre 2004

⁶ LE PEN C., *op. cit.*

- **enfin, le vieillissement de la population** va certainement accroître les dépenses¹ : le fait de vivre plus vieux va augmenter mécaniquement la consommation moyenne de soins et de biens médicaux, ainsi que les questions liées à la dépendance.

1.2.2 A législation inchangée, les déficits vont devenir insupportables.

Les déficits successifs alimentent une dette déjà très élevée. En additionnant les seuls déficits du régime général de l'assurance-maladie depuis 1999, la dette atteint 41,2 Mds d'euros. Si les tendances ne changent pas, **l'assurance-maladie s'achemine vers un besoin de financement très élevé**, qui va fortement dégrader une situation déjà mauvaise. Comme l'a montré le rapport Pébereau², le déséquilibre annuel des régimes obligatoires d'assurance-maladie pourrait se monter à 2,7% du PIB à l'horizon de 2050 (contre 0,7% aujourd'hui)³.

L'endettement du régime de l'assurance-maladie met à la charge des générations futures le coût de l'incapacité du système de santé à se réformer. Le système de la CADES⁴, chargée de l'apurement de la dette sociale, et de la CRDS⁵, permettant de la financer, a d'ailleurs été pérennisé au-delà de 2014 par la réforme de 2004 de l'assurance-maladie⁶.

Le système de santé français reposant largement sur la branche maladie de la sécurité sociale, il est légitime de poser la question de la pérennité de notre système de soins.

1.3 Cette situation est d'autant plus difficile à accepter que l'augmentation des dépenses de santé ne se traduit pas nécessairement par une amélioration de l'état de santé de la population.

Les difficultés financières du système de santé français sont d'autant moins acceptables que ce dernier présente de nombreux défauts, faisant douter du fait que les déficits sont le prix à payer pour avoir l'un des meilleurs systèmes au monde.

Certes, l'état de santé de la population française est globalement bon. Les principaux indicateurs sont flatteurs (*cf. supra*), qu'il s'agisse de l'espérance de vie ou de l'accès aux soins de toute la population. Cela explique que l'OMS ait placé la France, en 2000, à la première place de son classement international. Pour autant, **les mauvaises performances sont encore trop nombreuses** : inégalités de santé et de mortalité persistantes, prégnance élevée du tabagisme et du cancer du poumon, surmortalité des jeunes, maladies nosocomiales, hausse des accidents du travail, augmentation de l'incidence de la tuberculose, suivi insuffisant des personnes diabétiques, etc. (*cf. supra*).

Les dépenses sont de plus insuffisamment tournées vers l'avenir : la faiblesse de la recherche médicale en France est notoire, alors même que l'innovation médicale est une clé fondamentale de l'amélioration de l'état de santé de la population. Il en est de même en matière de prévention.

¹ GRIGNON M., « Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n°66, mars 2003

² PEBEREAU M., *Des finances publiques au service de notre avenir*, rapport au ministre de l'Economie, des finances et de l'industrie, décembre 2005

³ *Ibid.*

⁴ Caisse d'amortissement de la dette sociale. La CADES reprend à son compte régulièrement une partie de la dette accumulée par les régimes de sécurité sociale. Mais du point de vue de la dette publique, rien ne change.

⁵ Contribution au remboursement de la dette sociale

⁶ Avant la réforme de 2004 de l'assurance-maladie, la CRDS devait durer jusqu'à 2014.

Comme le souligne l'OCDE, « *les pays qui dépensent le plus ne sont pas ceux qui ont les meilleures performances* ». Par exemple, les performances du système de santé japonais sont, à bien des égards, meilleures que celles de la France, alors même que les Japonais dépensent globalement moins pour la santé que les Français.

indicateur de santé	Japon	France
espérance de vie à la naissance femmes (années)	85,3	82,9
espérance de vie à la naissance hommes (années)	78,4	75,9
taux de mortalité due au cancer hommes (pour 100 000 habitants)	211	252
taux de mortalité due au cancer du poumon hommes (pour 100 000 habitants)	47	61
taux de mortalité due au cancer du sein femmes (pour 100 000 habitants)	9,8	24,1
taux de décès par accident de la route hommes (pour 100 000 habitants)	11,4	19,2
taux de mortalité infantile et néonatale (pour 1000 naissances vivantes)	3	3,9
dépense nationale de santé (en % du PIB)	7,9	10,1
dépense de santé par habitant (en USD parité de pouvoir d'achat)	2 139	2 903

Tableau 5. Comparaison entre les performances sanitaires du Japon et celles de la France (2003)

Source : OCDE 2005

Au regard de la part des dépenses de santé dans le PIB, les performances du système français ne sont donc pas optimales. Comme le souligne B. Majnoni d'Intignano, « *le système [...] se révèle coûteux* » par rapport à certains pays comme le Japon ou la Suède pour lesquels les données indiquent « *une qualité équivalente en termes d'état de santé et d'égalité d'accès aux soins* »¹.

2. Le système de santé français ne sait pas empêcher la dérive des dépenses.

Si la hausse des dépenses de santé est inéluctable, **la dérive des dépenses, elle, peut être évitée.** Depuis plusieurs années, notamment depuis le plan Veil de 1977, de nombreux plans se sont succédé pour tenter de maîtriser cette dérive (plan Seguin en 1986 ; plan Durieux en 1991 ; nouveau plan Veil en 1993 ; plan Juppé en 1996 pour ne citer que les principaux). Ils produisent des effets sur la dépense pendant quelques mois, mais ne parviennent pas à enrayer durablement la dynamique des dépenses. Sur une longue période, la croissance des dépenses de santé en France avoisine 4,75% par an en volume, soit 2,5% au dessus de la croissance potentielle. C'est donc bien la nature du système, son organisation, sa structure, son financement qui sont en cause.

¹ MAJNONI D'INTIGNANO B., « *L'organisation du système de santé* », in TRONQUOY P. (dir.), « La santé », Cahiers français, n°324, janvier-février 2005

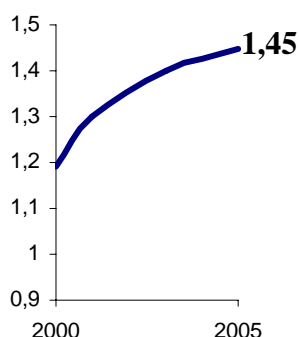
2.1 Les parties prenantes du système de santé ne sont pas assez responsabilisées.

2.1.1 La surconsommation de santé en France

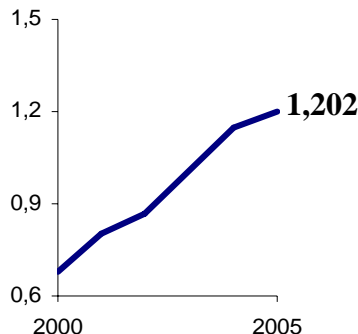
Les Français consomment *per capita* plus de soins que beaucoup de leurs homologues européens. Comme le souligne la Cour des comptes, « *les comparaisons internationales révèlent un niveau élevé des diverses consommations médicales, sans que ces différences se justifient par une utilité ou une nécessité médicale particulière* »¹. Sont concernés, d'une part, le recours aux consultations médicales, d'autre part, le contenu des prescriptions. Au total, la CNAMTS chiffre à 5-6 Mds d'euros ces dépenses injustifiées².

De ce point de vue, les dépenses de médicaments sont un cas significatif.

En 2003, la France se place en deuxième position du classement des pays en fonction de la dépense de produits pharmaceutiques par habitant, avec 606 dollars (loin devant l'Allemagne avec 436 dollars, la Suède avec 340 dollars et le Danemark avec 272 dollars)³. Ces différences ne se justifient ni par des besoins plus importants, ni par des prix pharmaceutiques plus élevés (ils sont dans notre pays moins élevés que dans le reste de l'Europe). A la fin des années 90, l'OCDE évaluait à 52 boîtes par an la consommation médicamenteuse d'un Français, contre 13,5 en Allemagne⁴. Les médicaments psychotropes, les antibiotiques et les anticholestérols (statines) sont notoirement surconsommés. La France est la première consommatrice d'antibiotiques en Europe⁵ (36 doses par jour pour 1 000 habitants en 2001)⁶.



Graphique 14. Dépenses de somnifères et antidépresseurs (en Mds d'euros)



Graphique 15. Dépenses de statines (anticholestérols, en Mds d'euros)

Source : BLANCHARD S., « Les excès des Français », *Le Monde*, 10 juin 2006

¹ Cour des comptes, *Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale 2004*, septembre 2005

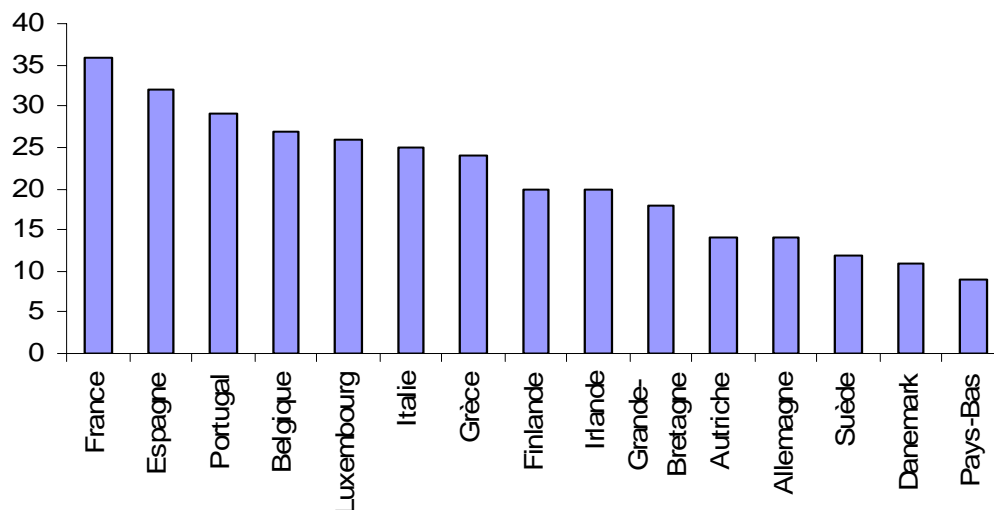
² *Ibid.*

³ OCDE, *Panorama de la santé 2005*

⁴ HAZERA J.-C., « Sommes-nous assurés par la sécurité sociale ? », *Problèmes économiques*, n°2646, 5 janvier 2000

⁵ Source : CNAMTS. La campagne de communication visant à limiter l'usage des antibiotiques a toutefois permis de faire baisser ce dernier de 16% entre 2002 et 2004 selon la Cour des comptes (rapport sur les comptes de la sécurité sociale 2005).

⁶ Sénat, assurance-maladie



Graphique 16. Nombre de doses d'antibiotiques délivrées quotidiennement pour 1 000 habitants en 2001

Source : Sénat, assurance-maladie

La Cour des comptes, s'appuyant sur une étude de la CNAMTS, a par ailleurs montré des disparités très importantes entre départements à la fois en termes de types de médicaments prescrits (1 à 2,5 pour les psychotropes, 1 à 1,8 pour les antibiotiques) et en termes de montants prescrits¹.

2.1.2 La responsabilisation des patients et des prescripteurs est insuffisante.

La surconsommation résulte de l'insuffisance de responsabilisation à la fois des patients, consommateurs de soins et de biens médicaux, et des professions de santé, en charge de la prescription.

Pour ce qui est des patients, l'introduction du relevé de consommation médicale a permis de faire prendre conscience aux patients de ce que coûtait réellement et individuellement le système de santé. Il n'en reste pas moins vrai que le patient reste peu incité à maîtriser sa consommation médicale. Sa participation au financement est très limitée (10,4% en 2000, l'un des plus bas niveaux parmi les pays de l'OCDE, contre 33% en Suisse, 23,5% en Espagne, 16,2% aux Pays-Bas, 15,9% au Danemark ...)². Le tiers payant conduit à dispenser le patient de l'avance des frais, ce qui ne lui permet pas de prendre conscience du coût de la santé. Le ticket modérateur, censé responsabiliser le patient en mettant à sa charge une partie des frais, a été vidé de sa substance, d'une part, par les nombreuses exonérations, d'autre part, par le fait que les mutuelles l'ont pris en charge.

Les prescripteurs ont jusqu'à présent fait l'objet de l'essentiel des mesures de responsabilisation. Les mécanismes visant à rechercher le meilleur rapport service médical rendu/coût font toutefois le choix de l'incitation et non de l'obligation³. Les conventions conclues entre les médecins et l'assurance-maladie prévoient des obligations réciproques, par exemple pour l'usage des génériques (convention de 2002). Elles ont permis, dans certains cas, de limiter les gaspillages, mais toutes n'ont pas porté leurs fruits⁴. Enfin, si la Haute

¹ Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale 2005*

² Source : OCDE, 2003

³ Il est vrai que, par le passé, les mécanismes de sanctions créés ont été rendus inopérants (dispositif de reversement collectif prévu par la réforme Juppé annulé par le Conseil d'Etat)

⁴ Cour des comptes, *op. cit.*

autorité de santé doit définir les « bonnes pratiques » que les praticiens doivent respecter, il n'existe pas de système permettant de les y inciter et les modes de diffusion de ces recommandations auprès d'eux sont insatisfaisants¹.

2.2 La culture de l'évaluation doit se développer.

Evaluer la santé, c'est s'intéresser à la fois à l'organisation du système de santé, aux traitements et pratiques et aux médicaments. Le développement de l'évaluation est encore timide en France. Elle est pourtant indispensable, d'autant plus qu'**au-delà des économies possibles, l'évaluation doit permettre d'améliorer la qualité du service rendu et donc les performances du système de santé.** Certaines pratiques, valables il y a quelques années, peuvent notamment être devenues obsolètes parce que d'autres s'avèrent plus efficaces. Certains médicaments sont souvent moins efficaces que d'autres, plus récents. Certains établissements, réalisant trop peu d'interventions chirurgicales par an, font courir des risques aux patients en l'absence d'évaluation. Or, sur tous ces points, « *La France est très en retard* »².

Les professions de santé ont été longtemps réticentes à accepter que leurs pratiques soient évaluées. En particulier, elles ont toujours refusé d'être évaluées par des non-médecins. Il est désormais largement admis que « *c'est à la profession médicale de prendre en charge l'évaluation et non pas aux autorités administratives, qui n'ont pas le savoir-faire* »³. Cette évaluation oblige certes les praticiens à parfois se remettre en question. Mais les avantages sont doubles. D'une part, la qualité des soins ne peut que s'améliorer, et avec elle la performance du système de santé ; d'autre part, en acceptant de se soumettre à l'évaluation, les praticiens se prémunissent mieux contre la judiciarisation de la médecine.

Développer l'évaluation, c'est améliorer la performance du système de santé, à tous niveaux, du médicament jusqu'aux établissements, voire jusqu'au système dans son ensemble. **C'est en outre garantir que la hausse des dépenses de santé se traduit effectivement par une amélioration de l'état sanitaire de la population.**

La réforme de 2004 s'est inscrite dans la volonté de développer l'évaluation. L'accréditation des établissements de santé – qui n'est pas encore réellement de l'évaluation car elle porte surtout sur des moyens engagés et des méthodes mises en œuvre et non sur des résultats – est devenue une certification confiée à la Haute autorité de santé (HAS). L'évaluation des pratiques professionnelles des médecins de ville (EPP) dépend pour sa part des unions régionales des médecins libéraux (URML), sur la base d'une méthode validée par la HAS. Elle est en principe obligatoire en vertu de la loi du 13 août 2004.

2.3 La prévention reste insuffisante.

La France se singularise par de faibles dépenses de prévention (*cf. supra*). Que ce soit en matière de tabagisme, d'alcoolisme, de dépistage du cancer, d'alimentation, d'activité physique, les conséquences sur les dépenses publiques sont connues : **moins le système de santé est capable de prendre en charge en amont les causes de maladies, plus le coût ultérieur est élevé.**

¹ Cour des comptes, *op. cit.*

² DAVANT J.-P. et *al.*, *La révolution médicale*, Seuil, 2003

³ *Ibid.*

Par exemple, si le dépistage des cancers était plus systématiquement mené, de nombreux traitements lourds (radiothérapies, chimiothérapies, examens, hospitalisations) pourraient être évités. De même, à âge identique, les adultes obèses ont une dépense annuelle de soins de ville supérieure de 27% aux personnes de poids normal et de 39% pour la pharmacie¹.

2.4 Les abus et les gaspillages contribuent à fragiliser le système de santé français.

Le système français de santé se caractérise également par un montant élevé de gaspillages, d'abus, voire de fraudes. Ceux-ci sont estimés à un montant allant de 10 à 15% des dépenses de santé. En leur absence, le régime de l'assurance-maladie serait équilibré.

Le nombre d'**affections de longue durée (ALD)**, dont les traitements sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale, a considérablement augmenté depuis le début des années 2000 (+ 41% entre 2000 et 2003²): « aucune catastrophe sanitaire d'ampleur nationale ne pouvant expliquer [ces chiffres], force est d'imputer [cette augmentation] à l'abus irresponsable de mises en ALD par certains médecins [...] sur l'insistance souvent pressante de leurs patients »³. Actuellement, les ALD représentent 60% des dépenses de l'assurance-maladie.

Par ailleurs, le nombre d'**arrêts de travail donnant lieu au versement d'indemnités journalières** a lui aussi crû dans de très grandes proportions (quasi doublement de 1998 à 2003⁴). Si la grande majorité de ces arrêts sont justifiés, des arrêts de convenance sont fréquents. Sur 7,5 Mds d'euros de dépenses résultant des arrêts de travail, 20% relèveraient de fraudes (arrêts de travail prescrits sans réelle justification)⁵. Les contrôles effectués en 2005 par la CNAMTS ont pour leur part révélé que 15% des arrêts de travail avec indemnités journalières étaient injustifiés⁶. Comme le souligne cependant la Cour des comptes⁷, une nette amélioration est observée depuis la réforme de 2004 de l'assurance-maladie, grâce à des contrôles accrus de la part de la CNAMTS.

Les dysfonctionnements au sein du système hospitalier conduisent également à une répartition inefficace des ressources en matériels et en personnels, et à certains gaspillages. Le réseau des hôpitaux français se caractérise ainsi par un excédent de lits estimé à 28 600 unités. Certains établissements ou matériels ont une activité réduite qui se traduit par un sous-emploi coûteux. Par ailleurs, la gestion des personnels dans plusieurs hôpitaux s'avère préoccupante. Le coût de l'absentéisme a par exemple été évalué à 35,5 M d'euros au CHU de Toulouse en 2002 et à 14,5 M d'euros à l'Assistance publique de Marseille la même année⁸.

¹ EXPERT A., « Corpulence et consommation médicale », *Point Stat*, Caisse nationale de l'assurance-maladie, juin 2005

² ABITBOL G., « La médecine dévoyée », *Commentaire*, n°111, automne 2005

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ Source : ministère de la Santé et des solidarités

⁷ Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale 2005*

⁸ Cour des comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, rapport thématique, mai 2006

Encadré 3. Les abus de la CMU

La couverture maladie universelle (CMU), introduite en 2000, permet aux populations les plus démunies¹ de bénéficier d'une protection sociale de qualité, de base et complémentaire, dont le financement est en partie assuré par la solidarité nationale². Début 2004, 4,6 millions de personnes bénéficiaient de cette couverture³.

Si le principe de la CMU n'est pas contestable, son fonctionnement est entaché de nombreuses fraudes et abus. Les professionnels de santé et les agents des caisses primaires en font l'expérience quotidiennement et rapportent de nombreux cas. Le rapport d'évaluation de la CMU de décembre 2003⁴ inventorie la liste des principaux abus et fraudes à la CMU :

- les fraudes à la déclaration de ressources. Les déclarations sur l'honneur peuvent être fausses : certaines personnes à revenus suffisants peuvent ainsi indûment être affiliées à la CMU, ce qui est d'autant plus facile que les caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM), qui gèrent les dossiers, n'ont pas de contacts formalisés, ni avec les Assedic, ni avec les services fiscaux, et n'ont que peu de moyens de contrôler les déclarations ;
- les fraudes à la carte Vitale. L'existence de trafics de cartes Vitale est un fait désormais avéré (utilisation par des tiers non bénéficiaires de la CMU). Ils sont facilités par le nombre important de cartes Vitale déclarées perdues ou volées et toujours en circulation (environ 10 millions selon l'IGAS⁵). Ce sont 250 000 cartes qui seraient utilisées illégalement chaque année⁶ ;
- les abus de consommation médicale ou pharmaceutique. Parce que le patient est dispensé de l'avance des frais médicaux ou de médicaments, ainsi que du forfait d'un euro par consultation (*cf. infra*), le risque de surconsommation est important. En pratique, certains cas de trafics de médicaments ont été dénoncés (comme pour le *Subutex*, substitut de l'héroïne). Par ailleurs, des cas de multiplication inutile d'actes médicaux sont observés (exemple : consulter plusieurs radiologues pour une même radio, sans motif médical sérieux).

Ces abus, ces gaspillages et ces fraudes sont d'autant plus condamnables qu'ils empêchent de consacrer des financements à des dépenses beaucoup plus utiles et prioritaires : la prévention, la recherche contre les maladies graves, la prise en charge du vieillissement et de la dépendance.

¹ Pourvu qu'elles résident en France de manière stable et régulière depuis au moins 3 mois.

² La CMU de base permet une affiliation au régime général (obligatoire) de sécurité sociale. Cette affiliation est gratuite si le revenu fiscal de référence ne dépasse pas un certain plafond (un peu moins de 7 000 euros par an pour une personne seule en 2005) ; sinon, l'assuré doit cotiser à hauteur de 8% du revenu fiscal dépassant le plafond. La CMU complémentaire offre gratuitement une protection complémentaire, à condition que les revenus n'excèdent pas un autre plafond (un peu plus de 7 000 euros par an en 2005).

³ BOISGUERIN B., « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2003 », *Etudes et résultats*, DREES, n°381, mars 2005

⁴ Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, *Rapport d'évaluation de la CMU*, décembre 2003

⁵ Inspection générale des affaires sociales, *Rapport d'étape d'évaluation des risques de fraude à l'assurance-maladie*, 23 avril 2004

⁶ GOUTEYRON A., *Avis sur le projet de loi relatif à l'assurance-maladie*, Commission des finances du Sénat, juillet 2004

3. Les réformes faites jusqu'à présent (hormis celle de 2004) se sont avérées incapables de garantir la pérennité du financement de l'assurance-maladie.

Depuis près de 30 ans, les plans de redressement de l'assurance-maladie se sont succédé à un rythme moyen d'un plan tous les 18 mois¹. Les patients et plus encore les praticiens ont le sentiment d'une « éternelle réforme » du système de santé, sans parvenir dans la durée à équilibrer les dépenses avec les recettes, et ce même si certaines réformes ont permis de réelles avancées.

3.1 Les marges d'augmentation des ressources sont désormais très limitées.

L'augmentation des ressources de la sécurité sociale est l'une des solutions systématiquement retenues pour tenter de rétablir l'équilibre des comptes sociaux :

- les **cotisations d'assurance-maladie** ont été déplafonnées ; elles comptent aujourd'hui pour 51,3% des ressources du régime général de l'assurance-maladie (CNAMTS) ;
- certains **impôts et taxes** déjà existants ont été affectés au financement de la sécurité sociale et donc à l'assurance-maladie (taxes sur le tabac et les alcools, taxes sur l'industrie pharmaceutique). En outre, des prélèvements obligatoires supplémentaires ont été créés et leur poids régulièrement augmenté, encore récemment à l'occasion de la réforme de 2004 de l'assurance-maladie (*cf. infra*). C'est le cas de la CSG (contribution sociale généralisée) et de la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale)². Au total, les impôts et taxes représentent **33,2%** des ressources du régime général de l'assurance-maladie³. La CSG « maladie » en constitue l'essentiel, avec 46,3 Mds d'euros en 2004⁴.

Cette augmentation de la pression fiscale pèse sur l'emploi (charges sociales), l'initiative individuelle (excès d'impôts) et donc sur la croissance. Dans un contexte de concurrence fiscale croissante entre les pays et de pouvoir d'achat contraint pour de très nombreux Français, la poursuite de l'augmentation des recettes paraît peu envisageable.

3.2 Les tentatives de maîtrise des dépenses n'ont jamais réussi.

La maîtrise des dépenses a emprunté plusieurs voies depuis la fin des années 70, sans réellement parvenir à les contenir. Le système français a mis l'accent sur l'encadrement de l'offre et des prix, et non sur celui des volumes consommés. Or, « *en l'absence de contraintes sur les patients, les volumes consommés augmentent [en France] plus vite qu'à l'étranger* »⁵, ce qui alimente la hausse des dépenses.

¹ LE PEN C., « La maîtrise des dépenses n'est pas le bon objectif », *Sociétal*, n°36, 2^{ème} trimestre 2002

² Le taux de la CSG est progressivement passé de 1,1% sur les revenus du capital et d'activité fin 1991 à 7,5% sur les revenus d'activité et 8,2% sur les revenus du capital au 1^{er} janvier 2005.

³ Ce à quoi il faut ajouter 7,3% de transferts et contributions de l'Etat (notamment le remboursement des exonérations de cotisations pour certains emplois) et 8,2% de ressources financières autres (dont les recours contre tiers).

⁴ La CSG « maladie » représentait en 2004 70% du produit de la CSG.

⁵ LE PEN C., *op. cit.*

3.2.1 La maîtrise de l'offre a montré ses limites.

Partant du principe que les **médecins libéraux** sont les principaux prescripteurs et donc en partie responsables de la hausse des dépenses, l'Etat limite depuis 1971 le nombre de praticiens en exercice *via* le *numerus clausus*. Le fait de limiter l'accès à la profession médicale a constitué un moyen certain de limitation de l'« offre médicale ». Il s'agit toutefois d'un outil grossier. Compte tenu du temps nécessaire à la formation d'un médecin, des erreurs dans son maniement peuvent avoir plus tard des effets difficilement rattrapables. C'est en partie ce qui peuvent se passer dans les prochaines années en raison du départ à la retraite de nombreux médecins et de la féminisation du métier (plus de temps partiel, arrêt d'exercice pour s'occuper des enfants...), même si le risque de pénurie de médecins ne doit pas être exagéré. Par ailleurs, le *numerus clausus* est sans influence sur la répartition des médecins sur le territoire et n'empêche pas le développement de zones trop médicalisées ou sous-médicalisées.

Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ont la charge, pour leur part, de planifier l'**offre hospitalière**, *via* les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Ces schémas fixent les mesures nécessaires à la restructuration hospitalière au niveau de la région, de manière à faire correspondre offre de soins à l'hôpital et besoins de la population. Cette planification s'avère partiellement efficace. La Cour des comptes a toutefois souligné les limites de ce dispositif : il existe encore localement une offre excédentaire de lits¹ (en 2003, 28 600 lits étaient en trop au niveau national) et le système de gestion des personnels ne permet pas d'adapter les effectifs de personnel hospitalier aux besoins de la population².

3.2.2 La maîtrise par la régulation des prix a des effets pervers.

Le cas du médicament illustre les limites de la régulation par les prix : alors que les prix des produits pharmaceutiques, encadrés par l'Etat, sont largement inférieurs à la moyenne européenne, les volumes consommés sont parmi les plus élevés au monde³ (*cf. infra*). La même logique est à l'œuvre en matière de médecine de ville : en limitant la revalorisation des tarifs conventionnels par l'assurance-maladie, la puissance publique incite les médecins à recevoir plus de patients en consultation médicale⁴. Des pratiques parfois abusives se développent. Surtout, la qualité des consultations baisse du fait du moindre temps consacré à chacune.

En somme, cette politique, qui a le mérite de la simplicité, n'a pas permis d'enrayer la dérive des dépenses. Elle a en revanche contribué à dégrader les relations entre les professionnels de la santé (médecins libéraux, industrie pharmaceutique, etc.) et les pouvoirs publics.

3.2.3 La régulation de la demande n'a pas été assez exploitée.

La régulation de la consommation est un axe essentiel de maîtrise des dépenses. A l'exception du forfait récent et limité d'un euro par consultation, **l'absence de responsabilisation des patients reste pourtant patente**. Certains pays, au contraire, sont

¹ Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale 2003*

² Cour des comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, mai 2006

³ LE PEN C., « La maîtrise des dépenses n'est pas le bon objectif », *Sociétal*, n°36, 2^{ème} trimestre 2002

⁴ *Ibid.*

allés relativement loin dans la régulation de la demande. C'est le cas par exemple de l'Allemagne qui a introduit une franchise.

Encadré 4. La franchise en Allemagne

En 2003, l'Allemagne a adopté un plan de redressement de son système de santé, alors largement déficitaire. Ce plan a mis largement l'accent sur la responsabilisation financière du patient :

- en matière de soins médicaux, chaque assuré doit désormais assumer une franchise de 10 euros par trimestre. Cette franchise est due à nouveau en cas de consultation d'un spécialiste sans passage préalable par le médecin traitant ;
- le forfait hospitalier, auparavant de 9 euros par jour dans la limite de 14 jours, a été porté à 10 euros dans la limite de 28 jours ;
- pour ce qui est des médicaments, un ticket modérateur de 5 à 10% du prix de la boîte a été introduit. Il ne peut être inférieur à 5 euros, ni supérieur à 10 euros. Il était auparavant de 4 à 5 euros par boîte.

3.2.4 La maîtrise comptable semble peu effective.

La maîtrise comptable des dépenses de santé, introduite par la réforme Juppé de 1996, est contestée par les professions de santé.

Encadré 5. Maîtrise comptable et maîtrise médicalisée

Deux types de maîtrise des dépenses de santé existent :

- la maîtrise comptable : une enveloppe globale de soins remboursés est définie *a priori*, suivant un objectif de hausse des dépenses. Ces dernières sont censées ensuite s'inscrire dans le cadre déterminé de l'enveloppe ;
- la maîtrise médicalisée : l'optimisation des soins et des actes doit permettre d'augmenter l'efficacité de la dépense et la qualité du service rendu.

Elle présente en outre d'importantes limites. L'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance-maladie), déterminé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, a été constamment dépassé entre 1998 et 2005, de telle sorte que, en dépit de la volonté affichée de parvenir à un meilleur pilotage financier de l'assurance-maladie, les résultats restent absents.

Le dispositif de l'ONDAM pêche par l'impossibilité de définir un objectif réaliste :
« il n'existe pas d'analyse amont de l'ONDAM, qui permettrait une approche réaliste et éclairerait le vote du Parlement. Les objectifs chiffrés pouvaient apparaître dès le vote comme irréalistes et aucun instrument de correction n'était prévu. Ces défauts ont progressivement discrédité le vote de la loi » souligne ainsi le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie¹.

¹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, *Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie*, janvier 2004

Surtout, il y a une profonde incohérence entre une maîtrise comptable exercée par le Parlement, *via* notamment l'ONDAM et ses trois sous-enveloppes (médecine de ville, hôpital et secteur médico-social), et l'absence de « *mécanismes de régulation et d'ajustement appropriés en cas de dépassement de l'objectif* »¹.

3.3.5 La maîtrise médicalisée est insuffisamment développée.

La maîtrise médicalisée a été introduite en 1993 avec les références médicales opposables (RMO). Elle devait permettre de mettre fin aux gaspillages en recherchant, pour chaque pathologie, les traitements et les techniques les plus efficaces et les moins coûteuses, et en les généralisant.

En pratique, comme l'a montré le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie de 2004, après un bref infléchissement des pratiques inflationnistes, les dépenses sont reparties à la hausse. L'abandon des mécanismes collectifs de reversement issus de la réforme Juppé n'a pas permis de donner un contenu réellement contraignant aux RMO. Par la suite, le mécanisme dit des lettres clé flottantes² a lui aussi rencontré une grande hostilité de la part de professionnels.

4. La réforme de 2004 va dans le bon sens, mais elle doit être évaluée et complétée.

Outre une réforme de la gouvernance générale de l'assurance-maladie, la réforme de l'assurance-maladie de 2004³ a permis des avancées certaines en direction d'une plus grande maîtrise médicalisée des dépenses et de la réduction des déficits. Le plan Hôpital 2007 a pour ambition, en parallèle, d'introduire un mode de financement des hôpitaux plus propice à l'efficacité.

4.1 Des avancées certaines

Les conditions d'accès aux soins ont été modifiées : création du dispositif du médecin traitant pour limiter l'accès direct au spécialiste, création du forfait d'un euro par consultation médicale, non remboursable même par les assurances complémentaires, sauf exceptions, hausse du forfait hospitalier.

La lutte contre les gaspillages, les abus et les fraudes a été renforcée : introduction du dossier médical personnel, théoriquement opérationnel en 2007 ; introduction d'une carte Vitale dotée de la photographie du détenteur ; renforcement de la lutte contre les abus en matière d'arrêts de travail avec indemnités journalières⁴ ; meilleur contrôle des dépenses afférentes aux ALD permettant de distinguer les soins en lien avec l'ALD et ceux dépourvus de lien.

¹ MAJNONI D'INTIGNANO B., « L'organisation du système de santé », *in* TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n° 324, janvier-février 2005

² Par ce dispositif, l'assurance-maladie pouvait modifier la tarification des actes médicaux pour mieux contrôler les dépenses. Tous les praticiens subissaient donc en principe les conséquences de l'ajustement financier.

³ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie

⁴ La CNAMTS a intensifié ses contrôles, passant de 450 000 contrôles en 2003 à 750 000 en 2005.

La maîtrise médicalisée est amplifiée grâce notamment à plusieurs mesures :

- maîtrise de la hausse des dépenses de médicaments : déremboursement des médicaments à « service médical rendu » insuffisant, promotion du générique, remboursement sur la base de la spécialité la moins coûteuse au sein d'une même classe médicamenteuse ;
- démarche « qualité » : promotion des bonnes pratiques avec la création de la Haute autorité de santé, de l'évaluation et de la formation médicale des médecins.

Afin de limiter les déficits, **les prélèvements obligatoires ont également été augmentés** (CSG, C3S¹) et le produit de la taxe sur le tabac a été transféré par l'Etat vers la sécurité sociale.

Pour ce qui est de l'hôpital, le **plan Hôpital 2007**, lancé en 2002, permet lui aussi des avancées importantes en termes d'efficience des dépenses. La tarification à l'activité (T2A) introduit notamment un mode de financement plus propice à l'amélioration des performances.

Encadré 6. Le plan Hôpital 2007

Le plan de modernisation Hôpital 2007, présenté en Conseil des ministres en novembre 2002, marque **un tournant dans la gouvernance de l'hôpital**. Il trouve son origine dans la volonté politique de restaurer la confiance au sein de l'hôpital, en donnant **davantage d'autonomie et de responsabilité aux établissements**, en réorganisant de manière plus réactive et efficiente la gestion financière et interne de l'hôpital dans un cadre régional renforcé, et en maintenant la logique d'équité et de cohérence grâce à l'Etat. Cette politique se décline donc aux niveaux étatique, régional et de l'organisation sanitaire du territoire, suivant **quatre grandes orientations** :

1. La tarification à l'activité – T2A – est la mesure majeure du plan Hôpital 2007.

La tarification à l'activité répond à un besoin d'efficience auparavant absent du système comptable de dotation globale. Le système de la dotation globale présentait l'inconvénient de reproduire d'année en année une situation figée à un instant t et de ne pas encourager les établissements à faire des économies car ils en subiraient les conséquences l'année suivante avec un budget réduit. Par ailleurs, la dotation globale conduisait les établissements à externaliser un certain nombre d'actes vers la médecine de ville (examens) afin de réduire les frais supportés par l'hôpital par malade hospitalisé. La T2A permet de corriger ces défauts. Elle supprime en outre la dualité de financement entre les établissements publics et privés non lucratif, jusqu'alors financés par la dotation globale, et les établissements à but lucratif qui sont quant à eux financés en fonction de l'activité qu'ils réalisent effectivement.

L'activité des établissements est désormais rémunérée sur une base réelle en fonction d'un coût moyen national par pathologie (il existe une grille nationale des pathologies à laquelle les praticiens se réfèrent pour évaluer leur activité). LA T2A s'applique aux activités

¹ Pour la CSG, le taux applicable aux pensions de retraite a augmenté de 0,2 point et l'abattement forfaitaire sur les revenus salariés a été diminué de 2 points ; pour la C3S, contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés créée en 1970, le taux applicable au chiffre d'affaires est passé de 0,13% à 0,16% par la création d'une contribution additionnelle.

de soins médicaux *qui n'appartiennent pas aux services d'intérêt général ou missions de service public*. Cette nouvelle logique permet aux établissements d'être maîtres de leur gestion, les conduit à évaluer leurs coûts et, *in fine*, les incite à réaliser des gains de productivité. La réforme entre en application progressivement : en 2004, seuls 10% du budget des établissements ont été financés par la T2A, 25% en 2005, pour un objectif de 100% en 2012.

La T2A est un mode de financement plus juste et plus motivant qui **substitue une logique de recettes à la logique actuelle de dépenses**. Ce nouveau système de pilotage financier s'accompagne du développement du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et de la comptabilité analytique, afin d'avoir les outils adaptés à la connaissance de l'activité. Jusqu'à présent toutefois, la T2A se révèle inflationniste. Elle pousse les hôpitaux à accueillir le maximum de malades et à accomplir les actes les plus coûteux et donc les mieux rémunérés.

2. La relance de l'investissement

Cette relance doit financer la modernisation des établissements et le développement du parc hospitalier. Le plan mobilise 6 Mds d'euros en cinq ans, soit 1,2 Md d'euros par an, exerçant en principe un effet de levier sur les autres financeurs tels que les collectivités. Ces investissements doivent se faire dans le cadre de la région et de l'organisation sanitaire.

3. La réorganisation de l'offre sanitaire au niveau régional grâce aux ARH et aux SROS

Cette réorganisation fait suite au constat qu'une *séparation entre le secteur hospitalier et ambulatoire est néfaste* à l'heure où la prise en charge du patient se fait dans le cadre de plusieurs institutions et acteurs qui ont besoin de coopérer. L'ordonnance du 4 septembre 2003 porte donc **simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé** dans le cadre du plan Hôpital 2007. Il a pour conséquences le **renforcement des missions des agences régionales de l'hospitalisation (ARH)** et du **schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)**, qui devient le seul outil de la planification sanitaire¹.

4. L'organisation interne des hôpitaux est plus flexible et réactive, incitant à la prise d'initiatives et de responsabilité.

Le but premier de cette réorganisation interne est le **décloisonnement interne** des services, qui disparaissent juridiquement. Des « **pôles d'activité** » les remplacent, comportant un « centre de responsabilité » et instituant une relation contractuelle entre le directeur et le responsable de chaque pôle qui exerce une fonction managériale en plus de sa fonction médicale. Par ailleurs, il s'agit de **renforcer le pilotage de l'hôpital**, jusqu'alors en déficit d'autorité, en renforçant le conseil d'administration et en créant un comité stratégique associant l'administration et le corps médical.

¹ La « carte sanitaire » est supprimée à partir de 2006.

4.2 Des résultats encourageants, mais un retour à l'équilibre différé

Certains signes sont encourageants : la consommation de génériques a augmenté, la quantité d'antibiotiques a diminué, la lutte contre les abus en matière d'arrêts de travail a payé et les derniers résultats rendus publics par la commission des comptes de la sécurité sociale montrent que l'ONDAM a été respecté pour la première fois en 2005.

Le déficit de l'assurance-maladie baisse depuis 2005 : 11,6 Mds d'euros en 2004 (le plus haut déficit enregistré), 8 Mds d'euros en 2005, 6,3 Mds d'euros prévus en 2006. Sans la réforme de 2004, le déficit pour 2005 aurait été de 16 Mds d'euros¹.

Plus fondamentalement, la réforme ouvre la voie à des réformes plus profondes jusqu'à présent différées : responsabilisation des patients avec le forfait d'un euro, principe du médecin traitant...

La réforme de 2004 et le plan Hôpital 2007 comportent toutefois des limites ou des marges d'amélioration :

- selon la commission des comptes de la sécurité sociale, l'ONDAM pour 2006 devrait être à nouveau dépassé et le retour à l'équilibre de l'assurance-maladie initialement prévu pour 2007 sera très difficile à atteindre ;
- le système du parcours de soins est à l'origine d'une multiplication d'actes inutiles, par exemple quand il faut repasser par un médecin traitant avant de pouvoir reconsulter un spécialiste habituel (psychiatres) ; autre problème : le médecin traitant n'est pas rémunéré pour la tenue des dossiers (sauf pour les ALD) ;
- le chantier du DMP est très en retard ; l'échéance de 2007 ne semble pas pouvoir être raisonnablement tenue alors même qu'il s'agit d'une innovation majeure ;
- la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital est à l'origine d'une hausse de l'activité des établissements et fait craindre une inflation des dépenses, ainsi que l'a souligné le récent rapport du sénateur Alain Vasselle².

La réforme de 2004 doit donc être évaluée en profondeur, afin de savoir dans quelle mesure il convient de l'amender, de la compléter et de revoir certaines de ses modalités. Les critiques adressées par les professionnels de santé à la convention médicale conclue dans la foulée doivent être prises en compte afin d'obtenir le maximum d'adhésion à une amélioration du système de soins à laquelle tous les acteurs ont intérêt.

¹ Source : ministère de la Santé et des solidarités

² VASSELLE A., *La tarification à l'activité à l'hôpital : la réforme au milieu du gué*, rapport d'information n°298, Sénat, 2006

Chapitre 3. Quelle organisation pour le système de santé ?

Les inégalités en matière de santé publique et l'absence de maîtrise de la progression des dépenses conduisent à s'interroger sur l'organisation du système de santé français et sa capacité à coordonner efficacement les différentes structures et professions médicales dans la prise en charge des patients.

1. La réorganisation du système de santé est permanente.

Longtemps exclusivement piloté par les services centraux de l'Etat, le système de santé a été progressivement réorganisé. Plusieurs étapes se sont succédé avant que le cadre régional ne s'impose comme l'échelon géographique de référence :

- **une première phase de déconcentration** a unifié les services sanitaires et sociaux au sein des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS, décrets du 14 mars et 30 juillet 1964) et des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS, décret du 22 avril 1977) ;
- **une amorce de décentralisation** s'est dessinée avec les lois du 2 mars 1982, du 7 janvier 1983, du 22 juillet 1983 et du 6 janvier 1986, qui ont notamment attribué aux conseils généraux des compétences en matière de prévention et de protection sanitaire de la famille et de l'enfance ;
- **à partir des années 90, la région s'est affirmée comme le cadre territorial de l'organisation de la santé** : la loi du 31 juillet 1991 a mis en place les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), la loi du 4 janvier 1993 a créé les unions régionales de médecins libéraux (URML) et **les trois ordonnances du 24 avril 1996** ont créé les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales de caisses d'assurance-maladie (URCAM) et les conférences régionales de santé ;
- **cette régionalisation a été confirmée** par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie.

Si cette succession de réformes a abouti à une réorganisation du système de santé autour de l'espace régional, elle s'est aussi accompagnée d'**une multiplication des structures et des institutions** :

- **l'Etat** conserve un rôle prépondérant et définit les grandes orientations nationales. Ses représentants (préfets) disposent toujours de compétences spécifiques (la sécurité sanitaire par exemple). Ses organes déconcentrés (DDASS et DRASS) conduisent l'action sanitaire et sociale au niveau local (hors compétences attribuées aux ARH, notamment la planification hospitalière et l'allocation budgétaire aux établissements de santé) ;
- **les collectivités territoriales** ont acquis quelques prérogatives par les lois de décentralisation (conseils généraux, communes) et interviennent de façon générale pour soutenir des actions de santé ou sur des aspects sociaux en relation avec la santé ;

- **l'assurance-maladie** constitue un édifice complexe avec une caisse nationale (régime général), 16 caisses régionales (CRAM), 22 unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM) et plus de 120 caisses primaires ;
- **les ARH** définissent et mettent en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, coordonnent l'activité des établissements de santé publics et privés et déterminent leurs ressources ;
- **les unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML)** ont pour rôle de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de soins ;
- **les organes de concertation** (conférences régionales de santé, conseils régionaux de santé publique, comités régionaux des politiques de santé), sont chargés de faciliter la coopération au sein du système.

Cette superposition de structures entraîne **un enchevêtrement des compétences et un éclatement des responsabilités** entre des acteurs aux logiques de fonctionnement parfois très différentes.

La mise en œuvre de la politique de prévention et de santé publique constitue à cet égard un exemple édifiant, combinant intervenants multiples et absence de pilotage clair. La DRASS, l'ARH et l'URCAM revendiquent par exemple chacune des responsabilités dans ce domaine au travers de leurs propres outils de programmation. La création des groupements régionaux de santé publique (GRSP), par la loi du 9 août 2004, a brouillé davantage encore les responsabilités sur le sujet. Les GRSP associent en effet en leur sein des représentants de l'Etat et de l'assurance-maladie alors que cette même loi du 9 août 2004 affirme pourtant que la politique de santé publique relève de la responsabilité de l'Etat.

Cette accumulation d'organismes conduit également à **une multiplication de programmes** : plans régionaux de santé (PRS), programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS), programmes régionaux de l'assurance-maladie, programmes territoriaux de santé... La dérive est d'autant plus fâcheuse qu'il est difficile d'évaluer leur apport, notamment à cause de la trop grande généralité de leurs objectifs¹. La Cour des comptes a signalé par exemple que *« l'évaluation réalisée sur cinq PRS « alcool » conclut que plus d'un tiers des 300 objectifs recensés ne font pas référence à l'alcool et que d'autres manquent de précision sur la durée ou le public concerné voire [...] sur le but poursuivi par rapport au thème. »* De même, il est difficile de mesurer la contribution réelle de chacun de ces programmes par rapport à ce qui a été accompli par les plans qui les ont précédés.

Encadré 7. Vers des agences régionales de santé ?

Les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ont constitué un progrès important en unifiant la politique régionale de soins hospitaliers. Mais leur mission est restée limitée à ce champ d'action et n'a pas permis d'enclencher une réorganisation intégrale de l'offre de soins au niveau de la région. Il n'existe donc toujours pas d'autorité de coordination des différents acteurs du système de soins.

L'article 68 de la loi du 13 août 2004 a toutefois prévu que *« les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent les régions qui, sur la base du volontariat, sont autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation créant une agence*

¹ Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale*, septembre 2004

régionale de santé [...] Les agences régionales de santé sont chargées des compétences dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'union régionale des caisses d'assurance-maladie. »

Les agences régionales de santé (ARS) seraient donc investies d'un champ de compétences beaucoup plus large que les actuelles ARH. Elles constitueraient un véritable « pouvoir exécutif sanitaire » à l'échelon régional en regroupant sous leur autorité la gestion du pôle hospitalier public et privé (ARH), des soins de ville (URCAM) et de la santé publique (GRSP). Elles bénéficieraient d'une compétence générale d'allocation des moyens et rendraient possible une meilleure organisation régionale du système de soins (politiques suivies plus lisibles et plus grande articulation entre la médecine de ville et l'hôpital notamment).

Si la création des ARS constitue incontestablement un progrès, le maintien des DRASS et des DDASS en dehors de leur champs de compétences semble être une erreur, empêchant de pousser jusqu'au bout la logique d'une meilleure coordination des différents acteurs du système de santé.

Un débat a également lieu sur la question de savoir si l'ARS doit être placée sous l'autorité de l'Etat ou du conseil régional ? La crainte de voir les inégalités d'accès aux soins se creuser encore davantage d'une région à l'autre a pour le moment conduit les pouvoirs publics à écarter la perspective d'une régionalisation doublée d'une décentralisation.

Enfin, deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, force est de constater qu'aucune ARS n'a pour le moment été créée.

2. L'organisation du système de santé n'a pas réussi à instaurer une véritable coopération entre ses différents acteurs.

L'organisation actuelle du système de santé se caractérise par un cloisonnement exécutif entre l'ensemble des protagonistes. Hôpital et soins de ville, hôpitaux publics et autres établissements de santé, médecine de ville et secteur médico-social : la segmentation entre les différentes structures persiste.

2.1 L'hôpital illustre les défaillances du pilotage du système français.

L'hôpital est à la fois une des clés de voûte du système de santé français et un condensé de ses plus graves dysfonctionnements.

Le système hospitalier se caractérise tout d'abord par les contradictions de sa gouvernance. Conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, le conseil d'administration de l'hôpital définit la politique générale de l'établissement. Pourtant, les représentants de la conférence nationale des directeurs d'hôpitaux l'ont qualifié d'« *incapable majeur* »¹. En effet, ses pouvoirs, étendus dans les textes, sont en pratique très limités par les règles de la fonction publique hospitalière, les statuts des praticiens hospitaliers et les normes diverses qui encadrent l'activité de l'hôpital.

¹ COUANAU R., *L'organisation interne de l'hôpital*, rapport d'information n°714, Assemblée nationale, mars 2003

En réalité, la gestion de l'hôpital est d'abord le fait de l'administration centrale qui dirige à distance l'ensemble de la politique hospitalière. La gestion des carrières des praticiens hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux est presque totalement centralisée à Paris. De même, les ARH tendent à s'immiscer dans la gestion quotidienne des hôpitaux, par exemple en accordant des crédits dont l'utilisation est très ciblée. Court-circuité par la concentration excessive des décisions au bénéfice des services centraux de l'Etat, le conseil d'administration de l'hôpital ne dispose par exemple ni du pouvoir de faire exécuter son budget, ni de choisir son équipe de direction administrative, ni encore de nommer ses principaux chefs de service. « *Il n'y a pas d'autorité à l'hôpital* » résumait René Couanau dans son rapport sur l'organisation interne des hôpitaux en 2003¹.

L'hôpital souffre en deuxième lieu d'une absence de pilotage. La concentration de la gestion ne s'accompagne pas d'une vision stratégique et cohérente de la part de l'Etat. Au sein du ministère en charge de la santé, la division entre les directions, notamment la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et la direction générale de la santé (DGS), et le manque de moyens expliquent en grande partie l'absence d'une action ordonnée et efficace.

Localement, l'hôpital souffre de la rivalité récurrente entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical. Si le premier – trop pourvu en personnel – a surchargé le second de tâches administratives et bureaucratiques inutiles, le second a du mal à passer d'une logique de division en services, où chaque service a ses lits, ses équipements, ses équipes, à une logique de mutualisation des moyens au bénéfice des besoins hospitaliers de la population tels qu'ils se présentent aux portes de l'hôpital.

Enfin, **l'hôpital n'a pas su développer suffisamment de stratégies de complémentarité et de coopération avec les autres structures de soins**, notamment de ville, en favorisant par exemple la venue de praticiens libéraux en son sein ou le suivi par les médecins de ville de leurs patients hospitalisés.

2.2 Les réseaux de soins et les soins à domicile ne s'imposent pas comme des leviers de décloisonnement.

Les réseaux de soins pourraient contribuer à surmonter la division entre ville et hôpital. Instaurés par la loi du 31 juillet 1991, ils sont créés sur la base du volontariat, dans une zone géographique donnée, entre des professionnels de santé de disciplines différentes autour d'un projet médical et d'une structure de coordination. Ils s'occupent de prévention, de la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie (le plus souvent lourde) ou d'un problème médico-social spécifique.

En adoptant une approche globale des problèmes de santé, les réseaux de soins visent à décloisonner le système de soins et faciliter *in fine* l'adaptation de celui-ci aux besoins des patients, en facilitant le partage des connaissances entre le secteur ambulatoire et hospitalier et en accueillant les médecins de ville à l'hôpital.

Les réseaux de soins constituent cependant une forme encore assez marginale de prise en charge des patients et ne se développent que lentement.

¹ *Ibid.*

De la même façon, **les réseaux d'aide, de soins et de services à domicile** (hospitalisation partielle, chirurgie et médecine ambulatoires) ne sont pas encore assez nombreux pour fournir une alternative aux séjours à l'hôpital ou à l'hébergement en institution. Ils présentent pourtant des avantages évidents dans la prise en charge des maladies lourdes chroniques ou évolutives, dans un contexte où deux Français sur trois souhaiteraient rester à leur domicile s'ils perdaient leur autonomie¹.

L'hospitalisation à domicile (HAD), qui dispense au domicile du malade, pour une période limitée, des soins médicaux et para-médicaux, est également relativement réduite en France. Encore plus d'un quart des départements français sont dépourvus de places d'HAD². De plus, lorsqu'elles existent, les équipes d'HAD sont censées fonctionner autour d'un guichet unique, c'est-à-dire d'un médecin chargé d'évaluer les besoins du patient et de mobiliser les acteurs pertinents pour sa prise en charge. Or, cette coopération fonctionne souvent de façon peu satisfaisante entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. La « *dispersion des autorités compétentes* »³ entre l'Etat, les régions en charge de veiller à la création et au bon fonctionnement des places d'HAD et les départements en charge de l'aide sociale, entraîne enfin des difficultés importantes de financement et de coordination.

2.3 Le cloisonnement du système de santé est également la conséquence d'une mobilisation insuffisante des nouvelles technologies.

Les nouvelles technologies et l'informatisation pourraient constituer de très efficaces outils de mise en relation des différentes structures du système de santé. Malgré des efforts indéniables, notre système de santé n'a cependant pas encore réussi à tirer parti de toute leur potentialité.

La télémédecine permet, dans certains cas, de soigner le malade à distance en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle dispose d'un cadre légal depuis la loi du 13 août 2004. L'article 32 précise en effet qu'elle « *permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie, mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation d'un acte médical.* »

La télémédecine offre de multiples avantages. Pour le praticien, notamment lorsque la télémédecine consiste à mettre en relation un médecin de ville avec un centre hospitalier, elle fournit des outils pour un meilleur diagnostic, en un temps plus court, et rompt l'isolement de la pratique médicale. Pour les autorités publiques, elle permet de lutter efficacement contre la désertification de certaines zones rurales en palliant les carences en médecins et réduit les coûts liés aux déplacements et aux séjours éventuels des patients à l'hôpital. Pour les patients, elle évite des déplacements inutiles et les désagréments inévitables de la structure hospitalière.

Pour le moment, toutefois, **la télémédecine reste encore une pratique émergente** : il n'y avait en effet en 2004 que 426 liaisons (contre 166 en 1998)⁴.

Le dossier médical personnel (DMP) doit lui aussi améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins ainsi que la communication à la fois entre les professionnels de santé

¹ Sondage CSA, « Les Français et la dépendance », octobre 2003

² Commissariat général au plan, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025*, novembre 2005

³ Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005

⁴ BERLAND Y., *Rapport de la commission démographie médicale*, avril 2005

et entre les professionnels et le malade. Prévu par l'article 3 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, il sera constitué des données de santé à caractère personnel de chaque assuré de l'assurance-maladie. L'informatisation des dossiers médicaux permettra le suivi des actes et prestations de soins par les professionnels de santé auxquels le patient aura donné l'autorisation d'accès. Selon le ministère de la Santé, le DMP devrait être généralisé durant l'année 2007, une date qui fait débat parmi les professionnels.

Encadré 8. Qu'attendre des TIC en matière de santé ?

L'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) s'est répandu dans une multitude d'activités quotidiennes aussi diverses que la déclaration des revenus ou le suivi d'un colis. Le domaine de la santé apparaît en revanche comme un secteur réticent à l'utilisation de ces technologies. Les avantages des TIC sont pourtant indéniables :

- **pour le patient**, la qualité du diagnostic et de la prise en charge sera d'autant meilleure que ses données médicales (antécédents médicaux et familiaux, traitements suivis, comptes-rendus d'hospitalisation, etc.) seront consultables, avec son accord, par les personnels soignants, notamment en situation d'urgence ;
- **les professionnels de santé** auront accès à des outils d'aide à la prise de décision (bases de données sur les médicaments, référentiels de bonnes pratiques) et pourront développer le travail en réseaux avec d'autres professionnels de la santé ;
- ce dernier point ne sera pas sans répercussion sur **l'organisation du système de santé**. Les TIC faciliteront le développement de réseaux entre les différentes activités médicales (soins de ville et hôpitaux notamment) et paramédicales, et accroîtront leur efficacité globale ;
- **en matière de santé publique**, l'informatisation améliorera les politiques de prévention et de lutte contre les dangers épidémiques et environnementaux. Elle renforcera le dispositif de veille sanitaire grâce à une meilleure connaissance épidémiologique de la population et à une circulation plus rapide de l'information entre le monde médical et les autorités publiques.

C'est probablement le **Royaume-Uni qui s'est aujourd'hui fixé le programme le plus ambitieux en matière d'informatisation du système de santé**. Le *National Programme for IT (Information technology)* connectera 30 000 médecins généralistes et 300 hôpitaux nationaux en Angleterre et leur permettra de partager des informations sur leurs patients. L'investissement financier prévu est extrêmement important puisque la mise en place du programme devrait coûter au total au moins 10 Mds d'euros. Elle s'inscrit également dans un temps long : elle a démarré en 2002 et se déroulera en quatre phases, jusqu'en 2010. Enfin, l'adhésion des patients et des professionnels de santé au programme a été activement sollicitée lors de campagnes d'information, notamment afin de clarifier certains points controversés (la question de la confidentialité des données médicales par exemple).

Aucune technologie de l'information et de la communication ne remplacera le contact direct entre le médecin et son malade et aucun programme informatique ne rendra compte de la complexité et de la spécificité d'une pathologie pour chaque patient. Sans doute ces précautions méthodologiques n'ont-elles pas été assez répétées par les pouvoirs publics et entendues par les professionnels de la santé pour qu'ils adhèrent – par ailleurs – aux avantages indéniables des TIC dans le domaine de la santé, mais dans un cadre limité.

3. Le pilotage du système ne garantit pas une répartition équilibrée des services de santé sur le territoire français.

Les insuffisances du pilotage ne permettent pas non plus au système de santé de s'adapter aux nouveaux besoins des Français et des professions médicales. Conséquence : les moyens sont aujourd'hui mal répartis sur le territoire, pénalisant la qualité des soins et faisant obstacle au principe de l'égalité de traitement entre les usagers.

3.1 Les professions médicales sont inégalement réparties sur le territoire.

Sous les réserves mentionnées précédemment, les médecins sont en nombre suffisant en France : il y avait 203 487 médecins au 1^{er} janvier 2004¹ et leur densité en métropole s'établissait à 340 pour 100 000 habitants, ce qui est supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE. Cette densité varie cependant très sensiblement d'une région à l'autre alors que rien ne semble justifier une telle différence au regard des besoins de la population.

	Densité de médecins	Densité de généralistes	Densité de spécialistes
France métropolitaine	340	167	173
Ile-de-France	426	186	240
Provence-Alpes-Côte d'Azur	417	194	223
Centre	268	137	131
Picardie	256	142	114

Tableau 6. Densité de médecins pour 100 000 habitants pour certaines régions (en 2004)

Source : Adeli - Insee

Au niveau local, les différences sont encore plus grandes : la densité de généralistes (ou omnipraticiens) varie de 70 à 134 pour 100 000 habitants entre les villes importantes et les cantons à dominante agricole et ouvrière. En outre, les disparités continuent à se creuser avec un moindre renouvellement de l'offre de soins dans les zones les plus défavorisées.

	Densité d'omnipraticiens installés pour 100 000 habitants	Densité de nouveaux omnipraticiens pour 100 000 habitants
Villes importantes	134,2	6,7
Cantons urbains favorisés	100	5
Moyenne nationale	99,2	5
Rural isolé	91,5	4
Villes moyennes ouvrières	84,7	4,8
Cantons agricoles et ouvriers	70,7	3,6

Tableau 7. Densité d'omnipraticiens (installés et nouveaux) selon les types de zones en 2002

Source : BERLAND Y., *Rapport de la commission démographie médicale*, avril 2005

Les zones insuffisamment pourvues rassemblent aussi bien des espaces ruraux que des zones périurbaines considérées comme « difficiles ». Dans les deux cas, les conditions de vie n'y sont pas assez attractives pour les médecins, en particulier les femmes. Les premiers souffrent de l'isolement et des contraintes spatiales pesant sur l'activité médicale, les secondes de la détérioration du tissu social et de l'insécurité.

¹ BERLAND Y., *Rapport de la commission démographie médicale*, avril 2005

Au total, 2 566 000 Français (4% de la population) vivent dans des zones sous-médicalisées, où la densité de médecins est inférieure d'au moins 30% à la moyenne nationale et le niveau d'activité des professionnels de santé est supérieur d'au moins 30% à la moyenne.

Ces déséquilibres démographiques se retrouvent tout autant pour les personnels médicaux des hôpitaux¹. Le taux de vacance de praticiens hospitaliers à plein temps va de 10% en Aquitaine à 25% en Basse-Normandie et 41% en Guyane (pour un taux moyen national de 16,3%). Dans le Nord-Pas-de-Calais, le taux de vacance peut atteindre jusqu'à 70% dans certains centres hospitaliers.

Les différences régionales pour les infirmières sont également très fortes, leur densité variant de 1 à 4 (43 pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 186 en Languedoc-Roussillon)². Les densités de pharmaciens tombent pour leur part à 31,2 pour 100 000 habitants en Alsace et 37,8 en Haute-Normandie alors que la moyenne nationale est de 46,6 pharmaciens. Enfin, la faiblesse de l'offre pour certaines spécialités (ophtalmologues, pédiatres, psychiatrie) est préoccupante dans les zones rurales à faible densité de population.

3.2 Aucune solution durable n'a été trouvée pour résorber les déséquilibres démographiques actuels.

Les inégalités constatées expriment autant les difficultés économiques et sociales de certains territoires que l'évolution démographique et sociologique des professions médicales :

- **le *numerus clausus* des études médicales est passé de 8 588 places en 1971 à 3 576 en 1992**, expliquant la forte réduction du nombre de médecins en activité ;
- **les critères de choix de lieu et de forme d'exercice se sont modifiés avec l'arrivée de nouvelles générations de médecins et la féminisation de la profession** (en 2025, plus d'un médecin sur deux sera une femme). Les jeunes médecins ne souhaitent plus exercer dans l'isolement et sont davantage attentifs à la qualité de leur vie personnelle.

Ces facteurs expliquent que, même avec un *numerus clausus* à 7 000 places, la densité médicale chuterait à 283 pour 100 000 habitants en 2025, touchant tout particulièrement les régions à basse densité³.

	2002		2025		Evolution 2002-2025	
	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité	Effectifs	Densité
France entière	205 185	335	185 966	283	- 9%	- 16%
Centre	6 632	268	5 663	218	- 15%	- 19%
Picardie	4 804	256	4 791	248	0	- 3%
DOM	4 201	229	3 927	171	- 2%	- 25%

Tableau 8. Répartition régionale des effectifs et des densités médicales en 2002 et 2025 (prévision) dans l'hypothèse d'un *numerus clausus* à 7 000 places dès 2006

Source : DREES

¹ Cour des comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, rapport thématique, mai 2006

² BARNAY T. et ULMANN P., « La médecine de ville : vers de nouvelles règles », in TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n° 324, janvier-février 2005

³ BESSIERE S., BREUIL-GENIER P. et DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025. Une régionalisation des projections », *Etudes et résultats*, DREES, n° 353, novembre 2004

Afin de renverser cette tendance, plusieurs décisions ont été prises, dont le relèvement du *numerus clausus* à 7 000 places jusqu'en 2010 et une majoration de 20% de la rémunération des actes médicaux des médecins libéraux qui exercent dans les zones sous-médicalisées.

Ces mesures sont indispensables, mais il n'est pas certain qu'elles suffiront à modifier les flux démographiques actuels. Les décisions des médecins n'obéissent que partiellement à des motivations financières. Les régions avec une forte densité médicale (Ile-de-France et PACA par exemple) sont en effet aussi celles où la rémunération est la plus faible compte tenu des charges (loyer notamment) et de la concurrence¹.

Résorber les inégalités d'offre de soins exigera une stratégie plus globale qui prendra en compte, notamment, les nouvelles attentes des jeunes médecins en matière de vie professionnelle et personnelle et leur proposera un cadre de vie et de pratique attractif (travail en réseau et en cabinet de groupe, partage des tâches, gestion des gardes, plus grande liberté tarifaire...).

Le choix de mesures plus dirigistes (comme une localisation géographique imposée aux jeunes médecins à la fin de leur formation) a été pour le moment écarté, même si le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie s'était interrogé en 2004 sur « *le bien-fondé de la totale liberté d'installation des professionnels de santé libéraux* »².

3.3 La carte hospitalière doit être mieux adaptée aux besoins des Français.

Le réseau hospitalier de proximité construit il y a 50 ans n'a que très peu évolué. De ce fait, la France compte le nombre d'établissements de soins publics et privés (3 200) rapporté à la population le plus élevé au monde : 1 pour 20 000 personnes contre 1 pour 40 000 en moyenne en Europe et 1 pour 100 000 en Suède³.

Le nombre de lits hospitaliers a cependant été sensiblement réduit ces 20 dernières années aussi bien dans le secteur public que privé.

	Secteur public	Secteur privé	Total
1987	374 002	199 633	573 635
2004	299 102	158 030	457 132
Différence	- 20%	- 20,8%	- 20,3%

Tableau 9. Evolution du nombre de lits en hospitalisation complète, 1987-2004

Source : ministère de la Santé et des solidarités

Cette recomposition de l'offre hospitalière n'a toutefois pas effacé les déséquilibres géographiques. Plusieurs régions souffrent d'un manque de lits, notamment les régions Pays de Loire, Poitou-Charentes et Haute-Normandie, alors que d'autres régions ont au contraire des excédents⁴. En matière de soins de suites et de rééducation, il y avait en 2002 une surcapacité de 40% en région PACA et un déficit de 10% en Ile-de-France.

¹ BONNET N. et BORIES-MASKULOVA V., « Le secteur libéral des professions de santé en 2003 », *Point Stat*, CNAMTS, n° 40, septembre 2004

² Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, *Rapport*, janvier 2004

³ VALLANCIEN G., *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rapport à l'attention du ministre de la Santé et des solidarités, avril 2006

⁴ ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « L'avenir de l'hôpital », in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

Elle n'a pas permis de trouver le bon équilibre entre lits de court séjour et lits de moyen et long séjours. Il existe aujourd'hui un excédent des premiers et un déficit des seconds¹.

Elle n'a pas non plus réglé la question de l'avenir des structures aux activités médicales insuffisantes, et notamment les petits blocs opératoires. Selon le rapport établi par Guy Vallancien en avril 2006, 113 blocs effectuent moins de 2 000 actes opératoires par an². Dans le secteur privé, 40 établissements sont dans le même cas³. **Cette sous-production chirurgicale est dangereuse** et atteste des risques du maintien en activité de services ne répondant pas aux critères de sécurité, de qualité et de continuité des soins. La proximité des soins s'oppose parfois à leur sécurité.

Le transfert de ces opérations hors des petits centres hospitaliers ne pourra être réalisé que dans **une logique de complémentarité**. Les équipes chirurgicales et les matériels les plus performants devraient se concentrer dans les grands hôpitaux des régions. En échange, les petits établissements ayant perdu leur bloc opératoire devraient assumer la responsabilité de besoins aujourd'hui non satisfaits, comme la prise en charge de soins de suite, de pathologies chroniques et de la permanence des premiers soins d'urgence.

Les usagers directement concernés ne semblent pas réticents à de telles évolutions⁴. 88% des habitants de villes dont le service de chirurgie a fermé considèrent que la sécurité est meilleure dans le nouvel hôpital et 84% considèrent que le temps mis pour rejoindre un hôpital plus sûr n'est pas un problème⁵. De manière générale, 94% des personnes interrogées privilégient la qualité des soins par rapport à la proximité de l'hôpital.

Encadré 9. Saint-Amand-les-Eaux, Paimpol, La Mure : trois exemples de restructurations hospitalières réussies

130 restructurations hospitalières ont eu lieu depuis 1996. Aucune n'a abouti à la disparition de l'hôpital et la plupart des unités qui ont fermé se sont reconverties ensuite dans des missions de proximité (urgences, soins médicaux pour les personnes âgées ou souffrant de maladies chroniques). Cette diversification des activités a permis de préserver des soins de qualité tout en conservant les emplois au sein de l'hôpital.

L'hôpital de Saint-Amand-les-Eaux (Nord) a fermé son service de chirurgie au début des années 90. Il a alors réorienté ses activités dans l'alcoologie, la diététique et la prise en charge de l'obésité tout en développant des services de réadaptation et de soins de suite. Une maison de retraite s'est jointe également à l'établissement. Depuis la fermeture du service de chirurgie, le nombre d'employés est passé de 300 à 600 personnes.

¹ COUANAU R., *L'organisation interne de l'hôpital*, rapport d'information n°714, Assemblée nationale, mars 2003

² VALLANCIEN G., *op. cit.*

³ Entretien de G. Vallancien, in « La fermeture d'un bloc n'entraîne pas celle de l'hôpital », *Le Monde*, 18 avril 2006

⁴ VALLANCIEN G., *op. cit.*

⁵ *Ibid.* Le rapport de G. Vallancien précise que la distance moyenne d'un petit hôpital à un autre établissement mieux équipé est de 35 kilomètres, soit un temps moyen de 30 minutes.

La maternité de l'hôpital de Paimpol (Côtes-d'Armor) a fermé en 2003 sur demande de l'ARH de Bretagne car elle accomplissait moins de 300 accouchements par an. Ces derniers se font dorénavant dans les maternités de Lannion, Saint-Brieuc ou Guingamp, toutes à moins de trois quarts d'heure de trajet de Paimpol. La maternité de Paimpol a quant à elle été transformée en « maison périnatale ». Elle accueille les futures mères avant l'accouchement et une fois que celui-ci a été accompli.

Enfin, à **La Mure** (Isère), la maternité de l'hôpital a fermé en 1995. Six ans plus tard, la fermeture du service de chirurgie et des urgences fut envisagée. Le maire de La Mure négocia avec l'ARH de Rhône-Alpes la fermeture du premier et obtint en échange le maintien du service des urgences. Les patients sont désormais opérés à Grenoble, mais reviennent à La Mure pour leur convalescence dans un nouveau service de soins de suite et de réadaptation. Une convention a également été passée avec le CHU de Grenoble qui permet à l'hôpital de La Mure de bénéficier de son expertise médicale.

Par ailleurs, il existe des différences désormais incontestables en matière d'équipements et de qualité des établissements hospitaliers, qui sont autant de source d'inégalités.

Chapitre 4. Les acteurs du système de soins : rétablir la confiance

1. Le patient doit rester au centre du système de soins et participer aux grands choix éthiques.

La reconnaissance solennelle des droits du malade est récente (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, loi du 22 avril 2005 sur les droits du malade et la fin de vie¹), même si la jurisprudence avait beaucoup fait en la matière ainsi que – de fait – les pratiques des professionnels.

Aujourd'hui, fort de ses droits, le patient veut être plus qu'un simple malade : il entend être à la fois un usager du système de soins et un citoyen associé aux grands choix collectifs de santé, notamment dans le domaine de l'éthique. Les conséquences pour le système de santé sont multiples.

1.1. Le patient, devenu usager², attend du système de soins un haut degré de qualité.

Les attentes en matière de qualité et de sécurité sont beaucoup plus importantes que par le passé :

- le système de santé doit être accessible et égalitaire³. Les revenus ne doivent pas influencer la possibilité d'être soigné dans de bonnes conditions (refus d'une médecine à deux vitesses). C'est une attente traditionnelle, confirmée par les sondages récents⁴, qui est aux fondements même de la sécurité sociale française ;
- le système de santé doit être tourné vers le patient. Véritable usager⁵, il attend, en plus des soins, une écoute de la part des professionnels et que le système s'adapte à ses besoins (disponibilité, accessibilité avec une durée d'attente réduite au minimum⁶). La démarche de certification des établissements de santé par la HAS s'intéresse notamment à cette dimension. Ces attentes s'avèrent parfois difficilement compatibles avec les aspirations des professionnels ou la nécessaire rationalisation de la carte hospitalière (*cf. supra*) ;
- parce que les citoyens attendent un haut degré de sécurité, le système de santé n'a pas droit à l'erreur. Les maladies nosocomiales ne sont pas tolérées ; les accidents opératoires ou les erreurs de diagnostic ne sont plus considérés comme inévitables⁷ ; en cas de crise sanitaire, les citoyens souhaitent légitimement que les pouvoirs publics prennent toutes les mesures nécessaires et le plus rapidement possible.

¹ Au niveau international, il existe plusieurs textes, dont la convention sur les droits de l'homme et la médecine (1997) ou la charte des droits de l'enfant hospitalisé de l'Unesco (1989).

² ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « Santé et société », in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

³ Sondage TNS Sofres du 11 mai 2006, « Les Français et l'hôpital »

⁴ *Ibid.*

⁵ La loi de 2002 a notamment créé dans les hôpitaux une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, reconnaissant ainsi que le patient est devenu usager.

⁶ ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « L'avenir de l'hôpital », in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

⁷ ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « Santé et société », in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

Le patient est de surcroît de plus en plus informé et actif. Il attend des professionnels et du système de santé une réelle interaction. Il sait aussi que les établissements n'ont pas tous les mêmes performances.

Les conséquences de cette évolution sur le système et les professionnels de santé sont importantes et nouvelles.

Il y a d'abord une tendance à la mise en concurrence des opérateurs de santé. Les médias s'en font d'ailleurs l'écho, en publiant des « classements » d'établissements hospitaliers. Cela exerce une pression à l'amélioration des performances.

Il y a ensuite un important mouvement de judiciarisation de la médecine. Les plaintes de patients s'estimant victimes de fautes de la part des professionnels ou des hôpitaux ne sont plus des exceptions. Les conséquences peuvent être graves : hausse exorbitante des primes d'assurance professionnelles, insécurité juridique de certaines spécialités médicales particulièrement exposées pouvant conduire à la désaffection des formations correspondantes (anesthésie, obstétrique, chirurgie notamment).

1.2. Le citoyen souhaite être mieux associé aux grands choix éthiques.

De nombreuses questions éthiques ont été posées en matière médicale ces dernières années. Les progrès de la médecine et de la biologie ont par exemple permis le développement de techniques de procréation médicalement assistée (PMA), encadrées par la loi. L'affaire « Perruche » et le concept de « préjudice d'être né »¹ ont été à l'origine d'un débat particulièrement nourri, conclu par une loi². La question du clonage thérapeutique et des perspectives médicales offertes par les cellules souches continue quant à elle de susciter le débat.

La question de l'euthanasie et de la fin de vie a été posée à l'occasion de l'affaire Humbert³. La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie est intervenue afin de combler le vide juridique existant. Le législateur a entendu refuser à la fois le *statu quo*, source d'insécurité juridique pour les patients et pour les médecins, et l'euthanasie telle que pratiquée par exemple en Belgique ou aux Pays-Bas⁴. Désormais, une personne atteinte d'une maladie incurable peut refuser le traitement que lui propose un médecin, sans que ce dernier puisse s'y opposer. Si le patient est inconscient, il peut être mis un terme à l'acharnement thérapeutique s'il en a formé le souhait dans le passé. Dans tous les cas, le médecin devra accompagner la fin de vie (soins palliatifs).

Sur ces questions centrales, comme la fin de vie ou le clonage thérapeutique, sans doute serait-il nécessaire qu'une plus grande place soit faite au citoyen dans le débat préalable à l'intervention du législateur.

¹ Nicolas Perruche est né gravement handicapé à la suite d'une rubéole contractée par sa mère lors de la grossesse et non diagnostiquée par le médecin. La mère, qui avait fait savoir qu'elle aurait recours à une IVG si son enfant risquait de naître handicapé, a, au nom de son fils, assigné en justice le médecin afin d'obtenir des dommages et intérêts. La Cour de cassation lui a donné raison. Devant l'émoi suscité par cette décision, le législateur a souhaité inscrire dans la loi que « *nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance* ».

² Article 1 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins

³ Vincent Humbert, tétraplégique à la suite d'un accident de voiture, souhaitait mettre fin à ses jours. Sa mère et un médecin hospitalier l'y ont aidé en 2003.

⁴ Dans ces pays, l'euthanasie est définie comme l'intervention d'un médecin mettant fin à la vie d'une personne à sa demande expresse.

Au-delà des questions éthiques, des exemples étrangers¹ posent la question de la « démocratie sanitaire » ou de la « citoyenneté sanitaire », qui consiste à trouver des moyens originaux d'associer les citoyens aux débats intéressants la santé² et ainsi à bâtir le consensus le plus vaste possible autour de ces questions essentielles.

2. Les impératifs de santé publique doivent préserver le caractère libéral de la médecine de ville.

2.1 Le paradoxe de la médecine de ville : une médecine au cœur de notre système de santé, mais nourrissant un profond malaise

La médecine de ville (ou médecine ambulatoire) comprend les médecins libéraux généralistes ou spécialistes. Au nombre de 110 000 environ³, dont 57% de médecins généralistes (62 875), ces praticiens sont la clé de voûte du système de soins.

Pourtant, la profession connaît un profond malaise, résultant pour partie de relations difficiles avec l'assurance-maladie, pour partie de l'évolution du cadre d'exercice de la médecine et des conditions de travail.

2.1.1 Le malaise de la médecine de ville

La première cause du malaise de la médecine libérale réside dans le fait que cette dernière estime manquer de reconnaissance.

D'abord, la volonté de l'assurance-maladie d'encadrer la croissance des dépenses de santé a conduit à fortement limiter la hausse du tarif de la consultation⁴. En pratique, cela a encouragé les médecins à « rattraper » le manque à gagner en augmentant le nombre de consultations (*cf. supra*). Au Royaume-Uni et en Allemagne, les revenus des médecins généralistes sont plus élevés, respectivement de 10-15% et de 35%, et ceux des médecins spécialistes à peu près équivalents pour des temps de travail moindres⁵.

Ensuite, les **médecins généralistes** ont encore l'impression, malgré la réforme de leur formation initiale introduite en 2002⁶, que leur activité n'est pas valorisée et reconnue. Alors même que la médecine générale est désormais une spécialité, les honoraires des « médecins de famille » restent plus faibles que ceux des spécialistes : 20 euros pour le généraliste contre 23 euros pour un spécialiste.

La deuxième cause du malaise est la remise en cause au moins partielle de certains principes de la médecine libérale. Les médecins libéraux se montrent très attachés aux principes énoncés notamment par la Charte de la médecine libérale de 1927 : libre choix du

¹ L'Etat d'Orégon, aux Etats-Unis, a par exemple choisi de demander directement à ses citoyens ce qui devait être pris en charge dans le cadre du programme *Medicaid* (assurance-maladie pour les plus démunis).

² ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « Santé et société », in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

³ Le Conseil national de l'ordre des médecins comptabilisait au 1^{er} janvier 2005 110 636 médecins libéraux, dont 82,7% de libéraux exclusifs (médecins n'ayant par ailleurs aucune activité de médecin salarié, par exemple en hôpital).

⁴ La dernière revalorisation date de 2002 : en échange d'un effort accru de prescription de génériques, les médecins généralistes ont obtenu la consultation à 20 euros. Une revalorisation d'un euro doit en principe intervenir le 1^{er} août 2006.

⁵ BARNAY T. et ULMANN P., « La médecine de ville : vers de nouvelles règles ? », in TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n° 324, janvier-février 2005

⁶ La loi de modernisation sociale de 2002 a reconnu la médecine générale comme une spécialité à part entière.

médecin par le patient, paiement à l'acte, liberté de prescription, respect absolu du secret médical, libre entente sur le prix. Or, depuis plusieurs années, de nombreuses réformes sont venues remettre partiellement en cause ces principes afin de maîtriser la hausse des dépenses (notamment l'encadrement des tarifs ou le médecin traitant). Toute la difficulté consiste à concilier l'exercice libéral de la médecine et la nécessaire régulation des dépenses.

La troisième cause du malaise est à rechercher dans les nouvelles aspirations des médecins et l'évolution de leurs conditions de travail.

De nombreux médecins libéraux aspirent à une meilleure qualité de vie. Un médecin libéral travaille en moyenne 60 heures par semaine. Mieux concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée est une attente, en particulier pour les médecins les plus jeunes et les femmes qui sont de plus en plus nombreuses¹. L'isolement du médecin libéral, résultant d'un développement insuffisant des cabinets de groupe, rend difficiles les évolutions de ce côté (*cf. supra*).

Les médecins libéraux souhaitent aussi exercer dans des conditions sécurisées. Pour certains d'entre eux exerçant dans des zones urbaines sensibles, l'exercice de la médecine peut être difficile, voire dangereux. De plus, la judiciarisation de l'exercice de la médecine tend à compliquer les relations avec les patients.

Jusqu'à présent, les pouvoirs publics n'ont pas su répondre aux attentes des médecins libéraux. Pire, ils ont contribué à dégrader les relations avec la médecine de ville. Les mécanismes de régulation des dépenses sont mal vécus et contestés (*cf. supra*). *In fine*, les relations entre les médecins et l'assurance-maladie sont considérablement dégradées.

2.1.2 Le médecin généraliste reste pourtant le pivot du système de santé.

Comme le souligne Didier Sicard, « *le médecin de famille a la capacité d'accueillir le patient, de lui apporter l'écoute nécessaire, de faire la synthèse de ses maux en les intégrant à ce qui compose son histoire, sa vie. Il a le meilleur atout, le temps, qui lui permet très souvent de revoir une personne au lieu de demander des examens coûteux* »². Le médecin généraliste reste donc le « référent naturel » des patients. Il est indispensable pour le suivi à long terme. La nécessité de développer la prévention (*cf. supra*) va aussi dans le sens d'un renforcement du rôle du médecin « de famille ».

L'importance du médecin généraliste a été reconnue récemment par la création du système du médecin traitant, dans le cadre des parcours de soins. A l'étranger, le principe du « *gate keeper* » s'appuie aussi sur le médecin généraliste³.

Preuve de la centralité du médecin généraliste dans le système de soins, le malaise de la médecine libérale devient le malaise de tout le système de santé et en particulier des patients : dans les zones désertées par les professionnels de santé, il est souvent difficile de trouver une consultation le week-end ou durant les vacances, voire dans certains cas presque impossible de trouver un médecin à honoraires conventionnés du secteur 1⁴.

¹ Les femmes sont désormais plus nombreuses à s'inscrire à l'Ordre national des médecins. Source : Conseil national de l'Ordre des médecins

² LE PEN C. et SICARD D., *Santé : l'heure des choix, Entretiens avec Bernard Geidel et Catherine Le Borgne*, Desclée de Brouwer, 2004

³ Le « *gate keeper* » est le professionnel de santé chargé d'accueillir et d'aiguiller le patient dans le parcours de soins. Au Royaume-Uni et en Suède, le *gate keeper* peut être une infirmière.

⁴ Le secteur 1 impose aux médecins de ne pas dépasser les tarifs fixés par l'assurance-maladie, par exemple la consultation à 20 euros pour le généraliste.

2.2 Il faut que les pouvoirs publics et les médecins développent un partenariat « gagnant-gagnant » dans le cadre conventionnel.

2.2.1 Les pouvoirs publics doivent prendre en compte l'attachement des médecins aux grands principes de la médecine libérale.

Les grands principes de la médecine libérale doivent être préservés. Les patients y sont attachés. Cependant, défendre ces principes ne signifie pas refuser certains aménagements. Ces derniers sont rendus nécessaires par l'indispensable maîtrise des dépenses et le besoin d'adapter le système de soins aux nouveaux enjeux, par exemple la prévention et la démographie médicale.

Les médecins ont eux-mêmes ouvert la voie à cette évolution avec la promotion des « bonnes pratiques ». Cette modalité de maîtrise médicalisée des dépenses limite la liberté de prescription des praticiens, mais a la vertu de les encourager à employer les techniques et les procédés dont le rapport qualité/coût est le meilleur. Les généralistes reconnaissent également la nécessité d'aménager le principe du libre choix du médecin par le patient afin de limiter le « nomadisme médical ». Dans leur grande majorité, ils ont admis le principe du médecin traitant même s'ils ont contesté ses modalités.

C'est d'ailleurs en aménageant les principes de la médecine libérale que ceux-ci seront en fait préservés.

2.2.2 Inciter et contractualiser au lieu de sanctionner

Tirant les conséquences du fait que c'est au cœur de la médecine libérale que se trouvaient deux des sources de progression des dépenses – la liberté de prescription et le nomadisme médical –¹, les pouvoirs publics ont par le passé choisi d'agir sur les comportements de consommation en responsabilisant les médecins. La réforme de 1996 avait notamment mis en place un système de reversement financier collectif des médecins vers l'assurance-maladie en cas de dépassement des objectifs chiffrés de progression des dépenses de santé. Ce mécanisme a été annulé par le juge (*cf. supra*). **Cette démarche, qui avait la forme d'une sanction collective, a considérablement dégradé les relations entre l'Etat, l'assurance-maladie et les médecins.**

Tout plaide pour que soit confortée au contraire la démarche incitative et contractuelle, retenue par le gouvernement et l'assurance-maladie depuis 2002, *via* notamment les AcBUS (accords de bons usages des soins). Celle-ci a eu des effets positifs² : baisse du nombre de visites à domicile³, baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques (*cf. supra*), hausse de la consommation de médicaments génériques.

2.2.3 Un partenariat gagnant-gagnant doit succéder à la défiance réciproque.

Les pouvoirs publics peuvent contribuer à mettre en place les conditions d'un meilleur exercice de la médecine libérale, en s'inspirant par exemple d'expériences étrangères. Certains pays ont trouvé des solutions pour faciliter l'exercice de la médecine de ville :

¹ LE PEN C. et SICARD D., *op. cit.*

² MOREAU I. « Touchez pas à mes honoraires », *Liaisons sociales*, n°27, novembre 2003

³ Accord d'août 2002

- la délégation d'actes médicaux de moindre technicité à des personnels paramédicaux, afin de soulager les médecins et de valoriser d'autres professions. C'est par exemple le cas au Canada ;
- l'incitation à créer des cabinets de groupe et la possibilité de constituer des cabinets accueillant des professions paramédicales, comme c'est le cas en Finlande.

Les médecins doivent quant à eux accepter un minimum de contraintes. La maîtrise médicalisée des dépenses est aujourd'hui une nécessité, comprise par le corps médical, aussi bien pour des raisons financières que thérapeutiques. Elle permet l'amélioration de la qualité des soins et la remise en cause permanente des pratiques. A cet effet, la formation médicale continue constitue un moyen essentiel de « mettre à jour » les connaissances acquises¹. Alors qu'il s'agit d'une obligation législative selon la loi de 2002, la formation médicale continue n'est pas suivie par tous les médecins². La mise en place, actuellement en cours, de l'évaluation des pratiques professionnelles *via* les URML, devrait permettre d'organiser un contrôle des pratiques des médecins par la profession elle-même afin d'améliorer la qualité du système.

Enfin, récompenser l'effort des médecins qui s'engageraient en faveur d'un système plus efficient ne doit pas être un tabou. Les hausses de tarifs pour les médecins généralistes doivent être la juste contrepartie des efforts que la médecine de ville est prête à consentir au profit de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Plus largement, l'introduction de la liberté tarifaire, ou d'une certaine liberté tarifaire, en échange d'engagements de la part des médecins devrait être étudiée.

La problématique de la médecine de ville n'épuise pas celle des professions de santé libérales. Le système de soins de proximité repose en effet aussi sur des catégories de professionnels tels que les dentistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les biologistes. En ce qui concerne les infirmières libérales, la création récente d'un ordre professionnel souligne la nécessité de mieux reconnaître et organiser cette profession.

3. L'hôpital doit regagner la confiance de ses différentes catégories de personnel.

3.1 Les différents personnels hospitaliers éprouvent un malaise commun.

Les hôpitaux publics emploient 860 000 personnes, dont seulement environ 100 000 médecins³. La problématique des hôpitaux est donc dans une large mesure celle des professions paramédicales (infirmiers, aides-soignants) ou administratives.

Le secteur hospitalier connaît un malaise grandissant, lié au fait de voir les conditions de travail se dégrader, les contraintes augmenter et au bout du compte la qualité des soins et du contact avec les malades et leur famille baisser.

Conséquence de cette situation, « *l'hôpital ne fait plus rêver* »⁴ : les professions hospitalières manquent d'attractivité et la profonde crise de vocations⁵ qui en résulte risque de fragiliser considérablement le système de soins. Le taux global de vacance des postes de

¹ DAVANT J.-P. et al., *La révolution médicale*, Seuil, 2003

² Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale 2005*

³ Cour des comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, mai 2006

⁴ COUANAU R., *L'organisation interne de l'hôpital*, rapport d'information n°714, Assemblée nationale, mars 2003

⁵ *Ibid.*

praticiens hospitaliers à temps plein atteint 16,3% et la baisse des vocations est particulièrement marquée dans certaines régions (Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord-Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Lorraine) ainsi que dans certaines disciplines (l'obstétrique, l'anesthésie et la chirurgie) (*cf. supra*).

Le mécontentement des personnels hospitaliers est particulièrement palpable :

- l'absentéisme augmente tendanciellement depuis 1996¹ ; en 2000, le taux d'absence fut de 20 jours par an par agent en moyenne ;
- les grèves sont plus fréquentes : de 27 203 jours de conflit en 1998, ce nombre est passé à 152 711 jours en 2000, c'est-à-dire qu'il a été multiplié par plus de cinq en deux ans ;
- les démissions sont de plus en plus courantes : elles ont doublé entre 1998 et 2003².

Il en résulte une raréfaction des moyens humains, qui est à la fois une cause et une conséquence du malaise hospitalier. Il existe une réelle pénurie de professionnels médicaux ou infirmiers à l'hôpital (le quota infirmier – équivalent du *numerus clausus* – a pourtant augmenté de 66% en 10 ans³). La diminution du nombre des internes aggrave les difficultés de fonctionnement. Pour pallier celles-ci, il est fait appel à des médecins étrangers dont les compétences ne sont pas toujours suffisantes, la connaissance de la langue parfois imparfaite et, dans tous les cas, le mérite beaucoup trop peu reconnu par rapport au travail effectué.

3.2 Les 35 heures sont l'une des causes principales du malaise hospitalier.

3.2.1 Première cause du malaise : la gestion des ressources humaines est insatisfaisante.

Le cadre de gestion des ressources humaines à l'hôpital est trop complexe et « *peu favorable à une gestion efficace des ressources humaines* »⁴. La gestion est éclatée entre plusieurs dizaines de statuts et plusieurs niveaux d'administration et de nomination.

Les différentes catégories de personnel manquent de perspectives. Les carrières sont très cloisonnées et il n'existe guère de mobilité au sein de l'hôpital. Les personnels infirmiers n'ont que des possibilités très limitées de voir leur carrière évoluer vers plus de responsabilités médicales. La validation des acquis de l'expérience, désormais ouverte aux aides-soignants, pourrait permettre de donner à ces derniers des chances de promotion professionnelle, sous réserve d'être réellement mise en œuvre.

3.2.2 Deuxième cause du malaise : la modernisation de la carte hospitalière

Le progrès des techniques médicales rend les investissements plus coûteux, les soins plus techniques et pousse à la concentration hospitalière⁵. Parallèlement, la technicité croissante des actes chirurgicaux exige des services de chirurgie un certain seuil d'activité, en-deçà duquel le risque médical résultant du manque d'expérience devient trop important.

¹ ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « L'avenir de l'hôpital », in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

² VALLENCIEN G. et al., *La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, rapport de mission, 2003

³ Cour des Comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, mai 2006

⁴ Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale 2005*

⁵ ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, *op. cit.*

Ces deux mouvements exercent une pression à la rationalisation de la carte hospitalière. Cette dernière conduit à la fermeture de petites unités qui, si elle est souhaitable du point de vue de la sécurité des soins et peut être compensée par d'autres activités (*cf. supra*), n'en est pas moins mal vécue par les professionnels hospitaliers.

3.2.3 Troisième cause, et non la moindre : la réduction du temps de travail appliquée à l'hôpital est à l'origine de très grandes difficultés d'organisation.

En faisant prévaloir la « *logique sociale* » individuelle sur les logiques « *professionnelle* » et « *organisationnelle* », les 35 heures sont à l'origine de dysfonctionnements majeurs du service public hospitalier¹.

Encadré 10. Les 35 heures à l'hôpital

Afin de permettre une application efficace de la réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé, il était prévu en 2001 de pourvoir 37 500 nouveaux emplois non médicaux et 3 500 nouveaux emplois médicaux². La réforme n'a toutefois pris en compte ni les besoins réels entraînés par la réduction du temps de travail, ni les difficultés de recrutement et le temps nécessaire à la formation des personnels. Si le quota d'infirmières entrant en formation a été augmenté, les hôpitaux n'ont bénéficié d'un renfort de personnel qu'au bout des trois années obligatoires de formation. Dès l'origine, le nombre d'emplois prévu était donc insuffisant³. Ce constat révèle l'impréparation de cette réforme appliquée à l'hôpital dans un contexte de démographie hospitalière déjà défavorable (*cf. supra*).

En conséquence, l'application des 35 heures a conduit à une réorganisation forcée du fonctionnement de l'hôpital. Le temps mis à la disposition du patient a été limité. Les « temps de chevauchement » entre les équipes, pourtant indispensables à la transmission des informations de suivi des patients, se sont réduits dans certains établissements. Les hôpitaux publics ont eu recours à la sous-traitance pour certains services techniques comme les ambulanciers ainsi qu'au recrutement sous forme d'emplois précaires. L'intensification du travail a été ressentie par tous les personnels (sentiment de « *dégradation des conditions de travail* »⁴).

Les 35 heures ont également aggravé le cloisonnement hospitalier, chaque responsable s'efforçant de veiller jalousement sur ses personnels, déjà peu nombreux et surchargés.

3.3 Les patients sont les premiers à pâtir de cette situation.

L'encombrement des hôpitaux est à l'origine d'une dégradation des conditions d'accès aux soins. Des files d'attente ont fait leur apparition, des refus ou reports d'hospitalisation sont opposés aux patients. Dans le même temps, certaines unités de soins sont fermées faute de personnels et les horaires d'ouverture des secrétariats médicaux sont réduits.

La qualité du service rendu s'est détériorée⁵. Les aides-soignants, pourtant indispensables à la qualité des soins, ont beaucoup moins de temps à consacrer à l'accompagnement et à l'écoute des patients. Les patients sont parfois obligés de quitter l'hôpital alors que leur état justifierait une prise en charge plus longue.

¹ TONNEAU D., « La RTT dans les hôpitaux publics », *Etudes*, DREES, n°35, octobre 2003

² Cour des Comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, mai 2006

³ NOVELLI H., *L'évaluation des conséquences économiques et sociales de la législation sur le temps de travail*, rapport d'information n° 1 544, Assemblée nationale, avril 2004

⁴ TONNEAU D., « La RTT dans les hôpitaux publics », *Etudes*, DREES, n°35, octobre 2003

⁵ COUANAU R., *L'organisation interne de l'hôpital*, rapport d'information n°714, Assemblée nationale, mars 2003

Enfin, les conditions d'accueil des services d'urgence se sont dégradées¹.

Encadré 11. Les urgences hospitalières en France

13,4 millions de personnes, soit un Français sur cinq, ont eu recours au moins une fois aux urgences en 2001². Les urgences ont de fait un rôle croissant dans le système de santé français ; elles tendent à occuper de plus en plus la place des médecins de ville³.

Contrepartie de ce succès, les urgences font face à l'engorgement. Elles ont à gérer des situations de promiscuité très désagréables aux patients et, selon les études réalisées sur l'état des personnels⁴, 80% des soignants et médecins urgentistes sont dans un état d'épuisement émotionnel « moyen à élevé ».

Parmi les causes de cette situation, il est souvent fait état de l'insuffisance des gardes prises en charge par les médecins de ville, qui provoque le reflux des malades vers les services d'urgences. En réalité, **trois problèmes plus larges se posent en amont** : celui de la rémunération des médecins de garde, insuffisante compte tenu des sujétions imposées, celui de la démographie médicale et celui du comportement des patients. Les urgentistes sont les premiers à relever une plus grande fréquentation des urgences entre 18h et 20h et après 22h30, ce qui prouve que certains patients se rendent aux urgences pour des cas relevant en principe de la médecine ambulatoire. Il est vrai également que les urgences présentent l'avantage de rendre un service complet sur place, immédiatement.

L'organisation de l'hôpital est également une cause de difficultés aux urgences. Le refus de certains services d'accueillir des patients ne relevant pas de leur spécialité fait peser sur les urgences une charge importante. Les 35 heures sont venues aggraver les difficultés en reportant sur les urgences des actes techniques qui ne peuvent plus être faits en aval faute de personnel.

4. Les Français doivent pouvoir bénéficier d'un haut degré d'innovation et de sécurité des produits de santé.

4.1 La politique du médicament et de l'industrie médicale doit préserver le potentiel d'innovation français.

Plusieurs objectifs sont assignés à la politique du médicament et des autres produits de santé : accès large aux produits, sécurité sanitaire, défense de l'industrie pharmaceutique, maîtrise des dépenses de santé.

La mise en place du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) en septembre 2004 a permis de rapprocher les industriels de la santé des pouvoirs publics et de définir des mesures favorables à l'innovation, notamment dans le domaine du médicament. **Pourtant, la prise en compte de l'intérêt stratégique d'une industrie de santé française forte et de l'importance de l'innovation pharmaceutique reste imparfaite.**

¹ VALLENCIEN G. et al., *La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale*, rapport de mission, 2003

² Conseil économique et social, *L'hôpital public en France. Bilan et perspectives*, 2005

³ La fréquentation des urgences a augmenté selon une progression annuelle de 4,6% entre 1990 et 2001 et, selon une étude du CREDOC à la demande de la CNAMTS, environ 65% de la population privilégie l'hôpital en cas d'urgence médicale (septembre 2003).

⁴ Etudes citées in Conseil économique et social, *L'hôpital public en France. Bilan et perspectives*, 2005

4.1.1 La nécessité de limiter la dérive des dépenses de santé justifie un contrôle du marché des médicaments.

Les dépenses de médicaments sont élevées et sont en hausse. Elles représentent le troisième poste des dépenses de santé en France¹. En 2002, près de 2% du PIB étaient absorbés par la consommation de produits pharmaceutiques. La croissance annuelle des dépenses de médicaments reste élevée : 7,4% en moyenne annuellement sur les vingt dernières années². La tendance à la hausse concerne autant la consommation de médicaments « de ville » (achats en pharmacies) que celle en hôpital³.

L'augmentation des dépenses de médicaments s'explique par un développement encore insuffisant des génériques, une surconsommation médicale (*cf. supra*) et enfin le fait que le prix des spécialités pharmaceutiques tend, toutes choses égales par ailleurs, à augmenter⁴.

Encadré 12. Les médicaments génériques sont encore insuffisamment développés.

Le générique doit permettre de dégager d'importantes marges de manœuvre financières. En 2002, le prix d'un générique était en moyenne inférieur de 30% par rapport au médicament de marque⁵. Les projections⁶ montrent qu'un milliard d'euros par an pourrait être économisé au cours des prochaines années grâce aux génériques, principalement par le fait que le brevet d'une cinquantaine de molécules est tombé ou tombera dans le domaine public entre 2004 et 2008⁷.

La France accuse un retard dans l'emploi du générique. En 2003, il ne représentait que 3,5% du marché français, contre 30 à 40% en Allemagne, au Royaume-Uni ou aux Etats-Unis.

La progression de la part des génériques dans les prescriptions est toutefois importante ces dernières années et le recours au générique tend à devenir naturel⁸. Quand il existe un générique en remplacement d'un *princeps*⁹, il est prescrit dans les deux tiers des cas contre moins d'un tiers en 2002. Il faut y voir le fruit d'une politique de promotion du générique engagée par le gouvernement et l'assurance-maladie. La loi du 13 août 2004 renforce les mécanismes permettant le développement du générique. La convention de 2002 signée entre l'assurance-maladie et les médecins généralistes prévoyait quant à elle un engagement de ses derniers à prescrire au moins 12,5% de médicaments génériques. Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), introduit en 2003, incite fortement les patients à avoir recours aux génériques. Lorsqu'il s'applique, ce système limite en effet le montant du remboursement du médicament au prix du générique correspondant. Enfin, les officines pharmaceutiques ont été

¹ 15,4% des dépenses du régime général de l'assurance-maladie en 2004. Source : CNAMTS

² LE PEN C., « L'économie du médicament », in TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n° 324, janvier-février 2005

³ Elle a augmenté de 20% de 1997 à 2000.

⁴ Il devient de plus en plus difficile et onéreux de développer de nouveaux médicaments selon LE PEN C., *op. cit.*

⁵ Source : *IMS Health* (institut américain d'études sur la santé)

⁶ LE PEN C., « L'économie du médicament », in TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n° 324, janvier-février 2005

⁷ Le Mopral®, par exemple, était avant 2004 le médicament le plus remboursé par la sécurité sociale ; en quelques semaines, après la chute de son brevet en avril 2004, la moitié des ventes se sont reportées sur des génériques, 40% moins chers.

⁸ Notamment grâce au droit de substitution du pharmacien au médecin-prescripteur, qui permet au premier de remplacer un *princeps* prescrit par le second par un générique, lorsque celui-ci existe.

⁹ Le *princeps* est le médicament conçu à partir de la molécule sous brevet. Le générique est le médicament conçu lorsque la molécule n'est plus protégée.

fortement impliquées dans la promotion du générique, notamment *via* des accords entre l'assurance-maladie et les syndicats de pharmaciens.

Ces chiffres encourageants cachent toutefois des disparités importantes à la fois entre médicaments et entre territoires (les génériques restent peu prescrits à Paris).

Dans ce contexte, la France a mis l'accent sur la régulation par les prix des dépenses de médicaments. Le prix des médicaments n'est pas librement fixé par le marché et les possibilités de remboursement sont encadrées. Ainsi, « *dans l'industrie pharmaceutique, contrairement à ce qu'on observe ailleurs, la tendance est plutôt à la sur-régulation économique qu'à la dérégulation* »¹.

Le médicament n'étant pas un produit comme les autres, cette régulation se justifie dans son principe. D'ailleurs, elle se renforce dans les différents pays d'Europe². Toutefois, elle se traduit en France par des prix du médicament moins élevés que dans le reste de l'Europe³ et donc moins rémunérateurs pour l'industrie⁴.

Cette politique, mettant l'accent sur le contrôle des prix, n'a en outre pas réellement permis de limiter la hausse des dépenses car elle laisse largement de côté la question des volumes. Ainsi, **certains modes de régulation de la consommation de médicaments restent peu employés.** Les mécanismes de responsabilisation ne sont pas assez développés, tant du côté des prescripteurs que de celui des consommateurs. La prescription n'occupe pas assez de place dans la formation continue et initiale des médecins. Pour les patients, le « bon médecin » reste celui qui prescrit beaucoup.

Encadré 13. La régulation du secteur du médicament en France : priorité à la régulation par les prix

Afin de maîtriser les dépenses de santé, divers mécanismes de régulation ont été mis en place :

- les prix des médicaments font l'objet d'un encadrement. C'est d'abord le cas des médicaments vendus au grand public, quand ils sont remboursables. Le prix est alors fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS) dans le cadre d'accords négociés avec les firmes. Lorsqu'un accord est impossible, c'est l'Etat qui fixe unilatéralement le prix. La réforme de 2004 a, pour sa part, introduit un mécanisme de contrôle des prix pour les médicaments acquis par les établissements hospitaliers, alors qu'auparavant ces prix étaient librement négociés entre ces derniers et les industriels ;
- pour être remboursables, les médicaments doivent être inscrits sur une liste établie par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, sur avis d'une commission de transparence (CT) rattachée à la Haute autorité de santé. Cette dernière se base sur le « service médical rendu » (SMR) pour juger de l'opportunité de rembourser (ou au contraire de dérembourser) une spécialité pharmaceutique ;

¹ LE PEN C., *op. cit.*

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ Il y a toutefois une convergence croissante des prix européens (Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale*, 2004).

- enfin, le secteur industriel pharmaceutique est directement et financièrement mis à contribution. Il existe d'abord des taxes s'appliquant spécifiquement aux entreprises pharmaceutiques et affectées à la sécurité sociale : d'une part, une contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité, d'autre part, depuis 2004, une taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques (au taux de 1,76% en 2006) qui a remplacé de multiples dispositifs antérieurs. **Il existe ensuite un mécanisme de reversement, par l'industrie pharmaceutique, d'une partie du surplus des dépenses de médicaments**, soit par application de la « clause de sauvegarde » prévue par la loi en cas de dépassement de l'objectif fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale¹ (1% en 2006), soit dans le cadre de conventions passées entre les laboratoires et l'Etat permettant une plus grande individualisation et négociation des reversements. La clause de sauvegarde s'applique à défaut de convention.

4.1.2 La politique du médicament est en partie responsable du décrochage technologique pharmaceutique français.

La France est le premier site de production de médicaments en Europe (100 000 salariés²). Elle attire de nombreuses entreprises étrangères. L'un des « *big pharma* »³ est français (Sanofi-Aventis). Certains laboratoires français ont une taille leur permettant d'occuper une place significative sur le marché (tels Servier, Fournier Pharma⁴, Pierre Fabre, Ipsen, Boiron ou Roche). La demande domestique française est importante comme le montre l'ampleur des dépenses de médicaments.

Toutefois, **la taille du marché français ne suffit plus à garantir l'implantation en France de la production pharmaceutique et encore moins celle des activités de recherche et développement (R&D).**

La France est en situation de décrochage en matière d'innovation pharmaceutique : de 1995 à 2001, les dépenses de R&D en ce domaine ont seulement augmenté de 20% en France, contre 80% au niveau mondial et 100% aux Etats-Unis⁵. **Certains pays d'Europe concentrent les investissements de R&D pharmaceutiques.** C'est notamment le cas du Royaume-Uni et de la Suède : le ratio dépenses de R&D/production est de 13% en France, contre 34% au Royaume-Uni et 43% en Suède⁶. La France attire de moins en moins les financements des *big pharmas*⁷ et des délocalisations peuvent être observées⁸. Ce décrochage technologique a des conséquences en termes de production et d'emploi : de moins en moins d'emplois dans le secteur pharmaceutique sont créés en France.

La politique du médicament est en partie responsable de cette situation. Elle pénalise les firmes françaises dont les concurrentes bénéficient sur leurs marchés intérieurs de conditions

¹ Dans ce cas-là, le montant de la contribution due par une entreprise donnée est calculé à l'aide d'une clé de répartition complexe appliquée à la somme due collectivement. Cette clé prend en compte le chiffre d'affaires de l'entreprise, le taux de croissance de ce chiffre d'affaires ainsi que les dépenses promotionnelles.

² Source : LEEM (Les entreprises du médicament)

³ Ce sont les grandes entreprises multinationales du domaine pharmaceutique.

⁴ Fournier Pharma appartient désormais au groupe belge Solvay.

⁵ MASSON A., *PharmaFrance 2004. S'inspirer des politiques publiques étrangères d'attractivité pour l'industrie pharmaceutique innovante*, Conseil général des mines, ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie, juillet 2004

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ Fermetures de sites : Pfizer pour son site de Fresnes, Merck pour son site de Lyon, Aventis pour son site de Romainville

de prix plus favorables. Elle manque de réactivité, car les délais administratifs de mise sur le marché sont plus longs que dans les autres pays d'Europe¹.

La politique du médicament manque également de stabilité et de visibilité. Le système du reversement, en cas de dépassement de l'objectif annuel, crée des incertitudes pour les entreprises, qui ne savent pas ce que sera *in fine* leurs bénéficiaires. De même, depuis de nombreuses années, la France se caractérise par une politique fiscale totalement imprévisible à l'égard de l'industrie pharmaceutique, que le Conseil constitutionnel a d'ailleurs fini par sanctionner sur le terrain de la rétroactivité.

Au total, la France ne paraît pas assez « *business friendly* » (favorable aux affaires) pour les industriels du secteur².

La politique du médicament n'est toutefois pas seule responsable de cette situation. Certains pays européens (Royaume-Uni, Espagne) ont mis en place des politiques d'attractivité pour les activités de R&D pharmaceutiques, concurrençant directement la France. Des problèmes sur les essais cliniques rendent cette dernière peu attractive³. Le développement insuffisant du secteur des biotechnologies et plus globalement les défaillances de notre système de recherche fondamentale (*cf. infra*) n'attirent plus les entreprises à proximité de nos centres de recherche. Enfin, la France paie, en ce domaine comme en d'autres, la dégradation de son environnement économique (insécurité juridique ; 35 heures ; excès de taxes sur les facteurs mobiles de production ; fuite des cerveaux à l'étranger ; déclasserement universitaire ; absence de *business angels*...).

4.1.3 Ce manque d'attractivité met en danger notre capacité à mener une politique efficace du médicament et à disposer des médicaments du futur.

En l'absence d'un secteur pharmaceutique fort, les pouvoirs publics, faute d'alternatives crédibles au plan national, risquent de ne plus pouvoir développer un dialogue avec l'industrie et de devoir compter sur les seuls prix mondiaux, sans possibilité de régulation.

Pire encore, la France risque de dépendre de l'étranger pour les médicaments du futur (à la fois en termes d'innovation et de production). Cette situation serait particulièrement préjudiciable en cas de crise grave : il importe en effet dans ce cas de pouvoir compter sur un secteur national fort afin de sécuriser les approvisionnements.

4.2 La recherche biomédicale doit faire partie des priorités.

Au-delà de la seule innovation pharmaceutique se pose la question de l'innovation et de la recherche dans tout le domaine médical et biomédical. La France est là encore dans une situation relativement défavorable

En matière de biotechnologies, elle n'arrivait en 2000 qu'à la 24^{ème} place des pays déposant des brevets auprès de l'office européen des brevets (OEB)⁴. Elle ne parvient pas à

¹ LE PEN C., « L'économie du médicament », in TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n° 324, janvier-février 2005

² MASSON A., *op. cit.*

³ Recrutement lent des volontaires pour les tests, lourdeurs administratives, difficulté d'accéder aux patients, mauvaise image de la recherche clinique. Le nombre d'essais cliniques déclarés à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a baissé de 17% de 1997 à 2002.

⁴ OCDE, *Compendium statistique de la science et de la technologie*, 2004

retenir ses chercheurs les plus brillants¹ et peine à attirer les étudiants étrangers. Les jeunes entreprises innovantes sont rares et ne parviennent pas à trouver les financements indispensables à leur développement (le capital-risque est insuffisamment développé). La recherche privée est faible dans notre pays et les découvertes de la recherche publique n'ont que trop rarement des suites industrielles. Fait significatif : il n'y a pas eu de prix Nobel de médecine ou de physiologie français depuis Jean Dausset en 1980².

L'organisation de la recherche et de l'enseignement supérieur sont bien sûr en cause : manque d'autonomie des universités, insuffisance des relations entre l'entreprise et l'université, manque de synergie entre recherche publique et privée, manque de moyens pour la recherche fondamentale, faible salaires des chercheurs...

Pourtant, la France possède un important potentiel, à travers plusieurs organismes de recherche agissant dans le domaine médical : centres publics comme l'Inserm ou le CNRS, ou privés comme l'Institut Pasteur. D'importantes découvertes médicales sont à mettre à l'actif de la recherche française, comme la découverte du virus du SIDA (VIH) par l'équipe du Professeur Montagné. Les chercheurs français sont en outre très appréciés à l'étranger, notamment aux Etats-Unis.

Il importe donc de rechercher toutes les voies possibles afin de valoriser au mieux le potentiel de recherche médicale et biomédicale français.

4.3 La sécurité sanitaire des médicaments et des prescriptions doit encore être améliorée.

Le système français a su garantir un haut degré de sécurité dans le circuit de production et de commercialisation des produits pharmaceutiques. Mais des marges de progression existent et le souvenir des scandales du sang contaminé, de l'hormone de croissance ou du distilbène ne doit pas se dissiper.

4.3.1 L'évaluation des produits de santé : renforcer les garanties

Le système d'évaluation de la sécurité sanitaire des produits est complet et sûr. L'expertise repose notamment sur une agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et sur le réseau de pharmacovigilance constitué des médecins, des pharmaciens et des centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV).

Le retrait de certains médicaments du marché, tel le Vioxx®, montre que la sécurité sanitaire des médicaments doit demeurer un souci permanent, même une fois l'autorisation de mise sur le marché (AMM) accordée. Un rapport du Sénat³ a très récemment proposé des améliorations en ce domaine, telles que la publicité des travaux des agences sanitaires pour une meilleure transparence ou le renforcement des moyens publics afin de permettre de meilleurs études post-AMM.

¹ La réglementation est parfois à l'origine de situations absurdes : le Professeur Luc Montagné, découvreur du VIH dans les années 80, ayant été mis à la retraite en France pour cause de limite d'âge, a été contraint de partir aux Etats-Unis pour continuer à travailler.

² La France ne compte au total que huit prix Nobel de médecine ou de physiologie sur 184 lauréats depuis 1901.

³ HERMANGE M.-T. et PAYET A.-M., *Les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments - Médicament : restaurer la confiance*, rapport d'information n°382, Sénat, 8 juin 2006

4.3.2 Les officines pharmaceutiques ont un rôle décisif à jouer dans l'amélioration de la sécurité des prescriptions.

Le circuit de commercialisation des médicaments est encadré, *via* notamment le monopole de vente par les 22 610 officines pharmaceutiques¹ des médicaments au grand public. L'expertise, la disponibilité et la fonction de conseil aux patients font des pharmaciens un chaînon « *irremplaçable* »² dans le système de santé français.

Cette mission de conseil pourrait être améliorée par un meilleur partage de l'information entre les officines. Le nomadisme médical peut entraîner la multiplication des prescriptions et donc des risques d'interaction entre médicaments. Un système d'information pourrait reprendre la totalité des prescriptions faites et être mis à disposition des pharmaciens, afin d'assurer un meilleur suivi des patients et éviter des complications médicales d'origine médicamenteuse. C'est le sens du « dossier pharmaceutique », actuellement développé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

¹ Source : Ordre national des pharmaciens

² ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, « Médicament et santé », in *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

Bibliographie

Ouvrages

DAVANT J.-P. et al., *La révolution médicale*, Seuil, 2003

ASKENAZY P., *Les désordres du travail. Enquête sur le nouveau productivisme*, Seuil, 2004

Rapports

BERLAND Y., *Rapport de la commission démographie médicale*, avril 2005

COUANAU R., *L'organisation interne de l'hôpital*, rapport d'information n°714, Assemblée nationale, mars 2003

Commissariat général au plan, *Pour une régionalisation du système de santé en 2025*, novembre 2005

Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale*, septembre 2004

Cour des comptes, *Rapport sur la sécurité sociale*, 2005

Cour des comptes, *Les personnes âgées dépendantes*, novembre 2005

Cour des comptes, *Les personnels des établissements publics de santé*, rapport thématique, mai 2006

Cour des comptes, *Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale 2004*, septembre 2005

DERIOT G., *Le drame de l'amiante en France*, rapport d'information n°37, Sénat, 20 octobre 2005

DERIOT G., *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, rapport d'information, n°8, Office parlementaire d'évaluation de la santé, Sénat, 5 octobre 2005

ENA-PROMOTION LEOPOLD SEDAR SENGHOR, *Les politiques de santé*, rapports de séminaires, juillet 2003

Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, *Rapport d'évaluation de la CMU*, décembre 2003

GOUTEYRON A., *Avis sur le projet de loi relatif à l'assurance-maladie*, Commission des finances du Sénat, juillet 2004

Haut comité de la santé publique, *La santé en France*, 2002

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport, janvier 2004

HERMANGE M.-T. et PAYET A.-M., *Les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments - Médicament : restaurer la confiance*, rapport d'information n°382, Sénat, 8 juin 2006

Inspection générale des affaires sociales, *Rapport d'étape d'évaluation des risques de fraude à l'assurance-maladie*, 23 avril 2004

MASSON A., *PharmaFrance 2004, s'inspirer des politiques publiques étrangères d'attractivité pour l'industrie pharmaceutique*, Conseil général des Mines, ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie, juillet 2004

NOVELLI H., *L'évaluation des conséquences économiques et sociales de la législation sur le temps de travail*, rapport d'information n° 1 544, Assemblée nationale, avril 2004

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel – Etat du phénomène de la drogue en Europe*, 2005

OCDE, *Compendium statistique de la science et de la technologie*, 2004

OCDE, *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2005*, éditions OCDE, 2005

Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde – Pour un système de santé plus performant*, 2000

PEBEREAU M., *Des finances publiques au service de notre avenir*, rapport au ministre de l'Economie, des finances et de l'industrie, décembre 2005

SOUBIE R., *Santé 2010*, rapport du groupe «Prospective du système de santé », 1993

VALLANCIEN G., *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, rapport à l'attention du ministre de la Santé et des solidarités, avril 2006

VASSELLE A., *La tarification à l'activité à l'hôpital : la réforme au milieu du gué*, rapport d'information n° 298, Sénat, 2006

Articles

ABITBOL G., « La médecine dévoyée », *Commentaire*, n°111, automne 2005

BESSIERE S., BREUIL-GENIER P. et DARRINE S., « La démographie médicale à l'horizon 2025. Une régionalisation des projections », *Etudes et résultats*, DREES, n° 353, novembre 2004

BLANCHARD S., « Les excès des Français », *Le Monde*, 10 juin 2006

BOISGUERIN B., « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2003 », *Etudes et résultats*, DREES, n°381, mars 2005

BRUTEL C., « Projections de population à l'horizon 2050 », *Insee Première*, n°762, mars 2001

- BRUCKER G. (dir.), « Surveillance du cancer », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 41-42, octobre 2003
- BRUCKER G. (dir.), « Le point sur la tuberculose », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 17-18, mai 2005
- BABUSIAUX C., « La voie étroite du politique », *Le bulletin de l'Ilec*, n° 369, février 2006
- BONNET N. et BORIES-MASKULOVA V., « Le secteur libéral des professions de santé en 2003 », *Point Stat*, CNAMTS, n° 40, septembre 2004
- CAUSSAT L., FENINA A. et GEOFFROY Y., « Quarante années de dépenses de santé. Une rétopolation des comptes de la santé de 1960 à 2001 », *Etudes et résultats*, DREES, n°243, juin 2003
- CORNILLEAU G. et VENTELOU B., « La réforme française de l'assurance maladie », *Lettre de l'OFCE*, n°251, juillet 2004
- DIDIER G. et al., « Consommation des antibiotiques en France », *BEH*, Institut national de veille sanitaire, n°32-33/2004, juillet 2004
- EXPERT A., « Corpulence et consommation médicale », *Point Stat*, Caisse nationale de l'assurance maladie, juin 2005
- FENINA A. et GEFROY Y., « Comptes nationaux de la santé 2004 », *Document de travail*, DREES, juillet 2005
- GRIGNON M., « Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé », *Bulletin d'information en économie de la santé*, n°66, mars 2003
- HAZERA J.-C., « Sommes-nous assurés par la sécurité sociale ? », *Problèmes économiques*, n°2646, 5 janvier 2000
- HUSSON M., « La santé, un bien supérieur ? », *Chronique internationale de l'IRES*, n°91, novembre 2004
- LANOË J.-L. et DUMONTIER F., « Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids », *INSEE Première*, n° 1048, novembre 2005
- LE FUR P. et al., « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé », *Etudes et résultats*, DREES, n° 247, juillet 2003
- LE PEN C., « Guérir l'assurance maladie », *Sociétal*, n°42, 4^{ème} trimestre 2003
- LE PEN C., « La maîtrise des dépenses n'est pas le bon objectif », *Sociétal*, n°36, 2^{ème} trimestre 2002
- MOUQUET M.-C. et BELLAMY V., « Suicides et tentatives de suicide en France », *Etudes et résultats*, DREES, n° 488, mai 2006
- TRONQUOY P. (dir.), « La santé », *Cahiers français*, n° 324, janvier-février 2005

Sondages

BVA/Institut Paul Delouvrier, *Le baromètre des services publics*, avril 2006

CNAMTS, *L'assurance maladie : chiffres et repères*, janvier 2005

Enquête ObEpi, *Troisième enquête épidémiologique nationale sur l'emploi et le surpoids en France*, juin 2003

Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement de l'université de Bordeaux 2, *Enquête de mortalité*, 2005