

Systemes de santé en transition

Auteurs:

Simone Sandier

Valérie Paris

Dominique Polton

Editeurs:

Sarah Thomson

Elias Mossialos

France

2004



L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé est un partenariat entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les gouvernements de la Belgique, de la Finlande, de la Grèce, de la Norvège, de l'Espagne et de la Suède, la Banque européenne d'investissement, l'Open Society Institute, la Banque mondiale, l'École des Sciences économiques et politiques de Londres et l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres.

Mots-clés :

DISTRIBUTION DES SOINS

ÉVALUATIONS

FINANCEMENT, SANTÉ

RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ

PLANIFICATION DU SYSTÈME DE SANTÉ, organisation et administration

FRANCE

© Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004

Ce document peut être révisé ou abrégé à des fins non commerciales. Sa reproduction partielle ou intégrale requiert une autorisation préalable, dont la demande devra être adressée au Secrétariat de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé encourage les demandes de diffusion de ses publications.

La terminologie employée dans ce document pour désigner tout pays, territoire, ville, région, ses autorités représentatives ou la position de ses frontières, ne reflète en aucun cas l'opinion de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ou de ses partenaires. Les noms de pays ou de région cités dans ce document sont ceux qui étaient en usage dans la langue d'expression des auteurs lors de la rédaction du présent document.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de ces auteurs et ne représentent pas nécessairement les décisions

Citation proposée :

Sandier S, Paris V, Polton D. *Systèmes de santé en transition*. France. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe de la part de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé :

Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

Gouvernement de la Belgique

Gouvernement de la Finlande

Gouvernement de la Grèce

Gouvernement de la Norvège

Gouvernement de l'Espagne

Gouvernement de la Suède

Banque européenne d'investissement

Open Society Institute

Banque mondiale

École des Sciences économiques et politiques de Londres

École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres

Table des matières

Avant-propos	iii
Remerciements	iv
Présentation générale et rappels historiques	1
Présentation générale	1
Organisation politique	3
Les origines du système.....	7
Organisation et pilotage du système	19
Organisation du système de santé.....	19
Planification, équilibrage et pilotage du système	28
Financement et dépenses de santé	35
Système de financement et couverture maladie.....	35
Couverture des soins et rationnement.....	39
Sources complémentaires de financement.....	44
Dépenses de santé.....	48
Organisation des services de santé	59
Services de santé publique.....	59
Soins ambulatoires primaires et secondaires	64
Soins secondaires et tertiaires dispensés au sein des établissements de santé.....	71
Santé mentale.....	82
Secteur médico-social.....	84
Les professionnels de santé et leur formation	88
Médicament	97
Evaluation des technologies	103
Allocation des ressources financières	107
Détermination des budgets et l'allocation des ressources	107
Paiement des hôpitaux	112
Rémunération des professionnels de santé	117
Réformes en secteur de la santé	123
Pourquoi des réformes ?.....	123
Contenu des réformes et législation.....	127
Mise en place des réformes	139
Conclusion	145
Liste des abréviations	149
Bibliographie	151

Avant-propos

Les rapports/profils sur les systèmes de santé en transition en Europe présentent et analysent, par pays, le système de santé, les projets de réformes et les réformes en cours. Ces rapports constituent un élément essentiel du travail de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

Ils ont pour ambition de fournir aux gouvernements et aux experts un outil de comparaison susceptible de contribuer à l'amélioration des systèmes de santé en Europe. Ces rapports :

- analysent les différentes approches de financement, d'organisation et de distribution de l'offre de soins ;
- décrivent les stratégies d'élaboration et de mise en œuvre des programmes de réformes ainsi que leur contenu ;
- précisent les enjeux communs et repèrent les domaines qui nécessitent une réflexion plus approfondie ;
- constituent un outil qui, en promouvant la connaissance des systèmes de santé en Europe, permet aux législateurs et aux experts de partager leurs expériences en matière de réforme.

Les rapports/profils sur les systèmes de santé en transition sont établis par des experts nationaux, en collaboration avec les directeurs de recherche et le secrétariat de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. Pour faciliter la comparaison entre les différents pays, les rapports sont rédigés selon un schéma directeur, révisé régulièrement et accompagné de consignes, de questions, de définitions et d'exemples, destinés à orienter le travail des auteurs. Les auteurs ont toutefois la possibilité d'adapter le schéma en fonction du contexte national.

La collecte des informations nécessaires à la rédaction des rapports rencontre un certain nombre de problèmes méthodologiques : dans de nombreux pays, la quantité de données disponibles concernant le système de santé ou l'impact des réformes est relativement réduite. En l'absence d'une base de données centralisée, les données quantitatives concernant les services de santé proviennent de sources différentes, notamment de la banque de données européenne de la Santé pour tous, d'Éco-Santé OCDE et de la Banque mondiale. Les méthodes de recueil des données et les définitions peuvent varier, mais elles sont généralement homogènes au sein d'un même numéro.

Les rapports/profils sur les systèmes de santé en transition fournissent une description des systèmes de santé en Europe. Ils peuvent servir à renseigner le législateur sur les mesures tentées dans les États voisins susceptibles de s'appliquer à leur situation nationale. Ils constituent enfin un outil permettant d'établir des comparaisons entre plusieurs systèmes de santé. Leur contenu fait l'objet d'une mise à jour régulière. Tous commentaires et suggestions susceptibles de contribuer à leur amélioration sont à adresser à : observatory@who.dk. Les titres déjà parus, les résumés et un lexique des termes utilisés sont disponibles sur le site de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, à l'adresse suivante : www.observatory.dk.

Remerciements

Le HiT France a été écrit par Valérie Paris (IRDES), Dominique Polton (IRDES) et Simone Sandier (ArgSES), et édité par Sarah Thomson (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé) et Elias Mossialos. Le Directeur de recherche pour la conception du HIT France pour l'Observatoire est Elias Mossialos.

L'Observatoire européen des systèmes de santé exprime sa reconnaissance à Martine Bellanger (École Nationale de la Santé Publique, Rennes) et Karine Chevreul (London School of Economics and Political Science, Londres) pour leur relecture, et Yves Charpak (Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe) pour son aperçu et commentaires sur cet ouvrage.

Les auteurs du présent rapport tiennent à remercier leurs collègues et amis Agnès Couffinhal, Pierre-Jean Lancry, Thérèse Lecomte, Arié et Andrée Mizrahi qui ont relu tout ou partie de la première mouture de cet ouvrage et ont permis de l'améliorer. Ils remercient également les relecteurs cités plus haut et l'équipe de l'Observatoire pour leurs remarques pertinentes. En outre, nous exprimons toute notre reconnaissance au Ministère pour son soutien.

L'actuelle série de rapports/profils sur les systèmes de santé en transition a été préparée par les directeurs de recherche et l'équipe de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

L'Observatoire est un partenariat entre le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, les gouvernements de la Belgique, de la Finlande, de l'Espagne, de la Grèce, de la Norvège et de la Suède, la Banque européenne d'investissement, l'Open Society Institute, la Banque mondiale, l'École des Sciences économiques et politiques de Londres et l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres.

L'équipe de l'Observatoire chargée de la préparation des rapports/profils sur les systèmes de santé en transition en Europe est dirigée par Josep Figueras, chef du Secrétariat, et par Martin McKee, Elias Mossialos et Richard Saltman, directeurs de recherche. La coordination technique est assurée par Susanne Grosse-Tebbe.

La co-rédaction, la conception et la diffusion ont été supervisées par Jeffrey V. Lazarus, assisté de Shirley et Johannes Frederiksen (mise en page) et Misha Hoekstra (co-édition de l'édition anglaise) et Martine Selvadjian et Maraguerite Poëy (co-édition de l'édition française). Le rapport/profil sur les systèmes de santé en transition en France a été conçu grâce au soutien administratif d'Uta Lorenz, Anna Maresso et Myriam Andersen. Nous tenons à adresser nos plus vifs remerciements à AstraZeneca pour son aide financière, qui a permis de couvrir une partie des coûts de production du présent profil.

Les auteurs remercient tout particulièrement le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe d'avoir mis à leur disposition la banque de données européenne de la Santé pour tous, d'où ont été extraites les données sur les services de santé ; l'OCDE pour les données sur l'Europe de l'ouest et la Banque mondiale pour les données sur les dépenses de santé des pays d'Europe centrale et orientale. Ils remercient également les différents instituts nationaux qui leur ont fourni des statistiques nationales.

Le rapport/profil analyse les données disponibles en l'automne 2003.

Présentation générale et rappels historiques

Présentation générale

Géographie et démographie

La population française s'élevait au 1^{er} janvier 2001 à 59 millions d'habitants en métropole et à 1,7 million d'habitants dans les départements d'outre-mer : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et la Réunion.

La superficie de la France métropolitaine est d'environ 545 000 km². Sa densité moyenne – 108 habitants au km² – qui la situe au 9^{ème} rang des pays de l'Union européenne, loin derrière les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Allemagne, ne reflète pas les fortes disparités régionales existantes, la moitié de la population étant concentrée sur un peu plus de 10% du territoire. La France s'est urbanisée plus lentement que d'autres pays européens mais le rattrapage a été rapide à partir des années 50. En 1999, 76% de la population vivait en zone urbaine. Depuis une dizaine d'années, la croissance urbaine profite plus aux banlieues éloignées et aux zones rurales qui entourent les villes qu'aux centres-villes et aux banlieues proches.

Le ralentissement de la natalité et l'allongement de l'espérance de vie ont entraîné un vieillissement de la population : 1 Français sur 6 a aujourd'hui plus de 64 ans, contre 1 sur 8 il y a trente ans. Cette tendance va se poursuivre, les générations très nombreuses nées après la seconde guerre mondiale arrivant dans les classes d'âge élevé. Selon les projections démographiques, à partir de 2020 les plus de 60 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans (27% contre 23%).

Fig. 1. Carte de la France métropolitaine¹

Source : World Factbook, 2003.

Le tableau ci-dessous récapitule les données démographiques de base les plus récentes :

¹ Les cartes reproduites dans cette édition ne reflètent en aucun cas l'opinion du Secrétariat de l'Observatoire des systèmes et des politiques de santé ou celle de ses partenaires en ce qui concerne le statut juridique de quelque pays, territoire, ville ou région que ce soit, ou des autorités qui le représentent, ou en ce qui concerne la position de ses frontières.

Tableau 1. Indicateurs démographiques – France métropolitaine, 2000

Population au 1er janvier 2001	59 053 300
Répartition par âge :	
– moins de 20 ans	25,4%
– de 20 à 64 ans	58,5%
– 65 ans et plus	16,1%
Espérance de vie à la naissance	
– hommes	75,2 ans
– femmes	82,7 ans
Mortalité infantile (pour 1000 naissances)	4,4
Taux de mortalité (pour 1000)	9,1
Taux de fécondité	1,9
Taux de natalité pour 1000 habitants	13,2

Sources : INSEE 2001, OCDE 2001.

Organisation politique

La France est une république dont les institutions sont régies par la Constitution de 1958 qui a renforcé le rôle du pouvoir exécutif (Président de la République et gouvernement) par rapport au pouvoir législatif.

Le Président de la République est élu au suffrage universel direct. Son mandat, jusqu'à présent de 7 ans, a été récemment porté à 5 ans.

Le gouvernement, dirigé par le Premier Ministre, lui-même nommé par le Président de la République, détermine et conduit la politique. Il est responsable devant le Parlement, composé de l'Assemblée nationale et du Sénat, qui détiennent le pouvoir législatif.

L'Assemblée nationale comprend 577 députés élus au suffrage universel direct, au scrutin uninominal majoritaire à deux tours, dans le cadre de circonscriptions de taille variable (un député pour environ 100 000 habitants). La durée d'une législature est de cinq ans ; toutefois, elle peut être abrégée si le président de la République décide de dissoudre l'Assemblée, comme ce fut le cas le 21 avril 1997 pour la cinquième fois depuis le début de la V^e République.

Le Sénat comprend 321 sénateurs élus pour neuf ans au suffrage universel indirect par un collège électoral composé d'élus dans chaque département. Il est renouvelé d'un tiers tous les trois ans. Son mode de scrutin, la durée du mandat des sénateurs et leur irrévocabilité ont pour conséquence une grande stabilité politique de cette assemblée.

Héritière d'une longue tradition centralisatrice, **l'administration territoriale** a connu des évolutions importantes au cours des vingt dernières années. Elle comprend trois niveaux d'administration, la commune, le département et la

région, qui sont à la fois des circonscriptions administratives de l'État et des collectivités territoriales décentralisées ayant à leur tête des assemblées élues, disposant de compétences propres et d'une certaine autonomie par rapport au pouvoir central.

Les 36 679 communes² sont la structure de base de l'organisation administrative française. Elles sont dirigées par un conseil municipal élu pour 6 ans au suffrage universel direct. Le maire est à la fois le chef de l'exécutif élu dans sa commune et le représentant de l'État sur le territoire communal. Les compétences des communes concernent des actions de proximité, qui ont été élargies dans le domaine économique et social.

Les 100 départements, dont 96 en métropole et 4 outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) sont des collectivités territoriales dont l'assemblée élue (le conseil général) dispose de compétences dans les domaines de l'action sanitaire et sociale, de l'équipement et des dépenses relatives aux établissements du premier cycle de l'enseignement secondaire (collèges). Le préfet est le représentant de l'autorité de l'État dans le département.

Les 100 départements se regroupent en 26 régions, dont 22 en métropole et 4 outre-mer qui coïncident avec les 4 départements d'outre-mer (DOM). Créée en 1955 pour servir de cadre à l'aménagement du territoire, la région est devenue collectivité territoriale en 1982, avec une assemblée élue (le conseil régional). Ses compétences propres concernent principalement la planification, l'aménagement du territoire, le développement économique, la formation professionnelle ainsi que les établissements du deuxième cycle de l'enseignement secondaire (lycées).

Économie

Le produit intérieur brut s'est élevé, en 2000, à 9 215 milliards de francs (1 405 milliards d'Euros), soit une progression de 4,0% en valeur et de 3,1% en volume par rapport à 1999. Ces chiffres situent la France légèrement au-dessous de la moyenne de l'Union Européenne pour le montant du PIB par habitant.

Le déficit public s'est élevé à 1,3% du PIB en 2000, contre 1,6% l'année précédente.

En 2000, la population active comptait 26 millions de personnes – soit 45% de la population totale. Les femmes, dont le nombre sur le marché de l'emploi a fortement augmenté au cours des dernières décennies, représentaient 47%

² Ce terme s'applique à toutes les municipalités, quelle que soit leur population (80% d'entre elles ont moins de 1000 habitants), c'est pourquoi le nombre de communes est très élevé par rapport à beaucoup d'autres pays européens.

de la main d'œuvre du pays. Le taux de chômage, en recul depuis 1998, était de 8,9% en juillet 2001.

Au cours des 20 dernières années, la nature de l'activité s'est modifiée au détriment de l'agriculture (qui ne représente plus aujourd'hui que 4% des emplois), de l'industrie et du bâtiment (26% des emplois contre 38% au début des années 70), au profit du secteur tertiaire qui emploie 16 millions de personnes, soit 69% des emplois.

État de santé

La durée de vie augmente régulièrement, un peu plus vite pour les hommes (3 mois par an depuis 1995) que pour les femmes (2 mois par an). L'écart entre les deux reste élevé mais tend à se réduire (82,7 ans pour les femmes et 75,2 ans pour les hommes en 2000).

Le bilan de l'état de santé des Français apparaît contrasté. D'un côté, au regard des indicateurs synthétiques que sont l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité, la santé de la population est bonne : comparé au reste du monde, les femmes vivent plus longtemps, les personnes âgées restent en meilleure santé, la France occupe un rang privilégié en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires, ou nettement meilleur (mortalité par alcoolisme et par cirrhose, cancer du col de l'utérus). D'un autre côté, le bilan révèle des fragilités, notamment en ce qui concerne la mortalité masculine prématurée, due au tabagisme et aux accidents. Par ailleurs, les inégalités sociales et géographiques restent fortes (cf. Fig. 2.).

Tous les indicateurs généraux de mortalité mettent en évidence une surmortalité dans les régions nord de la France, de la Bretagne à l'Alsace, et sur un axe vertical allant de la Champagne-Ardenne à l'Auvergne. Alors que dans ces dernières régions la surmortalité se répartit sur l'ensemble des causes de décès, en Bretagne et en Normandie, la consommation d'alcool se distingue parmi les facteurs responsables de la surmortalité. Dans les régions industrielles de l'Est, la surmortalité est aussi partiellement liée à l'alcoolisme et au tabagisme. Enfin, l'ancien bassin minier du Nord-Pas-de-Calais se caractérise par des indicateurs de santé nettement plus mauvais qu'ailleurs.

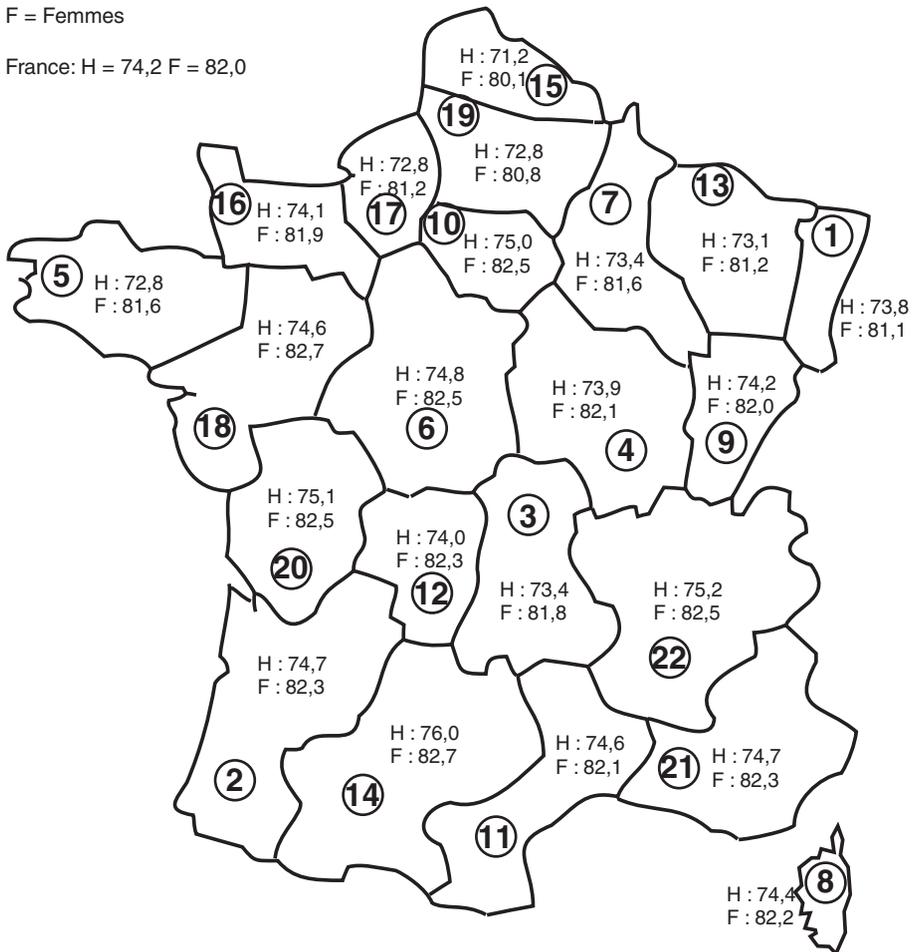
Toutefois, si l'influence de certains facteurs de risque comme les consommations d'alcool et de tabac ou les mauvaises habitudes alimentaires apparaissent comme des déterminants importants de l'état de santé, il est important de garder à l'esprit que ceux-ci ne sont pas le fruit du hasard et sont concentrés dans les zones traditionnellement populaires, qui ont aussi été les plus durement touchées par la récession économique, le chômage et la précarité.

Fig. 2. Espérance de vie selon les régions de France métropolitaine, en 1996

H = Hommes

F = Femmes

France: H = 74,2 F = 82,0



Sources : INSEE 2001, IRDES/DREES 2001.

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. Alsace | 12. Limousin |
| 2. Aquitaine | 13. Lorraine |
| 3. Auvergne | 14. Midi-Pyrénées |
| 4. Bourgogne | 15. Nord-Pas-de-Calais |
| 5. Bretagne | 16. Normandie (Basse) |
| 6. Centre | 17. Normandie (Haute) |
| 7. Champagne-Ardennes | 18. Pays de la Loire |
| 8. Corse | 19. Picardie |
| 9. Franche-Comté | 20. Poitou-Charentes |
| 10. Ile-de-France | 21. Provence-Alpes-Côte d'Azur |
| 11. Languedoc-Roussillon | 22. Rhône-Alpes |

Tableau 2. Mortalité par cause de décès en 1998

	Nombre de décès	% décès	Taux pour 100 000 habitants
Ensemble des décès	534 003	100,0	914
Maladies de l'appareil circulatoire	166 299	31,1	285
Tumeurs	147 681	27,7	253
Causes extérieures, empoisonnement	44 108	8,3	76
Maladies de l'appareil respiratoire	43 314	8,1	74
États morbides mal définis	33 776	6,3	58
Maladies de l'appareil digestif	26 194	4,9	45
Maladies endocriniennes	16 070	3,0	28
Maladies du système nerveux	15 531	2,9	27
Troubles mentaux	14 568	2,7	25
Maladies infectieuses et parasitaires	7 988	1,5	14
Maladies des organes génito-urinaires	7 361	1,4	13
Maladies du sang et organes hématopoïétiques	2 981	0,6	5
Maladies du système ostéo-articulaire	2 856	0,5	5
Maladies de la peau	2 481	0,5	4
Anomalies congénitales	1 458	0,3	2
Affections périnatales	1 262	0,2	2

Source: Données de l'INSERM et de l'INSEE, disponibles dans IRDES/DREES, 2001.

Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires (31,1% des décès), les cancers (27,7%), les accidents (8,3%) et les maladies de l'appareil respiratoire (8,1%).

Les origines du système

Des sociétés de secours mutuelles à la création de la sécurité sociale et à la couverture maladie universelle

C'est en 1945, au sortir de la deuxième guerre mondiale, qu'a été institué le système de sécurité sociale français actuel dont fait partie l'Assurance maladie obligatoire.

Le dix-neuvième siècle avait été marqué par l'essor du mouvement mutualiste, qui reste aujourd'hui une force importante de la vie politique française. Les sociétés de secours mutuelles étaient au nombre de 13 000 en 1900 et comptaient 2,5 millions de membres. Elles ont continué à se développer dans les premières décennies du vingtième siècle : en 1940, la mutualité revendiquait près de 10 millions d'adhérents.

Entre-temps avait été votée la loi sur les assurances sociales (1930), qui marque l'émergence de la protection sociale. Elle instaurait un régime de protection obligatoire pour les salariés de l'industrie et du commerce dont les salaires étaient inférieurs à un certain plafond. Ce régime concernait cinq domaines : maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. A la veille de la seconde guerre mondiale, deux-tiers des Français bénéficiaient d'une couverture sociale en cas de maladie, le choix de l'organisme d'affiliation restant libre.

La Sécurité sociale est née officiellement avec l'ordonnance du 4 octobre 1945. La priorité étant donnée en ces années d'après-guerre à la reconstruction, l'organisation de la sécurité sociale a d'abord concerné les ouvriers et leurs familles. Le principe de la généralisation à l'ensemble de la population a été posé dès 1945, mais n'a été mis en pratique que par étapes successives. En effet, l'Assurance maladie obligatoire a été étendue aux exploitants agricoles en 1961 et aux travailleurs indépendants non agricoles en 1966.

L'instauration du régime universel, voté en 1974, comprenait la création d'un système d'assurance personnelle pour les personnes n'entrant dans aucune des catégories de population déjà couvertes. Pour obtenir cette assurance, elles devaient acquitter une cotisation, ou, si leurs ressources étaient insuffisantes, demander son financement par les collectivités locales départementales.³ En pratique, l'accès à l'Assurance maladie demeurait cependant problématique pour certaines populations.

Outre la généralisation de la couverture, l'ambition des fondateurs de la Sécurité sociale en 1945, largement inspirés par le rapport Beveridge au Royaume-Uni, était de créer un régime unique, garantissant des droits uniformes pour tous. Cet objectif n'a pu être atteint du fait de l'opposition de certaines catégories socioprofessionnelles, déjà protégées par des systèmes plus favorables, et qui ont obtenu de garder leurs régimes spécifiques, existant encore aujourd'hui (fonctionnaires, marins, mineurs, employés des chemins de fer, Banque de France, etc.).

Néanmoins, trois grands régimes dominant : 95% de la population est couverte par le Régime général de Sécurité sociale, dont bénéficient les salariés du commerce et de l'industrie, le régime des agriculteurs et le régime des travailleurs indépendants non agricoles (cf. la partie *L'organisation et le pilotage*).

Ainsi, l'Assurance maladie a été d'emblée plus uniforme et plus concentrée en France que dans le système allemand par exemple.

³ Selon un dispositif (l'aide médicale départementale) hérité des principes d'assistance aux indigents qui prévalaient avant la mise en place de l'assurance obligatoire.

Une autre différence est que les caisses d'Assurance maladie françaises n'ont jamais vraiment eu les responsabilités de gestion de leurs homologues allemandes. Très vite, la responsabilité de l'équilibre financier de l'Assurance maladie et le contrôle des leviers d'action essentiels (niveau des prélèvements obligatoires, prix des biens et services...) ont relevé du gouvernement.

Le dispositif de protection contre le risque maladie a été, dans les années 1980, confronté à la montée du chômage, car le fondement professionnel de l'affiliation conduisait à priver les chômeurs du droit à l'Assurance maladie. Restait le filet de sécurité de l'aide médicale, mais ses conditions d'octroi et sa générosité dépendaient des moyens et des choix politiques des départements.

Des lois successives ont alors assoupli les conditions d'accès à l'assurance obligatoire ou obligé les conseils généraux à financer les cotisations d'assurance personnelle pour certaines catégories de la population (les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion depuis 1992).

Une réforme très importante est intervenue récemment avec la loi créant la couverture maladie universelle (CMU), votée en juin 1999 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

Cette loi instaure une généralisation effective de la couverture maladie. Elle ouvre un droit à une affiliation à l'Assurance maladie obligatoire sous la seule condition de résidence régulière en France ; les personnes disposant d'un revenu inférieur à un seuil fixé bénéficient gratuitement de l'affiliation (actuellement 1,6% de la population). L'ancien mécanisme de l'assurance personnelle, dont les cotisations pouvaient être financées par les conseils généraux (suivant des échelles de revenus variant d'un département à l'autre), est donc supprimé au profit d'un droit systématique et d'une extension de la logique d'assurance sociale plutôt que d'assistance.

Cette réforme contribue à déplacer l'équilibre du système d'Assurance maladie d'un système professionnel vers un système universel. Cette évolution avait déjà été engagée avec la réforme de 1996, dite "réforme Juppé" du nom du premier ministre de l'époque, qui a introduit deux modifications profondes :

- dans le mode de financement de l'Assurance maladie, en substituant à une partie des cotisations sociales assises sur les salaires une contribution sur l'ensemble des revenus, ayant plutôt les caractéristiques d'un impôt,
- dans les institutions chargées de gérer le système, le Parlement ayant, depuis 1997, un rôle à jouer dans la définition des objectifs sanitaires et financiers.

On constate ainsi trois évolutions cohérentes pour l'Assurance maladie : l'universalité de la couverture maladie fondée sur le critère de résidence, la substitution de l'impôt aux cotisations salariales dans le financement et

l'intervention du Parlement au niveau des orientations et de la fixation d'objectifs de dépenses.

La loi sur la CMU comporte un deuxième volet qui constitue également une évolution majeure dans le système de protection sociale français : outre l'affiliation à un régime obligatoire, les personnes possédant des revenus inférieurs à un seuil fixé ont droit à une couverture complémentaire (cf. la partie *Sources complémentaires de financement*).

La gestion de la sécurité sociale et le partage des compétences entre les caisses et l'État

Le Régime général de la Sécurité sociale créé en 1945 se référait à l'idée de démocratie sociale : il était constitué d'un réseau de caisses ayant à leur tête des conseils d'administration élus, dans lesquels siégeaient des représentants des salariés (majoritaires) et des employeurs.

Une première réforme importante de l'organisation de la sécurité sociale eut lieu en 1967 :

- d'une part, elle opéra une séparation entre quatre branches : Assurance maladie, assurance vieillesse, prestations familiales, accidents du travail et maladies professionnelles,
- d'autre part, les membres des conseils d'administration ne seraient plus élus mais nommés par les organisations syndicales, en respectant la parité entre employeurs et salariés, ce qui conférerait un pouvoir accru aux employeurs.

En 1982, la gauche arrivée au pouvoir manifesta la volonté de restaurer les principes de 1945 : prépondérance des salariés dans les conseils d'administration et restauration du principe électoral. Dans la pratique, des élections eurent lieu une fois, en 1983.

La réforme Juppé de 1996 a restauré les changements de 1967 : désignation des administrateurs et parité dans les conseils entre employeurs et salariés.

Ces réformes successives renvoient à un débat, très important dans le système français, sur la légitimité des partenaires sociaux à gérer les fonds de l'Assurance maladie, et sur leur rôle dans le système de santé, notamment par rapport à l'État.

La répartition des compétences entre l'État et l'Assurance maladie a en effet toujours été problématique. La bonne entente reposait sur un partage par secteur : à l'État la politique de l'hospitalisation publique et du médicament, aux caisses d'Assurance maladie la régulation de la médecine libérale (incluant les cliniques privées à but lucratif) sur la base d'accords négociés. Quant aux décisions relatives au financement des caisses (modalités et montant des contributions sociales), elles relevaient clairement de l'État.

Cet équilibre a progressivement basculé au profit d'une intervention étatique croissante, notamment depuis que les questions d'équilibre des comptes publics et donc de maîtrise des dépenses sont à l'ordre du jour (cf. la partie *L'organisation et le pilotage*).

Dès les années 80, les conflits engendrés et les contradictions inhérentes à cette organisation complexe ont gagné en acuité. Des expériences ont été mises en place au début des années 90 avec, dans certains secteurs, des accords tripartites associant l'État, les caisses nationales d'Assurance maladie et les professions de santé.

La réforme Juppé de 1996 a réorganisé de manière plus radicale les institutions et les pouvoirs. Pour beaucoup, elle a été perçue comme une étatisation du système de santé, et il est vrai que plusieurs mesures significatives accroissent explicitement le rôle de l'État : renforcement du rôle du Parlement, création des agences régionales de l'hospitalisation. Elle a également instauré une « convention d'objectifs et de gestion » entre le gouvernement et la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) qui devait précisément clarifier les rôles de chacun.

Un rééquilibrage des pouvoirs a été de nouveau tenté lors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 laquelle prévoyait que l'ensemble du secteur hospitalier relèverait désormais de l'État (y compris les accords avec les cliniques antérieurement du ressort de l'Assurance maladie) ; en contrepartie, le gouvernement confiait à la CNAMTS le soin d'assurer la régulation des honoraires de tous les praticiens libéraux et de négocier avec eux des objectifs de dépenses. Cette réforme n'a été réellement appliquée que pour l'année 2000.

Malgré ces tentatives de clarification, les responsabilités restent très imbriquées et les relations entre les pouvoirs publics et l'Assurance maladie ont connu ces dernières années des phases de conflit aiguës, la tendance à l'étatisation étant régulièrement dénoncée par la seconde.

Depuis la fin de l'année 2001, où les employeurs ont décidé de ne plus siéger dans les conseils d'administration des caisses d'Assurance maladie, la situation est très tendue. La question des institutions – qui doit gérer l'Assurance maladie ? – est donc plus que jamais au cœur du débat.

Le corps médical face à l'évolution du système de santé

La nécessité d'une négociation des tarifs pratiqués par les médecins apparut dès l'instauration de la sécurité sociale en 1945. Très hostiles à ce principe, les syndicats de médecins refusèrent massivement tout projet d'accord, initialement prévu au niveau départemental qu'ils considéraient comme une attaque contre

l'un des principes fondamentaux de l'exercice libéral de la médecine, celui de l'accord direct avec le patient sur les tarifs pratiqués. Ainsi, dans beaucoup de départements, les praticiens ont continué pendant longtemps à appliquer leurs propres tarifs, tandis que les caisses remboursaient les soins sur la base de tarifs dits " d'autorité ", très inférieurs aux tarifs pratiqués.

Ce conflit est le premier d'une longue série de conflits qui a détérioré les relations entre les syndicats médicaux, l'assurance-maladie et le gouvernement pendant les 50 dernières années. A la différence de l'Allemagne où les médecins ont accepté de co-piloter le régime avec les caisses d'assurance-maladie, la majorité des syndicats médicaux français ont maintenu leur différend sinon leur opposition aux gérants du régime d'assurance-maladie. Toutefois, ceci a créé des divisions internes au sein de la profession médicale entraînant des désaccords successifs au niveau de leurs syndicats et aboutissant à la fragmentation de la représentation médicale.

En 1960, le gouvernement mit fin à ce premier conflit en plafonnant les tarifs et en encadrant les conditions de leur dépassement. De plus, si la liberté de conclure des accords collectifs au niveau départemental subsistait, ceux-ci devraient désormais respecter une convention type définie nationalement et surtout, la possibilité était ouverte aux médecins d'adhérer individuellement à la convention nationale, ce qui réduisait fortement le pouvoir de blocage des syndicats.

En 1971, le conventionnement des médecins devint national. En échange de ce conventionnement, s'appliquant de plein droit à tous les médecins sauf refus explicite, la Confédération des syndicats médicaux français obtint des avantages sociaux⁴ et fiscaux pour les médecins et la réaffirmation dans la convention des principes de l'exercice libéral de la médecine : libre choix du médecin, liberté de prescription, secret professionnel, paiement direct des honoraires par le patient.

Des conventions nationales furent ensuite signées en 1976, 1980, 1985, 1990, 1993 et 1997–1998. Le souci croissant de mieux maîtriser les dépenses de santé est à l'origine de ces conventions qui, outre la fixation des tarifs des actes médicaux, ont mis en place des dispositifs successifs visant à contrôler les coûts supportés par l'Assurance maladie :

- le suivi individuel de l'activité des praticiens (1971) ;
- l'instauration d'un deuxième secteur conventionnel, dans lequel les praticiens sont autorisés à dépasser les tarifs négociés, ces dépassements n'étant alors pas remboursés par l'Assurance maladie (1980) ; en contrepartie les praticiens du « secteur 2 » perdent des avantages fiscaux et sociaux ;

⁴ Par exemple, les cotisations d'Assurance maladie des médecins sont en grande partie acquittées par les caisses du Régime général.

- l'encadrement de la liberté de prescription par la définition de "références médicales opposables" que les médecins sont tenus de respecter dans le cadre des consultations de ville, sous peine de sanctions. Ce dispositif créé par la convention de 1993 a été partiellement annulé en 1999 par les tribunaux.

La réforme de 1996 a introduit deux changements majeurs dans les relations entre médecins et Assurance maladie :

D'abord, la loi prévoit d'encadrer l'activité des médecins (honoraires et prescriptions) par un objectif prévisionnel de dépenses, défini annuellement, le non-respect de cet objectif de dépenses pouvant donner lieu à des reversements d'honoraires par les médecins. Cette "maîtrise comptable", comme l'a depuis qualifiée le plus important syndicat médical, la CSMF, a fait l'objet d'un rejet total de la part de cette organisation qui développe depuis une stratégie d'opposition et n'a signé aucune convention entre 1996 et 2002.

Ensuite, elle divise la profession médicale en permettant la signature de conventions séparées avec les généralistes d'une part, et les spécialistes d'autre part. Les caisses ont ainsi signé en 1997 une convention avec MG-France, syndicat de généralistes politiquement plus marqué à gauche que les autres formations syndicales, et promoteur d'une revalorisation spécifique du statut du médecin généraliste vis-à-vis du spécialiste. La convention des spécialistes a été signée par un seul syndicat représentant une fraction minoritaire du corps médical.

Il faut noter que la plupart des conventions signées entre les syndicats et les caisses d'Assurance maladie ont été attaquées en justice, et nombre d'entre elles ont vu certaines de leurs dispositions annulées. Les conventions de 1997 n'ont pas échappé à cette règle, et si en remplacement, une nouvelle convention avec les généralistes a été signée en 1998, aucun accord n'a été trouvé avec les spécialistes auxquels s'applique depuis un dispositif minimal défini unilatéralement par le gouvernement.

Jusqu'au printemps 2002, les relations entre le corps médical, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie n'avaient cessé de se détériorer. L'arrivée d'un nouveau gouvernement a, semble-t-il, favorisé une reprise du dialogue.

50 ans d'évolution hospitalière

Une loi de 1941, appliquée à partir de 1945, marque une étape importante dans l'évolution de l'hôpital en France. Jusqu'alors, l'hôpital public était un établissement autonome rattaché à une collectivité territoriale, communale le plus souvent, ou départementale ; c'était le lieu de soins des indigents. Depuis, l'hôpital s'est ouvert à toutes les catégories de malades et les liens entre l'hôpital et la collectivité locale se sont distendus.

Si le rattachement à la commune a été maintenu, le maire demeurant président du conseil d'administration, des pouvoirs nouveaux furent confiés au ministre chargé de la santé : approbation d'un plan général d'organisation hospitalière préfigurant la planification actuelle, fixation des rémunérations d'une partie importante des salariés hospitaliers, désormais dotés d'un statut unique, intervention dans la nomination des directeurs d'hôpitaux à qui furent attribuées certaines des responsabilités du conseil d'administration.

Ces compétences ministérielles très importantes marquèrent le début d'une évolution de plus en plus centralisatrice de la politique hospitalière, qui a tendu à faire échapper l'hôpital public au pouvoir communal exclusif et à restreindre fortement son autonomie. La loi modifia même les procédures de recrutement du corps médical hospitalier, auparavant coopté localement, et désormais nommé par le préfet après concours régional.

La réforme hospitalière de 1958 élargit les pouvoirs du ministre chargé de la santé au contrôle des programmes d'investissements hospitaliers et à la nomination des directeurs d'hôpitaux à qui furent attribuées certaines des responsabilités du conseil d'administration, lesquels devenaient des agents d'exécution du pouvoir central, même s'ils restaient dépendants du conseil d'administration. La réforme comprenait en outre :

- la création des centres hospitaliers universitaires, par conventions entre les hôpitaux régionaux et les facultés de médecine, pour associer plus étroitement les hôpitaux à l'enseignement des sciences médicales,
- l'instauration du travail à plein temps pour les médecins y exerçant, généralisée à l'ensemble des hôpitaux publics pour quelques catégories de spécialistes. La réforme a ainsi intégré les médecins à l'organisation hospitalière en excluant toute activité externe, ce qui a représenté une réelle mutation pour ces institutions. Pour inciter les médecins à ne plus exercer en ville, la possibilité de réaliser des consultations privées à l'intérieur de l'hôpital a été aménagée pour certaines catégories d'entre eux. Ce « secteur privé à l'hôpital » est régulièrement source de débats.

La réforme de 1958 plaça également l'équipement du secteur hospitalier privé sous tutelle étatique.

La planification hospitalière est devenue plus contraignante dès 1970 : les hôpitaux publics ou privés ne peuvent augmenter leurs lits ou équipements sans autorisation préalable. Jusqu'en 2003, cette autorisation était soumise au respect d'une « carte sanitaire », qui définissait des taux d'équipement par zone géographique ». Aujourd'hui, le gouvernement s'attache à simplifier la planification hospitalière et a délégué l'essentiel de la planification des ressources hospitalières au niveau régional. Pour autant, cela ne signifie pas que les contraintes soient allégées.

Histoire des politiques de régulation

Les concepteurs de la sécurité sociale espéraient que l'accès aux soins garanti par l'Assurance maladie permettrait de maintenir la population en bonne santé, réduisant de même coup les besoins de soins. Il en a été tout autrement, l'augmentation de l'offre et de la demande conduisant à une croissance régulière des dépenses. Avec l'apparition des difficultés économiques, les politiques opérèrent, dans les années 1970, un changement de cap afin de faire face aux contraintes budgétaires.

Depuis 25 ans, les plans de rigueur se sont succédés pour tenter d'équilibrer les comptes de l'Assurance maladie. Face à l'augmentation des dépenses de santé liée à des facteurs structurels (progrès technologique et vieillissement de la population), dans un système caractérisé par une médecine payée à l'acte, un remboursement différé des soins et la liberté absolue dans le choix des praticiens, il n'est pas aisé de mener à bien une politique de maîtrise des coûts. Plusieurs instruments ont été mis en place pour freiner la demande et limiter l'offre.

L'action sur la demande avait été prévue dès le début de l'Assurance maladie, la responsabilisation du consommateur s'exerçant par le biais d'une participation aux dépenses, sous forme du « ticket modérateur », ainsi baptisé en raison de sa vertu supposée à modérer la demande. D'un plan de rigueur à l'autre, cette part laissée à la charge des patients a augmenté régulièrement : augmentations successives du ticket modérateur, instauration d'un forfait journalier à l'hôpital, autorisations de dépassement d'honoraires et de prescriptions pour les praticiens du secteur 2 et dans certains domaines (prothèses dentaires, appareillages...). La part des dépenses totales prises en charge par l'Assurance maladie a ainsi progressivement diminué à partir du milieu des années 1980 jusqu'au milieu de la décennie suivante. Elle est stable depuis.

En dehors du risque d'inégalité devant l'accès aux soins lié à la participation financière des assurés, l'effet modérateur escompté est remis en cause par l'extension formidable de la couverture complémentaire, dont bénéficie aujourd'hui 86% de la population, sans compter les personnes couvertes par la CMU. A deux reprises, en 1967 et 1979, les organismes de financement complémentaires ont tenté et dû renoncer, après avoir rencontré une forte résistance, à limiter la couverture des dépenses en portant à 5% la part laissée à la charge des malades.

Le débat s'est déplacé depuis quelques années sur le terrain de l'orientation de la demande et l'organisation de filières de soins limitant le libre choix. La convention actuelle avec les généralistes propose ainsi une option d'abonnement chez un médecin référent, qui serait un passage obligé pour le patient.

Les politiques relatives à l'offre de soins ont porté à la fois sur les volumes des facteurs de production, les pratiques professionnelles et les rémunérations des biens et services. Elles se sont diversifiées au cours des trente dernières années.

Le contrôle des capacités d'offre a fait partie des premiers instruments mis en place à partir de 1970. Limiter l'offre est en effet apparu très vite comme un levier essentiel, en s'appuyant sur l'hypothèse qu'en matière de soins médicaux, celle-ci est en mesure d'influencer la demande, face à des usagers moins informés des traitements et n'ayant pas à supporter le coût réel des soins.

Ce contrôle a pris essentiellement deux formes : la carte sanitaire, qui, jusqu'en 2003, fixait des « indices de besoin » pour les installations de lits hospitaliers et de certains équipements, et le *numerus clausus*, qui régule l'accès aux études des différentes professions de santé.

Entre 1975 et 1998, l'application de la carte sanitaire a conduit à une diminution de 25% du nombre de lits de court séjour. Néanmoins, du strict point de vue de la maîtrise des dépenses, le critère du lit est apparu vite inadapté, car ne rendant compte que d'une fonction d'hébergement, et non de la dynamique du progrès technique se traduisant par une plus grande densité de personnel et d'équipements par lit.

Le *numerus clausus*, instauré dès 1971 pour les études médicales, a produit ses premiers effets sur le nombre de diplômés à la fin de la décennie. Depuis, la progression des effectifs de médecins a ralenti. Néanmoins, le nombre de médecins a presque triplé entre 1975 et 2000, pour atteindre une densité de 3,3 médecins pour 1000 habitants.

En 1988, la crainte d'une offre pléthorique de médecins a conduit à mettre en place un mécanisme incitatif à la cessation d'activité (MICA), qui a été renforcé en 1997. Ce mécanisme garantit un revenu de remplacement aux médecins libéraux âgés de 57 à 64 ans prenant une retraite anticipée. Il a été généreux entre 1996 et 1998 et a attiré alors beaucoup de médecins. Il est moins attractif depuis.

Aujourd'hui l'effectif de médecins se stabilise et il va décroître à partir de 2010.

Fondée au départ sur un encadrement surtout quantitatif, la planification hospitalière a évolué depuis une dizaine d'années, avec la mise en place de schémas régionaux d'organisation sanitaire, plus qualitatifs.

Des actions sont également menées depuis les années 70 pour influencer le comportement des producteurs de soins. Dès la convention de 1971, l'analyse individuelle de l'activité des médecins libéraux, grâce à des profils statistiques, a été prévue. Cet instrument assez fruste était plus conçu pour repérer des

comportements individuels extrêmes que pour agir sur l'évolution d'ensemble des comportements. Plus récemment, le développement de l'évaluation médicale a permis de privilégier une approche plus qualitative avec l'élaboration de référentiels de pratique. Avec un recul de quelques années, on a pu constater que certains ont eu une influence significative et durable sur les comportements de prescription, sans toutefois avoir un impact macro-économique sensible.

Le contrôle des prix, par le biais des négociations tarifaires avec les professionnels de santé et par la fixation administrative des prix des médicaments remboursables, a été largement utilisé. De fait, par comparaison internationale, la rémunération des médecins et les prix des médicaments ont longtemps été relativement bas. De 1978 à 2000, l'indice général des prix a été multiplié par 2,8, le prix des soins ambulatoires par 2,1, celui des médicaments par 1,5. Il n'est pas impossible que le niveau élevé du volume des consommations qu'on prête à la France, notamment pour le médicament, soit lié au niveau relativement faible des prix.

Comme solution possible au dilemme prix/volume, des enveloppes limitatives de dépenses ont été mises en place.

Ainsi, la tarification journalière des hôpitaux publics a été remplacée par un financement sous forme de dotation globale à partir de 1984–1985. Au début des années 1990, des objectifs limitatifs de dépenses s'appliquant à l'ensemble d'un secteur ont été négociés avec les laboratoires biologiques de ville, avec les cliniques privées et avec les infirmiers libéraux. Des mécanismes correctifs, tels que baisses de tarifs et reversements par les professionnels, sont prévus en cas de dérapage des dépenses par rapport à l'objectif.

Ce principe d'enveloppe limitative, avec reversements en cas de non-respect de l'objectif, a été autoritairement étendu par la réforme Juppé à la profession médicale. Il n'a pour le moment pas eu d'application, les dépassements des objectifs n'ayant jamais donné lieu à des reversements.

Organisation et pilotage du système

Organisation du système de santé

Les compétences en matière de politique de santé et de régulation du système de soins sont partagées entre :

- l'État : Parlement, gouvernement et administrations ministérielles ;
- les organismes d'Assurance maladie obligatoire ;
- les collectivités territoriales de manière plus marginale, notamment au niveau départemental.

L'organisation institutionnelle du système a été assez profondément modifiée par la réforme de 1996. Outre l'introduction d'un contrôle parlementaire sur le système de santé et ses moyens, et une volonté de clarification des rôles respectifs de l'État et de l'Assurance maladie, la réforme a renforcé considérablement le niveau régional, qui devient un échelon de gestion important du système, pourvu de nouvelles institutions (cf. Fig. 3).

L'État : Parlement, Gouvernement

Depuis 1996, chaque année, le Parlement vote une loi de financement de la sécurité sociale, après avoir étudié le rapport de la Cour des comptes⁵ et celui de la Conférence nationale de santé.⁶ Cette loi :

- a) fixe un objectif prévisionnel de dépenses d'Assurance maladie pour l'année suivante, dénommé objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) ;

⁵ La Cour des comptes est un organe indépendant dont la mission est de contrôler l'État et les organismes de sécurité sociale (contrôle des finances publiques, du bon emploi des fonds publics...).

⁶ cf. définition page 23.

- b) approuve un rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale ;
- c) comporte des dispositions nouvelles sur les prestations et sur la régulation du système. A titre d'exemple, la loi de financement pour 2001 a aligné les conditions de remboursement des soins dans le régime des professions indépendantes sur celles des salariés. Elle a créé des fonds spécifiques pour la modernisation des établissements hospitaliers, pour développer une information à destination des médecins prescripteurs indépendante des firmes pharmaceutiques. La loi de financement pour 2002 a modifié le contenu des accords négociés avec les professions de santé, en introduisant notamment la possibilité d'accords individuels.⁷

La structure du ministère chargé de la santé distingue :

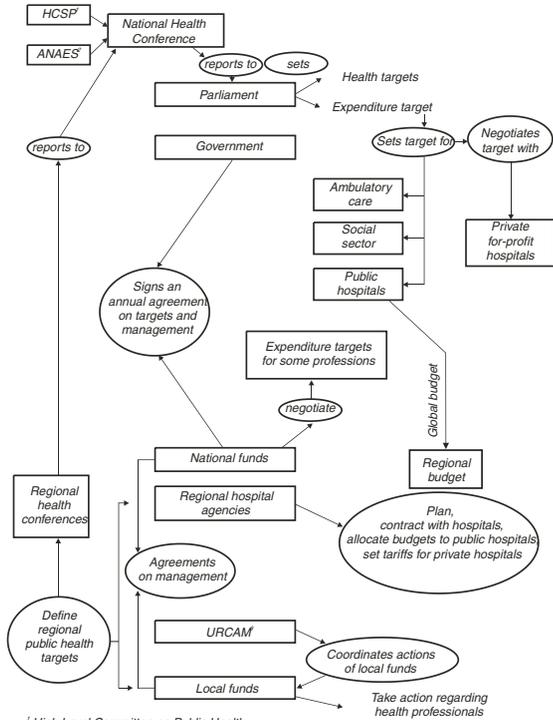
- une direction générale de la santé, chargée des politiques de santé,
- une direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins chargée de la gestion des moyens. Son champ, auparavant limité à l'hôpital, s'est élargi à l'ensemble de l'offre de soins.
- une direction de la sécurité sociale, en charge des questions financières et tarifaires, et de la tutelle sur les organismes de sécurité sociale (dont les organismes d'Assurance maladie),
- une direction générale de l'action sociale, qui a plutôt en charge la dimension sociale, étroitement imbriquée avec l'action sanitaire pour certains domaines (handicapés, personnes âgées, populations précaires).

Le ministère a des services extérieurs au niveau local : les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS). Leur action sera abordée plus loin dans la partie consacrée aux institutions régionales.

Le ministère chargé de la santé assure, à partir du cadre fixé par le Parlement, une grande part de la régulation. Il répartit les dépenses prévisionnelles par secteur de soins et, pour l'hôpital, par région. Il fixe le nombre annuel d'étudiants en médecine (*numerus clausus*) qui limite le nombre de médecins futur, ainsi que les taux d'équipement pour les lits hospitaliers et pour certains équipements médicaux très onéreux, qui sont contingentés (carte sanitaire). Il approuve les conventions signées entre les caisses d'Assurance maladie et les organisations représentatives des professionnels libéraux ; il arrête les prix des actes médicaux et des médicaments, sur proposition de commissions *ad hoc*. Il fixe les normes de sécurité dans les établissements hospitaliers et définit les

⁷ Annulée dans un premier temps, cette disposition a été finalement adoptée dans une nouvelle loi le 6 mars 2002.

Fig. 3. Organisation du système de santé français



¹ High Level Committee on Public Health

² National Agency for Accreditation and Evaluation of Health Care (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

³ Regional Unions of Insurance Funds (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie)

Sources: Broca, A.M. (non publié) adapté par les auteurs.

domaines d'action prioritaires, sous forme de programmes nationaux. Le cancer, la lutte contre la douleur, la lutte contre le tabagisme font partie des priorités nationales actuelles.

Les structures d'expertise et autorités indépendantes placées auprès de l'administration

Au cours des dix dernières années, l'État a mis en place de nombreux comités et agences, pour assurer des missions déléguées ou nouvellement créées.

Créé en 1991 et placé auprès du ministre chargé de la santé, le *Haut Comité de la Santé Publique* a pour mission d'apporter des éléments d'orientation et d'aide à la décision sur des problèmes de santé publique ou d'organisation des soins. Il établit régulièrement des bilans de l'état de santé de la population, des analyses globales et prospectives sur des problèmes de santé publique, contribue à la définition des objectifs de santé publique et fait des propositions pour le renforcement des actions de prévention. Il peut également être consulté sur des questions spécifiques concernant l'organisation des soins et constituer dans ce cadre des groupes de travail dont le mandat est d'établir un état de la question et de formuler des propositions. Depuis la réforme de 1996, il établit un rapport annuel à destination de la Conférence nationale de santé et du Parlement.

En matière de sécurité sanitaire, veille et alerte, un dispositif nouveau est en place depuis quelques années. Il comporte deux agences, chargées respectivement de la sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et des produits alimentaires (AFSSA), et un institut de veille sanitaire (cf. la partie *Organisation des services de santé*). La coordination des activités de ces trois structures est assurée par un Comité national de la sécurité sanitaire qui réunit leurs dirigeants respectifs sous la présidence du ministre chargé de la santé. Plus récemment, en avril 2001, l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) a complété ce dispositif.

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a été créée en 1996. Ses missions sont les suivantes :

- élaborer et diffuser les recommandations de pratiques cliniques ;
- favoriser le développement de l'audit clinique, à l'hôpital et en cabinet de ville, en élaborant des guides et en formant des praticiens chargés d'aider leurs confrères à s'autoévaluer (procédure volontaire) ;
- accréditer tous les établissements de santé, publics et privés. Cette procédure n'est pas terminée. En avril 2002, près de 150 établissements avaient obtenu une accréditation.
- donner un avis sur l'opportunité de la prise en charge financière des actes médicaux. A l'occasion de la refonte de la nomenclature des actes médicaux,

l'ANAES a été chargée de se prononcer sur 381 actes (sur environ 7000 actes).

L'ANAES emploie environ 150 personnes, médecins, paramédicaux, économistes... Son programme de travail est défini annuellement par le Conseil d'administration et prend en considération les demandes émanant du Ministère, des caisses d'Assurance maladie, des organisations professionnelles.

Le *Comité économique des produits de santé* (CEPS), comité interministériel, fixe les prix des médicaments et dispositifs médicaux, suit l'évolution des dépenses de médicaments par rapport aux objectifs prévisionnels annuels. Il conclut, avec les entreprises pharmaceutiques, des accords pluriannuels qui prévoient des dispositions pour modérer l'évolution des dépenses (cf. la partie *Médicament et évaluation des technologies*). Une *Agence technique de l'information sur l'hospitalisation* (ARIH) vient d'être créée pour gérer l'information médicale hospitalière systématiquement collectée pour tous les séjours hospitaliers et utilisée pour la planification hospitalière et le financement des établissements.

La *conférence nationale de santé* se réunit annuellement. Elle est chargée de proposer des priorités et des orientations pour la politique de santé et, depuis 2002, d'établir un rapport annuel sur le respect des droits des usagers. Elle est composée de représentants des professionnels, des établissements de santé. Les usagers y seront bientôt représentés.

Les caisses d'Assurance maladie

La population est couverte, selon son statut professionnel, par :

- le régime général des travailleurs salariés du commerce et de l'industrie, qui couvre également les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ;
- les régimes agricoles, couvrant les salariés et les exploitants agricoles ;
- le régime des professions indépendantes non agricoles (CANAM) ;
- des régimes spéciaux qui se sont maintenus après 1945 pour certaines catégories (mines, marins...), certains de ces régimes étant gérés par le régime général (fonctionnaires, étudiants).

Chacun des trois grands régimes compte une caisse nationale et des structures locales, selon un découpage géographique variable.

Pour le *régime général* :

- 129 caisses locales (caisses primaires d'Assurance maladie) ont pour tâche d'affilier les assurés et de rembourser les soins ;

- 16 caisses régionales,⁸ dont les compétences sont circonscrites aux accidents du travail et maladies professionnelles et, dans le domaine de la maladie, au contrôle des établissements hospitaliers et à des actions de prévention ;
- une caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Aux différents niveaux, les caisses disposent d'un service médical, qui comprend au total environ 2500 médecins, pharmaciens et dentistes. Il contrôle individuellement les assurés et les professionnels de santé pour vérifier le bien-fondé des soins sur le plan médical et mène également des actions de santé publique visant à promouvoir des pratiques médicales efficaces.

La caisse nationale (CNAMTS) exerce un contrôle sur les caisses régionales et locales du régime général, mais celles-ci ont leur autonomie de gestion et leurs propres conseils d'administration. Aux trois niveaux (national, régional et local), ces conseils d'administration comprennent un nombre égal de représentants des employeurs et des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales, des représentants de la mutualité (entre 1 et 3).⁹

Des conventions dites « conventions d'objectif et de gestion » sont conclues entre les caisses nationales des trois grands régimes d'Assurance maladie et le ministère chargé de la santé. Le but de ces conventions, instituées par la réforme de 1996, est de clarifier les rôles respectifs de l'État et de l'Assurance maladie et de fixer explicitement des objectifs à l'action des caisses. A partir de 2000, l'État a ainsi délégué aux caisses la responsabilité financière d'une fraction des dépenses, correspondant aux rémunérations des professionnels libéraux. Les caisses avaient un objectif financier annuel (dit « objectif des dépenses déléguées ») à respecter, à charge pour elles de négocier avec les professionnels les mesures permettant de respecter ces plafonds de dépenses.

Dans les faits, ce système n'a réellement fonctionné qu'en 2000. En 2001, il n'y a pas eu d'accord entre caisses et Gouvernement sur l'objectif, et le processus a été de fait suspendu, le Gouvernement ayant lancé une vaste opération de concertation avec les professions. En 2002, l'objectif n'a pas été fixé.

La CNAMTS et les deux autres caisses nationales (agricoles et travailleurs indépendants) concluent des conventions avec les professionnels de santé en pratique libérale : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes, sage-femmes, orthophonistes, orthoptistes, transporteurs sanitaires (ambulanciers). Ces conventions portent sur les conditions d'exercice et les tarifs des actes. Elles

⁸ dont les circonscriptions sont plus larges que les régions administratives.

⁹ Le conseil d'administration de la Cnamts comprend 33 membres dont 13 représentants des employeurs, 13 représentants des salariés, 3 représentants de la mutualité et 4 personnalités qualifiées. Pour les caisses régionales, les effectifs sont respectivement de 8, 8, 1 et 4 (8,8,2 et 4 pour les caisses locales).

existent actuellement pour toutes les professions, sauf pour les médecins spécialistes auxquels s'applique un dispositif minimal fixé par le ministère chargé de la santé.

Le *régime des professions indépendantes* comporte des caisses régionales, auxquelles s'ajoutent quelques caisses professionnelles, soit 31 organismes au total. Les assurés ont le libre choix de leur organisme assureur parmi une liste d'organismes, mutuelles ou assurances, qui passent convention avec les caisses régionales et sont habilités à encaisser les cotisations et à effectuer le remboursement des soins.

Le *régime agricole*, qui regroupe toutes les catégories du monde agricole, salariés et non salariés, est organisé sur la base de caisses départementales (la tendance étant cependant au regroupement de caisses sur des bases inter-départementales).

Les caisses sont des organismes privés à but non lucratif, à l'exception de la CNAMTS, qui est un établissement public.

Les institutions au niveau régional

Un processus de régionalisation de l'organisation et de la gestion du système de soins s'est enclenché depuis une dizaine d'années. Il a d'abord reposé sur les services régionaux de l'État¹⁰ qui se sont vu confier des responsabilités croissantes en matière de planification hospitalière, puis d'allocation budgétaire aux hôpitaux. De nouvelles institutions ont ensuite été créées en 1993 et 1996. Aujourd'hui, l'architecture régionale est la suivante :

- les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) gèrent l'hospitalisation publique et privée. L'ARH fédère, au niveau régional, les services de l'État et ceux des caisses d'Assurance maladie, qui antérieurement se partageaient la gestion de ce secteur, avec malgré tout une prééminence de l'État (les directeurs d'agence sont nommés en conseil des ministres et sont directement responsables devant le ministre chargé de la santé) ;
- les unions régionales de caisses d'Assurance maladie (URCAM) fédèrent les 3 principaux régimes (régime général, agricole et régime des travailleurs indépendants) au niveau de chaque région. Elles coordonnent l'action des caisses et impulsent une politique régionale de gestion du risque maladie. Par rapport aux ARH qui ont un rôle opérationnel, elles ont plutôt un rôle d'impulsion et d'animation, et n'ont pas d'autorité sur les caisses régionales et locales qui gardent leurs conseils d'administration ;

¹⁰ Directions régionales des affaires sanitaires et sociales, DRASS.

- les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML), assemblées élues de médecins, assument les missions dans les domaines suivants : analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux ; coordination avec les autres professionnels de santé ; information et formation des médecins et des usagers. Elles sont l'interlocuteur de l'ARH et de l'URCAM ;
- les conférences régionales de santé, qui rassemblent tous les acteurs régionaux, institutionnels, professionnels de la santé et usagers, ont pour mission d'analyser les besoins de santé régionaux et d'établir à leur niveau des priorités de santé publique. Elles préparent annuellement un rapport pour la Conférence nationale de santé. Aux termes de la loi de mars 2002, elles doivent fusionner avec une autre instance consultative régionale sur la planification hospitalière et deviendront des conseils régionaux de santé.

Le niveau régional dispose donc désormais d'une architecture institutionnelle qui lui donne en principe une capacité de pilotage stratégique et une gestion plus cohérente du système de santé et de soins. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 renforce encore cette orientation en donnant mission aux ARH d'agréer les expérimentations de réseaux de soins.

Les collectivités territoriales

Un certain nombre de services sanitaires et sociaux relèvent des collectivités élues au niveau départemental, les conseils généraux¹¹ :

- des établissements et services pour personnes âgées et handicapées ; les structures non médicalisées relèvent totalement des conseils généraux, qui les financent par le biais de l'aide sociale et les contrôlent ; les structures médicalisées sont sous la tutelle conjointe des services de l'État et du conseil général ;
- le financement des dépenses d'hébergement des personnes âgées et handicapées dans ces établissements en cas d'insuffisance de ressources, mais aussi le financement d'aide à domicile ;
- la protection de l'enfance, avec notamment la gestion de centres de protection maternelle et infantile, offrant des consultations et un suivi médical gratuit ;
- la prévention sanitaire de certaines maladies : tuberculose, maladies sexuellement transmissibles, cancer.

¹¹ Les conseils généraux sont financés par les impôts locaux et des dotations de l'État.

Les communes assument pour leur part une mission d'hygiène publique (en particulier assainissement, eau...).

Les organisations professionnelles

Les organisations professionnelles sont de deux types.

Les **ordres professionnels**, pour les médecins, les pharmaciens, les dentistes et les sages-femmes, ont une mission de déontologie et de contrôle de l'exercice professionnel.

Les **organisations syndicales** défendent les intérêts des différents professionnels. La représentation syndicale est très morcelée, non seulement en fonction des différentes professions, mais aussi en fonction de leur statut, salarié ou libéral. De plus, les professionnels ont souvent le choix entre plusieurs syndicats.

Ainsi, il existe six syndicats de médecins libéraux jugés représentatifs et habilités à signer les conventions avec les caisses d'Assurance maladie. Plusieurs syndicats représentent à la fois les généralistes et les spécialistes : la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le syndicat des médecins libéraux (SML), la Fédération des médecins de France (FMF). D'autres sont plus spécifiques : l'Union des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF) et la Fédération française des médecins généralistes (MG France). Malgré cette diversité, la proportion de médecins syndiqués est de 29% chez les généralistes. La fragmentation de la représentation professionnelle n'est pas le propre des médecins. A titre d'exemple, les 4000 laboratoires de biologie privés, qui effectuent les analyses en ambulatoire, ne comptent pas moins de quatre organisations représentatives, les clivages se faisant notamment entre les représentants des grands laboratoires et les défenseurs des petites unités de proximité.

Les organisations représentatives des professionnels libéraux négocient avec les caisses d'Assurance maladie et le ministère chargé de la santé, les conditions de l'exercice libéral, notamment ses aspects de rémunération.

Depuis 1993, des *Unions régionales de médecins libéraux (URML)*, élues à partir de listes syndicales, ont des missions d'analyse et d'étude du fonctionnement du système de santé, d'évaluation des besoins, de coordination, de formation et information des médecins et des usagers. Ces unions sont financées par des contributions des médecins.

Les établissements hospitaliers sont représentés dans des organisations différentes selon leur statut : une pour les hôpitaux publics, une pour les hôpitaux privés à but non lucratif, une pour les hôpitaux privés à but lucratif (les deux

organisations existant jusqu'à 2001 ayant fusionné pour donner naissance à un syndicat unique).

Enfin, les industriels du médicament et les producteurs de dispositifs médicaux (équipements, appareillages, prothèses) ont chacun un syndicat représentatif.

Les usagers

Au cours de ces dernières années, la meilleure prise en compte des attentes des usagers a été un thème de débat public important dans le domaine de la santé. L'action de certaines associations de malades a été un levier de cette évolution. Notamment, l'épidémie de SIDA a été à l'origine d'une transformation des modes d'intervention du mouvement associatif qui s'intéresse à la santé. Rendue visible par une prise de parole souvent véhémement, l'action de ces associations ne se limite plus aux activités traditionnelles (soutien aux malades, récolte de fonds pour financer la recherche), mais cherche à influencer les choix en matière de recherche et à imposer un nouveau modèle de malade, acteur de sa santé.

A côté des associations de malades, on a également assisté à un renforcement des associations à visée plus généraliste, telles que les associations de consommateurs.

Ces associations sont depuis peu regroupées dans un collectif (CISS, collectif inter-associatif sur la santé) qui fait pression pour faire entendre les intérêts des usagers dans le système de soins à différents niveaux. La loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé de mars 2002 renforce les capacités d'action de ces associations, en leur donnant un statut permettant à leurs représentants de bénéficier d'avantages (congrés...).

Planification, équilibrage et pilotage du système

La planification des ressources physiques

La planification des ressources concerne à la fois les ressources humaines et les équipements.

Le nombre de médecins et, pour partie, leur orientation, sont ajustés par le jeu du *numerus clausus* appliqué pour l'entrée en deuxième année des études médicales. Ce *numerus clausus*, fixé au niveau national, est ensuite réparti entre les régions. Cette répartition tient compte des inégalités aujourd'hui observées dans la distribution géographique de l'offre (la densité médicale varie dans un

rapport de 1 à 1,7 entre régions extrêmes) et tente de la corriger par le biais des flux de formation.

La répartition entre spécialistes et généralistes est déterminée par le nombre de postes ouverts au concours d'internat qui permet l'accès à une spécialisation. Ces postes sont répartis entre grandes filières (médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie, santé publique), mais au sein de la médecine et de la chirurgie il n'y avait jusqu'à récemment pas de régulation fine par spécialité, le choix d'une spécialité se faisant en fonction des postes hospitaliers offerts pour la formation et des préférences des étudiants. Depuis quelques années, la désaffectation vis-à-vis de certaines spécialités (anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, pédiatrie...) a conduit à réserver un certain nombre de places pour ces spécialités dans les concours.

La politique de *numerus clausus* aboutit aujourd'hui globalement à une stabilisation des effectifs de médecins, qui sera suivie d'une baisse sensible dans les toutes prochaines années. Les disparités régionales se sont un peu réduites au cours des trente dernières années (l'écart entre régions extrêmes est passé de 2,1 à 1,7). La répartition entre généralistes et spécialistes fait l'objet de beaucoup de débats en France, la tendance passée ayant été à la spécialisation croissante.

Les médecins libéraux choisissent librement leur lieu d'installation sur le territoire, tandis que l'exercice hospitalier est conditionné par les postes offerts par les établissements.

D'autres professions sont également encadrées par des *numerus clausus* à l'entrée des formations : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes... (cf. partie sur les ressources humaines).

Jusqu'en 2003, la planification hospitalière a associé deux outils : la carte sanitaire, outil quantitatif, et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) plus qualitatif.

La carte sanitaire découpait chaque région en secteurs sanitaires et en secteurs psychiatriques, un secteur sanitaire ne pouvant pas comprendre moins de 200 000 habitants, sauf s'il s'agissait d'un département entier.

Au sein des secteurs sanitaires ou groupes de secteurs, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) fixe des normes quantitatives, sous forme de ratios lits/population, pour chaque discipline : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée. Toute création ou transformation de lits proposée par un établissement hospitalier public ou privé est soumise à autorisation de l'ARH, délivrée jusqu'en 2003 en fonction de normes fixées par la carte sanitaire. Dans la pratique, aujourd'hui, l'offre est jugée excédentaire dans la quasi-totalité

des secteurs et les autorisations concernent essentiellement des opérations de restructurations, reconversions, fusions...

Outre les lits d'hospitalisation, la carte sanitaire s'appliquait également à certains équipements coûteux de diagnostic ou de traitement, qu'ils soient installés ou non en milieu hospitalier : par exemple les appareils de dialyse, de radiothérapie, d'imagerie par résonance magnétique, les scanographes, les lithotriteurs... Dans certains cas, des normes de besoin ont été explicitées sous forme d'indices, dans d'autres, c'est sur la base d'une appréciation au cas par cas des besoins locaux que les autorisations sont données.

Sont également soumises à autorisation, depuis une dizaine d'années, certaines activités de soins, très spécialisées : transplantation d'organes, traitement des grands brûlés, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, procréation médicalement assistée ; ou plus courantes : accueil et traitement des urgences, réanimation, radiothérapie.

Le fait d'autoriser, non plus seulement des équipements, mais des activités médicales, marque une évolution de la planification hospitalière vers une conception plus qualitative et médicalisée de l'organisation de l'offre et de sa meilleure répartition sur le territoire régional, au-delà des questions de contingentement quantitatif.

En 2003, le gouvernement a d'ailleurs choisi de supprimer la carte sanitaire et d'intégrer l'ensemble de la planification au sein du Schéma régional d'organisation des soins (SROS), qui peut être considéré comme l'instrument privilégié de cette approche qualitative. Il dessine les objectifs d'évolution du paysage régional à 5 ans, dans un certain nombre de domaines correspondant soit à des priorités nationales, soit à des priorités régionales.

Pour les SROS 1999–2004, les thèmes abordés dans toutes les régions sont l'accueil et le traitement des urgences, la périnatalité et la cancérologie. Ces trois domaines sont très illustratifs d'une orientation récente de la politique hospitalière, qui est de promouvoir un fonctionnement des établissements en réseau, dans lequel chacun assure la prise en charge des patients relevant de son niveau de technicité, en liaison avec les autres établissements chargés des cas plus lourds ou plus légers :

- pour les urgences, l'accueil doit être organisé, en fonction de la gravité, dans les unités de proximité ou dans des services d'accueil des urgences capables de traiter les cas les plus lourds, l'ensemble des structures devant être associées par contrat,
- pour la périnatalité, où il est prévu que les établissements ayant une activité obstétricale ou néonatale soient classés en 4 niveaux selon leur technicité

(depuis le centre de proximité assurant les consultations pré et post-natales jusqu'au centre spécialisé pouvant assurer la réanimation néo-natale),

- pour la cancérologie, l'objectif est d'assurer à tous les malades une prise en charge pluridisciplinaire et l'accès à l'ensemble des traitements, grâce à la coopération entre les différents établissements publics et privés, classés selon trois niveaux (soins de proximité, établissements ayant une orientation en cancérologie et centres de référence).

En dehors de ces thèmes abordés par tous les SROS, les régions ont choisi des thèmes prioritaires en fonction de leur situation spécifique : les soins de suite et de réadaptation, les soins palliatifs, la prise en charge des suicides, les maladies cardiovasculaires, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en sont quelques exemples.

Sur chacun des thèmes retenus, les SROS fixent des objectifs d'amélioration de l'organisation des soins, en proposant, par discipline et par zone géographique, des développements, des redéploiements, des restructurations et des coopérations.¹² Par ailleurs, ils mettent de plus en plus l'accent sur des aspects plus qualitatifs de coordination et de développement de pratiques coopératives entre les établissements.

Le SROS constitue ensuite pour l'ARH une référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets des établissements et conclure avec eux des contrats d'objectifs et de moyens.

Ces contrats, créés par la réforme de 1996, sont conclus avec chaque établissement, qu'il soit public ou privé. Cependant, la nature du contrat est assez différente pour les deux catégories.

Les contrats avec les hôpitaux publics définissent les engagements de l'établissement pour les 3 à 5 années à venir. Ceux-ci concernent notamment les orientations médicales qui découlent du SROS (activité à développer, à renforcer, à créer, à organiser en complémentarité avec un autre établissement, etc.). mais ils peuvent également porter sur l'amélioration de l'accueil des patients, sur les coopérations et le travail en commun à développer avec l'environnement, voire sur l'efficacité économique de l'hôpital. En contre-partie, les contrats donnent des indications sur les moyens qui seront alloués par l'ARH pour réaliser ces projets définis dans le contrat : si l'hôpital est jugé efficace, il pourra obtenir des moyens supplémentaires, mais dans le cas contraire il peut avoir à financer lui-même une partie des projets par redéploiement.

¹² A fin 2001, plus de 300 opérations de fusion, de regroupement, de suppression (de l'hôpital entier ou d'une partie de ses activités) ou de reconversion vers d'autres activités (du court séjour vers le moyen séjour par exemple) étaient réalisées ou en cours sur le territoire national.

Il n'y a pas de standardisation des contrats au niveau national et leur contenu varie d'une région à l'autre (notamment par exemple le degré de précision des engagements financiers de l'agence, qui sont dans certains cas spécifiés année après année, dans d'autres beaucoup plus vagues).

L'avancement même de la contractualisation varie beaucoup d'une région à l'autre : dans certaines régions, les contrats sont tous conclus alors que d'autres régions n'avaient encore conclu aucun contrat au 30 juin 2001.

La portée des contrats avec les établissements privés lucratifs est pour le moment plus limitée : ce sont des contrats types, qui rappellent des principes de fonctionnement et obligations des établissements, et ils ont surtout pour objectif de fixer les tarifs.

L'encadrement et la gestion des ressources financières

L'encadrement financier s'est longtemps limité au contrôle des prix et des tarifs, soit négociés par convention entre les professionnels et les caisses dans le cadre de l'exercice libéral, soit fixés administrativement (médicament, prix de journée hospitalier). Il s'est élargi progressivement avec la fixation de budgets et d'objectifs limitatifs de dépenses, au niveau soit d'un établissement individuel (hôpitaux publics), soit d'un secteur (cliniques), soit d'un ensemble plus large (honoraires des professionnels libéraux). Depuis 1996, la fixation de ces objectifs est subordonnée à l'objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM), voté chaque année par le Parlement (cf. la partie *Allocation des ressources financières*).

Fixation des tarifs et des prix

L'encadrement par les tarifs et les prix est lié aux modes de rémunération des différents biens et services médicaux. A ce niveau, il importe de distinguer les tarifs des prix réellement pratiqués : les tarifs servent de base au remboursement de l'Assurance maladie ; les prix réellement pratiqués peuvent, dans certains cas, leur être supérieurs. La régulation porte sur les premiers.

La détermination des *tarifs des actes réalisés par les professionnels dans un cadre libéral* fait intervenir deux instruments :

- des nomenclatures hiérarchisant les actes entre eux et leur affectant un coefficient par rapport à une unité de mesure, appelée lettre-clé ;
- la fixation du tarif unitaire des différentes lettres-clés.

Les services techniques de la CNAMTS préparent les modifications des nomenclatures mais celles-ci doivent être approuvées par le ministre chargé de la santé. La valeur unitaire des lettres-clés est fixée par des accords conclus

entre les caisses nationales et les syndicats professionnels, qui prévoient les modalités et les conditions de revalorisation sur une période quinquennale.

Les *prix des médicaments* sont fixés par le comité économique des produits de santé.

Les *tarifs applicables par les cliniques*¹³ – hors honoraires médicaux – relèvent à la fois du niveau national et du niveau régional :

- au niveau national, un accord entre l'État et les fédérations de cliniques fixe un taux moyen d'évolution des tarifs, par grande discipline, au niveau national et région par région ;
- les taux d'évolution sont ensuite modulés pour chaque clinique au sein de la région, en fonction d'un accord négocié entre les agences régionales de l'hospitalisation et les représentants des cliniques au niveau régional (cette modulation étant encadrée par une fourchette fixée au niveau national).

Les *prix de journée appliqués dans les hôpitaux publics* ne sont que la résultante d'un calcul d'équilibre une fois que le budget général de l'hôpital est fixé. On ne peut donc pas parler ici de fixation de tarifs à proprement parler.

Encadrement financier global

Depuis 1996, chaque année, le Parlement vote un objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) pour l'année à venir, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. L'encadrement des dépenses par secteur de soins, qui existait déjà avant la création de l'ONDAM, doit à présent être cohérent avec cet objectif national.

Au sein de l'ONDAM, une enveloppe financière est fixée pour les hôpitaux publics. Cette enveloppe est répartie par le ministère de la santé entre les régions. Chaque hôpital est ensuite financé par une dotation globale fixée par l'Agence régionale de l'hospitalisation dans le cadre de l'enveloppe régionale qui lui a été allouée.

Les dépenses des cliniques privées sont encadrées au niveau national par un objectif annuel fixé par le ministre (et non plus négocié comme c'était le cas jusqu'en 2000). En cas de dépassement des objectifs, l'État et les cliniques négocient les mesures de redressement et notamment des baisses de tarifs. A défaut d'accord, l'État prend des décisions unilatérales. Ces ajustements sont

¹³ Contrairement aux médecins ou autres professionnels libéraux, les tarifs unitaires appliqués aux cliniques ne sont pas uniformes sur le territoire national. C'est le résultat d'une gestion qui a longtemps été décentralisée au niveau des CRAM (caisses régionales de l'Assurance maladie), avec pour conséquences des tarifs variant dans une fourchette de 1 à 3. Mais ces écarts ont été progressivement atténués par une politique nationale d'harmonisation, sans pour autant avoir disparu.

effectués au niveau national mais, depuis 2000, des modulations de tarifs peuvent être opérées au niveau régional.

Des objectifs financiers sont également fixés pour les honoraires de la plupart des professions.

Enfin, l'ONDAM concerne aussi les dépenses liées aux soins ambulatoires. Sous cette rubrique, une sous-catégorie prévoit, en principe, la rémunération des professionnels de santé indépendants sous le titre Objectif de dépenses déléguées et est gérée par les caisses d'assurance-maladie (cf. la partie *Rémunération des professionnels de santé*). Cependant, dans la pratique, comme il l'a été mentionné ci-dessus, cette délégation de responsabilité n'a été appliquée qu'en 2000.

L'encadrement des pratiques professionnelles et de la qualité des soins

Plusieurs organismes et niveaux de décision interviennent dans la surveillance des pratiques professionnelles.

Certaines professions exercent un contrôle de leurs membres par le biais de leurs Ordres nationaux et départementaux (médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens), en termes de déontologie, de droit à l'exercice...

Le ministre chargé de la santé édicte des normes en matière d'hospitalisation. Les médecins de ses services régionaux et départementaux et ainsi que le service médical de l'Assurance maladie en vérifient la bonne application.

Des procédures de contrôle de la qualité ont été élaborées depuis peu par l'ANAES : accréditation pour les établissements publics ou privés (obligatoire) et audits de pratique pour les professionnels libéraux (sur une base volontaire).

L'ANAES élabore également des références de pratique médicale qui sont diffusées à l'ensemble du corps médical.

En dehors des références médicales opposables, le respect des références élaborées par l'ANAES n'est pas obligatoire. Des analyses collectives sont réalisées par les médecins conseil des caisses au niveau national ou régional pour évaluer les pratiques et mettre en place des actions de formation ou d'information (des campagnes nationales récentes ont concerné le diabète et l'hypertension artérielle). En revanche, aucune évaluation individuelle systématique n'est organisée et les cas de mauvaise pratique pour lesquels des patients portent plainte sont examinés par l'Ordre des médecins et par les tribunaux.

Financement et dépenses de santé

En France, la prise en charge financière des soins médicaux est assurée principalement par l'Assurance maladie, une des branches de la Sécurité sociale. Depuis le 1er janvier 2000, l'Assurance maladie couvre l'intégralité de la population, mais elle ne finance que les trois quarts des dépenses de santé. Il reste donc un champ non négligeable pour une éventuelle protection complémentaire sous d'autres formes.

Systeme de financement et couverture maladie

L'organisation de l'Assurance maladie

L'organisation actuelle de l'Assurance maladie découle des dispositions de l'ordonnance du 4 octobre 1945, texte fondateur, et des mesures législatives qui se sont succédées depuis. Ce n'est que progressivement que l'Assurance maladie a été étendue des salariés de l'industrie et du commerce à l'ensemble de la population, en englobant les étudiants (1948), les militaires de carrière (1949), les exploitants agricoles en 1961, les professions indépendantes (1966–1970) et en instituant la possibilité d'une assurance volontaire (1978).¹⁴

Depuis le 1er janvier 2000, une loi portant création d'une « Couverture Maladie Universelle » (CMU) complète le dispositif en offrant une Assurance maladie de base à toute personne résidant en France en situation régulière.

¹⁴ Cette assurance volontaire permettait à ceux qui n'étaient pas couverts par les systèmes obligatoires d'obtenir une couverture en payant une cotisation forfaitaire, qui pouvait être financée par les conseils généraux pour les personnes ayant de faibles ressources. Une très petite fraction de la population restait néanmoins sans protection maladie.

Les assurés dont les revenus fiscaux ne dépassent pas €6600 par an n'ont pas à payer de cotisation.

Alors que l'affiliation à l'Assurance maladie se fait très majoritairement sur une base professionnelle auprès des caisses d'Assurance maladie des différents régimes de sécurité sociale, dans le cadre de la CMU, ce sont les critères de résidence et de revenus qui sont pris en compte. Les personnes à la charge de l'assuré sont également couvertes par son Assurance maladie.

Les trois principaux régimes d'Assurance maladie sont :

- Le **Régime général** de la Sécurité sociale, qui couvre les salariés du commerce et de l'industrie et leur famille, soit environ 84% de la population, ainsi que les bénéficiaires de la CMU de base, estimés au 30 novembre 2001, à environ 950 000 (soit 1,6% de la population).
- La **Mutualité sociale agricole** (MSA) qui couvre les exploitants (AMEXA) et les salariés (ASA) agricoles ainsi que leur famille, soit au total environ 7,2% de la population.
- La **Caisse nationale d'Assurance maladie des professions indépendantes** (CANAM) qui couvre les artisans et les membres des professions libérales, soit environ 5% de la population.

D'autres régimes, numériquement moins importants, couvrent certaines catégories de population, également sur une base professionnelle. Plusieurs de ces régimes sont rattachés au Régime général, comme c'est le cas pour les agents de l'État et des collectivités locales, les praticiens conventionnés, les étudiants, les militaires. D'autres ont une organisation propre et fonctionnent de façon autonome ; ce sont les régimes *spéciaux* tels que ceux des mineurs, agents de la SNCF, clergé, marins-pêcheurs, Banque de France, etc. En outre, pour des raisons historiques, les habitants des régions de l'Alsace et la Moselle, bénéficient d'un régime d'assurance maladie spécial, offrant, en contre-partie d'une contribution un peu plus importante, une couverture plus avantageuse des biens et soins médicaux.

Les caisses sont placées sous la tutelle de la Direction de la Sécurité sociale du ministère chargé de la Sécurité sociale et elles assurent depuis 1996 leur fonction de gestionnaires de l'Assurance maladie dans le cadre d'une convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État pour une période minimale de trois ans.

Le financement de l'Assurance maladie réglementaire

Le financement de l'Assurance maladie diffère selon les régimes et donne lieu à des compensations financières entre régimes pour tenir compte notamment

de la structure démographique (cf. la partie *L'organisation et le pilotage du système*).

On décrit dans les paragraphes suivants les règles applicables dans le cas du Régime général. De 1945 à 1996, le financement de la Sécurité sociale en général, et de l'Assurance maladie en particulier, a reposé de façon quasi exclusive sur des cotisations salariales et patronales proportionnelles aux salaires, plafonnés puis déplafonnés. Plus tardivement, l'assiette s'est étendue aux revenus de remplacement (retraités, pré-retraités, chômeurs). Pour l'Assurance maladie, les taux de cotisation ont progressivement augmenté pour couvrir des dépenses de soins qui s'accroissaient plus vite que l'assiette des cotisations. Entre 1992 et 1997, ces taux sont restés stables et égaux à 12,8% du salaire brut pour l'employeur et à 6,8% pour l'employé.

Les ressources des caisses d'assurance-maladie ont été par conséquent partiellement déconnectées des revenus, ce qui les a rendues moins dépendantes des fluctuations des salaires et de l'emploi. Toutefois, bien que ce changement ait élargi la base de prélèvement des ressources de l'assurance-maladie, il n'a pas augmenté les ressources effectivement prélevées.

La réforme des conditions applicables aux cotisations d'employeurs susceptibles d'alléger la charge des industries nécessitant une main d'oeuvre importante et de promouvoir l'emploi est toujours en instance. Une solution consistant à fonder les cotisations des employeurs sur la valeur ajoutée de l'entreprise a été étudiée mais n'est pas encore acceptée. Pour tenter de stimuler l'emploi des personnes peu qualifiées, la loi sur la Sécurité sociale de 1999 a allégé les cotisations des employeurs pour les bas salaires (environ deux tiers des salariés). Cette loi de 1999 a aussi créé un impôt sur les bénéficiaires des entreprises polluantes ayant un chiffre d'affaires supérieur à 50 millions de Francs. La loi sur la sécurité sociale de 2001 réduit le taux de la CSG pour les plus bas salaires.

Depuis 1998, afin d'élargir la base du financement de la Sécurité sociale, les cotisations salariales ont pratiquement disparues et ont été remplacées par une « Contribution Sociale Généralisée » (CSG) appliquée à la totalité des revenus avec des taux variables selon leur origine. Selon la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001, pour l'Assurance maladie, ces taux furent respectivement de 5,25% pour les revenus de l'activité, du capital et des jeux et de 3,95% pour les revenus de remplacement (retraites, indemnités).

La base du prélèvement des ressources de l'Assurance maladie s'étant élargie, le taux de la CSG est, à recettes égales, plus faible que le taux antérieur de prélèvement sur les salaires ; alors qu'avant 1998, la contribution des salariés au financement de l'Assurance maladie s'élevait à 6,8%, celle-ci est

Tableau 3. Régime général : les recettes de l'Assurance maladie en 1990 et 2000

	1990		2000	
	€ (millions)	%	€ (millions)	%
Cotisations des assurés	20,1	32,2	3,4	3,4
Cotisations des employeurs ^a	39,3	63,1	49,8	51,1
Total cotisations	59,4	95,2	53,2	54,5
Contribution sociale généralisée	0,0	0,0	33,8	34,6
Taxes spécifiques (auto, tabac, alcool)	1,0	1,6	3,3	3,3
Taxes sur l'industrie pharmaceutique	0,0	0,0	0,7	0,8
Total impôts et taxes affectés	1,0	1,6	37,8	38,7
Subventions pour compenser les pertes de cotisations ^b	0,3	0,5	4,8	4,9
Compensations entre régimes	0,7	1,1	0,3	0,3
Autres	1,0	1,5	1,5	1,6
Recettes totales	62,3	100,0	97,6	100,0

Source: Commission des Comptes de la Sécurité sociale 2001.

^a Sont incluses également dans ce poste les cotisations versées par les caisses elles-mêmes pour les médecins conventionnés en secteur 1, dont une fraction des cotisations est financée par les caisses (montant : €1 milliard).

^b Il s'agit d'une compensation des pertes de cotisations directement liées à des décisions générales de politique économique prises par l'État. L'exemple récent est celui des allègements de charges sociales accordés aux entreprises négociant des accords de réduction du temps de travail.

aujourd'hui constituée d'un prélèvement de 0,75% sur leur salaire, auquel s'ajoute le prélèvement de la CSG, qui est de 5,25% sur l'ensemble de leurs revenus. L'évolution des recettes de l'Assurance maladie, ne dépendant plus uniquement de celle de la masse salariale, est désormais plus sensible à la conjoncture économique générale et moins sensible à la seule conjoncture du marché de l'emploi.

Par une diversification des modalités de financement, les réformes récentes (CSG, allègement des cotisations des employeurs pour les bas salaires) reflètent la volonté d'alléger la participation des salariés et de ne pas pénaliser l'emploi.

Le tableau n°3 montre la structure du financement de l'Assurance maladie en 2000 et son évolution par rapport à 1990. On voit que les cotisations des employeurs, celles des assurés et le produit de la CSG contribuent pour 89% aux recettes de l'Assurance maladie. Le reste est principalement fourni par des subventions d'État ainsi que par des impôts et taxes prélevés sur l'utilisation des automobiles, les consommations de tabac et d'alcool. L'industrie pharmaceutique est également mise à contribution, principalement par une taxe sur la publicité.

Par rapport à 1990, l'évolution marquante est le remplacement de l'essentiel des cotisations des assurés par un impôt (la CSG).

L'universalisation de la protection maladie – avec l'introduction du critère de résidence dans les règles d'affiliation – et le quasi-abandon des salaires comme base des cotisations des assurés, au profit de l'assiette plus large de l'ensemble des revenus, s'inscrivent de façon pertinente dans l'esprit de la réforme qui transfère les compétences de l'Assurance maladie vers le Parlement – définition des politiques de financement de la santé – et de l'Assurance maladie vers le gouvernement – contrôle de certains aspects du système de santé.

Couverture des soins et rationnement

Règles générales de la prise en charge financière des soins

Les dépenses de l'Assurance maladie se répartissent en 84,9% de remboursements de dépenses de soins, et 15,1% de prestations en espèces. Les premières représentent la prise en charge, le plus souvent partielle, des dépenses de consommation et sont versées, soit aux assurés, soit aux prestataires dans le cas de tiers payant. Les prestations en espèces sont des indemnités journalières versées aux assurés pendant une maternité, une maladie ou suite à un accident du travail, des rentes, pensions d'invalidité et capitaux décès.

Alors que l'Assurance maladie couvre l'ensemble de la population pour un large éventail de biens et de services médicaux, elle ne finance globalement que les trois quarts des dépenses totales de consommation médicale. Les règles de la prise en charge reposent sur quelques principes généraux :

- L'Assurance maladie reconnaît au patient le libre choix du praticien, sous réserve que celui-ci soit agréé, et il n'y a généralement pas de limite au volume de la consommation des biens et services pris en charge. Les médecins, eux, jouissent de la liberté de prescription bien qu'ils doivent respecter des Références Médicales Opposables (cf. la partie *Soins ambulatoires*).
- Pour être couverts, les différents services de diagnostics ou de soins, les médicaments et les prothèses doivent :
 - être dispensés ou prescrits par un médecin, un dentiste ou une sage-femme et distribués par des professionnels ou établissements agréés par l'Assurance maladie ;
 - figurer sur les listes positives en vigueur : nomenclatures d'actes des différents professionnels de santé, liste des médicaments ou matériels

remboursables. Ces listes s'appliquent dans le secteur libéral ; mais pas de manière stricte à l'hôpital public, où tous les soins prodigués sont pris en charge.

Les montants remboursés par l'Assurance maladie sont calculés pour chaque bien ou service en appliquant un taux de couverture (en pourcentage) à un tarif négocié.

En général, le patient règle le prestataire et est remboursé ensuite, partiellement ou totalement, par l'Assurance maladie. Cette règle ne s'applique pas en cas d'hospitalisation, et de moins en moins dans certains secteurs (pharmacie, biologie). Elle ne s'applique pas non plus aux bénéficiaires de la CMU.

Les paragraphes suivants explicitent les principes généraux énoncés ci-dessus en précisant quels soins sont pris ou non en charge par l'Assurance maladie ; ils fournissent plus de détails sur les modalités de la couverture financière pour les différents biens et services médicaux.

Le champ de la prise en charge

Les biens et soins médicaux pris en charge par l'Assurance maladie comprennent :

- les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements publics ou privés de soins, de réadaptation et de rééducation ;
- les dépenses de soins médicaux ambulatoires fournis par les médecins généralistes, spécialistes médicaux et chirurgicaux, les dentistes et les sages-femmes ;
- les services de diagnostic et de soins prescrits par des médecins et produits par les laboratoires d'analyse et les professions paramédicales : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... ;
- les dépenses de pharmacie, d'appareillage médical et de prothèses prescrits et figurant sur les listes de produits admis au remboursement ;
- les dépenses de transports sanitaires prescrits.

Depuis sa création, l'Assurance maladie est supposée couvrir les dépenses de soins mais non les dépenses de prévention. Dans les faits, de plus en plus d'actes réalisés par les médecins et remboursés sont des actes de prévention secondaire : dépistages des cancers... Les vaccins obligatoires ou recommandés sont également remboursés, ainsi que le suivi de la grossesse et des nourrissons, qui est totalement gratuit. En revanche, aucun financement n'est prévu pour les professionnels de santé intervenant dans le cadre des actions de prévention collective.

L'ensemble des soins couverts par l'Assurance maladie ne comprend ni la chirurgie esthétique, ni la plupart des cures thermales, ni certains services d'efficacité incertaine.

Certains actes ne sont pas remboursés (par exemple l'ostéodensitométrie pratiquée à titre préventif dans le secteur privé) ou avec une fréquence limitée (mammographie de dépistage).

Pour certains soins, comme les traitements des masseurs kinésithérapeutes et les cures thermales, la prescription du médecin traitant n'est pas une condition suffisante à la prise en charge ; la couverture par l'Assurance maladie est subordonnée à un accord préalable des médecins conseils des caisses, après examen du dossier et, éventuellement, convocation du malade.

Le niveau de la prise en charge

A chaque bien ou service pris en charge par l'Assurance maladie correspond un tarif négocié, qui sert de base au calcul du montant remboursé au patient, même si les prix réellement pratiqués sont supérieurs à ce tarif (dépassements).

Le *ticket modérateur* est le complément à 100% du taux de prise en charge par l'Assurance maladie. Il est variable selon les types de soins, plus élevé pour les services ambulatoires et la pharmacie que pour les soins hospitaliers.

Le principe général de la couverture financière par l'Assurance maladie est donc de laisser à la charge des malades ce « ticket modérateur ». Dans certaines circonstances, pourtant, les malades en sont exonérés et la prise en charge des dépenses est alors totale. Les cas d'exonération sont de trois types :

- exonération liée à la *pathologie*, en particulier lorsque l'assuré est atteint d'une des 30 affections de longue durée (diabète, SIDA, cancer, maladie psychiatrique...) ou lorsque le malade est atteint d'une ou plusieurs pathologies entraînant un état invalidant ;
- exonération liée à la *nature des traitements*, en particulier certains soins hospitaliers et le traitement de la stérilité ;
- exonération liée à la *personne*, en particulier les accidentés du travail, les femmes enceintes, les enfants handicapés...

Il n'y a pas en tant que telle d'exonération sous conditions de ressources, mais la CMU fournit une couverture complémentaire équivalant en pratique à une exonération.

La différence entre le montant réellement payé et le montant du remboursement (dépassement de tarif + ticket modérateur) reste à la charge de l'assuré ou d'un éventuel organisme d'assurance complémentaire s'il y est affilié.

Tableau 4. La prise en charge des dépenses de soins, 1999–2000

	Taux de prise en charge théorique ^a en %	Taux réel de prise en charge ^b en %	Part de l'assurance maladie dans les dépenses ^c en %
Services de médecins	70	81	75,0
Soins dentaires	70	73	34,9
Auxiliaires médicaux	60	92	79,0
Laboratoires	60	77	73,3
Médicaments	35, 65, 100	73	61,5
Hospitalisation	80	–	90,2

Sources: CNAMTS, *Comptes de la Santé* (DREES).

^a Valeur réglementaire.

^b Taux réel de prise en charge, compte-tenu de la fréquence des cas d'exonération du ticket modérateur (Régime général d'Assurance maladie). Ce calcul n'est pas possible pour les soins hospitaliers.

Le montant du ticket modérateur ne suffit pas à déterminer le taux de couverture global des dépenses réelles, ce dernier découlant aussi de la fréquence des cas d'exonération et des dépassements éventuels des tarifs pratiqués par les prestataires de soins. Le tableau n° 4 explicite ces points. Dans le cas des soins de médecins, par exemple, le taux théorique de prise en charge est de 70% (colonne 1). Compte-tenu des cas d'exemption du ticket modérateur, le taux réel de prise en charge de ces soins pour les assurés du Régime général est en moyenne de 81% (colonne 2). Au total, du fait de l'existence de dépassements d'honoraires et de quelques prestations non prises en charge, la participation de l'Assurance maladie aux dépenses de soins de médecins est de 75% selon les comptes de la santé (colonne 3).

Il faut noter qu'avant la mise en place de la CMU, pour les personnes ayant de faibles revenus, les dépenses non couvertes par l'Assurance maladie obligatoire pouvaient représenter une charge non négligeable. Ainsi, en 1997, ces dépenses s'élevaient en moyenne à €193 par an pour des personnes vivant avec moins de €450 par mois (Aligon et al., 2001).¹⁵ Ces dépenses sont directement payées par la personne si elle ne dispose pas d'une assurance complémentaire.

Le paiement différé

Alors que la règle générale veut que la prise en charge de l'Assurance maladie n'intervienne qu'après le paiement direct au prestataire par le malade, il existe des situations où le malade est dispensé de débours préalable (« tiers

¹⁵ Pour l'ensemble de la population française ayant consommé des soins en 1997, ces dépenses non prises en charge s'élevaient à €279 en moyenne (Aligon et al., 2001).

payant »). C'est le cas pour les bénéficiaires de la récente « Couverture Maladie Universelle » ; c'est aussi le cas pour les accidentés du travail et les hospitalisés. Le tiers payant, partiel ou total, se pratique également dans les laboratoires d'analyse, en pharmacie, à l'hôpital et dans les dispensaires pour les soins externes et chez certains médecins pour les examens ou les soins coûteux. Il concerne au total environ 75% des dépenses d'Assurance maladie.

Les différents soins

Soins avec hébergement

Dans le cas de l'hospitalisation, l'Assurance maladie prend en charge les frais d'hospitalisation sur la base d'un prix de journée. Dans le public, tous les frais sont inclus dans le prix de journée. Dans le privé lucratif, les honoraires médicaux sont facturés séparément, ainsi que d'autres éléments (tels que les prothèses, produits sanguins...)

En principe le taux de prise en charge des soins hospitaliers est de 80%, mais il s'élève à 100% dans de nombreux cas, en particulier à partir du 31^e jour d'hospitalisation, lorsque l'hospitalisation s'accompagne d'une intervention chirurgicale d'une certaine importance (appendicectomie par exemple) ou si elle correspond à une maternité. Dans ce cas, la pratique du tiers payant, qui dispense le malade de l'avance de frais, est généralisée, mais les malades doivent acquitter un forfait hôtelier de €10,67 par jour.

Pour les personnes âgées dépendantes résidant en institution, l'Assurance maladie finance, sous forme de forfaits, une partie du coût des soins fournis par l'institution.

Services des praticiens libéraux pour les malades ambulatoires

Les services de médecins (généralistes et spécialistes), dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse... doivent, pour être pris en charge, figurer dans des « nomenclatures » établies conjointement par les représentants de l'Assurance maladie et des professionnels au sein de la Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels.

L'Assurance maladie négocie avec les syndicats représentatifs de chaque catégorie de professionnels, dans le cadre de « Conventions » les tarifs des différentes lettres clés qu'ils sont tenus d'appliquer.

Le taux de remboursement de l'Assurance maladie varie de 70% pour les médecins et les dentistes à 60% pour les auxiliaires médicaux et les analyses (Tableau n°4). Dans le cas des analyses de laboratoire et des services

d'auxiliaires médicaux, la prise en charge est subordonnée à la prescription par un médecin.

Biens médicaux

Pour être pris en charge par l'Assurance maladie, les produits pharmaceutiques doivent être prescrits par des professionnels de santé (médecins, dentistes, sage-femmes) et doivent de plus figurer sur une liste de produits admis au remboursement établie et mise à jour par le Comité Economique des Produits de Santé.

Pour la plupart des médicaments, le taux de remboursement est de 65%. Mais il varie de 100% pour les médicaments irremplaçables ou coûteux, à 35% pour des médicaments considérés comme des « médicaments de confort ». Compte tenu des poids respectifs des différents types de médicaments dans la consommation médicale remboursée et de la part des dépenses remboursées sans ticket modérateur, on peut estimer que le taux moyen de remboursement de la pharmacie prescrite par l'Assurance maladie est de 73%.

Les fournitures et appareillages sont pris en charge s'ils sont inscrits sur une liste (TIPS) fixée par arrêté interministériel. Dans de nombreux cas (lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives...), les prix pratiqués dépassent très largement les tarifs et les taux de prise en charge sont donc particulièrement bas.

Sources complémentaires de financement

Compte tenu des modalités de la prise en charge des dépenses de soins par l'Assurance maladie obligatoire, il existe une différence entre la dépense réelle des consommateurs de soins et les paiements de l'Assurance maladie obligatoire. Ces montants sont assumés soit directement par les malades, soit par les assurances complémentaires auxquelles ils peuvent souscrire à titre facultatif. Ainsi, en 2000, le financement des dépenses totales de consommation de biens et soins médicaux a été assuré à raison de 75,5% par l'Assurance maladie obligatoire, de 12,4% par des organismes d'assurance complémentaire et de 11,1% par les malades eux-mêmes.

Protection complémentaire

Les organismes de protection complémentaire interviennent en général en aval de la protection obligatoire, pour compenser les sommes que l'Assurance maladie n'a pas remboursées aux malades. Ils versent aux malades, en fonction

Tableau 5. Taux de couverture par une protection complémentaire selon la catégorie sociale (hors CMU), 2000 (% de personnes couvertes)

Catégorie	Mutuelles	Caisses de prévoyance	Assurance privée	Ensemble
Agriculteur	42,8	2,2	44,5	89,3
Artisan	43,3	11,9	24,5	82,0
Cadre et profession intellectuelle	50,2	19,7	20,7	93,5
Professions intermédiaire	58,5	15,3	18,4	94,4
Employé administratif	62,1	8,5	10,5	85,2
Employé de commerce	43,4	5,1	14,2	69,2
Ouvrier qualifié	47,9	17,1	14,6	84,0
Ouvrier non qualifié	43,8	11,3	12,8	71,8
Ensemble	50,4	14,0	17,6	85,7

Source: IRDES 2000.

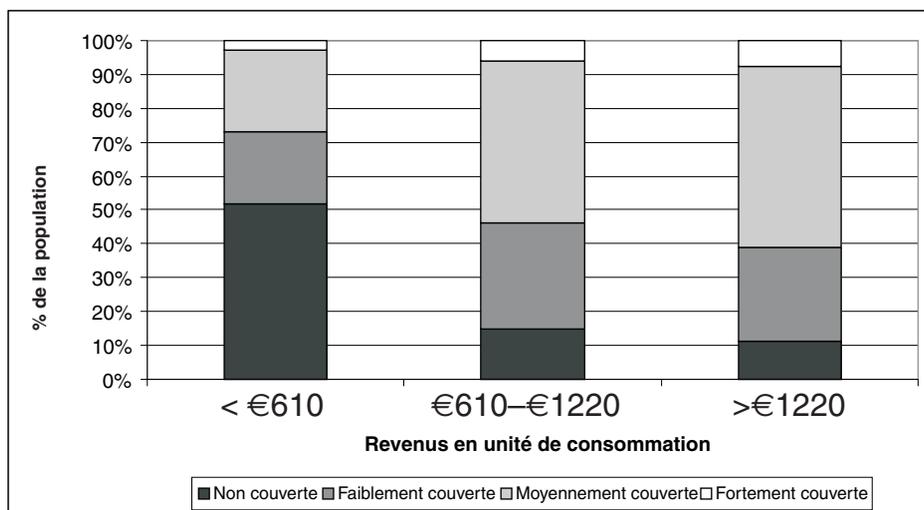
Note : le total peut être différent de la somme des chiffres des trois colonnes, en raison d'une part des couvertures multiples, d'autre part des contrats pour lesquels l'information sur le type de couverture n'est pas connue.

des dispositions de leurs contrats, des montants égaux à la totalité ou à une partie des tickets modérateurs et des dépassements de tarifs, calculés en tenant compte, par exemple, d'éventuels plafonds ou franchises ou de coefficients multiplicateurs appliqués aux tarifs de base.

La protection complémentaire est assurée par trois types d'organismes : les mutuelles, les compagnies d'assurance privées et les institutions de prévoyance. Les mutuelles sont des groupements à but non lucratif dont l'État assure le contrôle juridique et financier conformément au code de la Mutualité ; les compagnies d'assurance sont des entreprises commerciales régies par le Code des Assurances ; les Institutions de prévoyance sont gérées paritairement par les syndicats de salariés et des employeurs et régies par le Code de la Sécurité sociale.

La protection complémentaire s'est fortement développée au cours des dernières années, à la faveur d'une demande plus exigeante en matière de couverture et à cause de la lente mais significative érosion du taux de remboursement pris en charge par l'assurance obligatoire ; alors que la protection complémentaire concernait une personne sur trois en 1960 et une personne sur deux en 1970, en 2000, 86% de la population y avait recours et elle couvrait 12,4% des dépenses de consommation de soins. Ces proportions sont maintenant supérieures puisque depuis le 1^{er} janvier 2000 la protection complémentaire a été étendue aux personnes à faibles revenus dans le cadre de la CMU. La CMU complémentaire concerne en effet, au 31 décembre 2001,

Fig. 4. Qualité de la couverture complémentaire selon le revenu



Source: Bocognano et al. 2000.

4,3 millions de bénéficiaires qui, en raison de leurs faibles ressources (moins de €550 par mois pour une personne) peuvent accéder aux soins gratuitement et sans avance de frais.

Dans moins de la moitié des cas (43%), l'affiliation à un organisme de protection complémentaire résulte d'une démarche individuelle mais, le plus souvent, elle est obtenue – ou exigée – dans le cadre de l'activité professionnelle, l'entreprise souscrivant un contrat collectif auprès d'un organisme assureur pour la totalité de ses salariés ou pour l'ensemble d'une catégorie professionnelle.

De façon générale, le taux de protection par une couverture complémentaire est lié à des facteurs d'activité : les actifs et les retraités sont plus souvent protégés que les chômeurs ou les autres inactifs ; les ouvriers non qualifiés sont moins souvent protégés que les cadres ou les employés (cf. Tableau n°5).

La qualité de la couverture complémentaire varie également en fonction de la catégorie sociale et du niveau des revenus (cf. Fig. 4).

Les Mutuelles jouent un rôle prépondérant : elles assurent 59% de l'ensemble des contrats de couverture complémentaire et financent 7,5% des dépenses de consommation médicale, tandis que les assurances privées regroupent 21% des contrats et financent 2,8% des dépenses de santé ; les Institutions de

prévoyance, avec 16% des contrats contribuent pour 2,1% au financement des dépenses médicales.

La clientèle des trois types d'organismes varie selon l'âge et la catégorie sociale ; les mutuelles attirent une clientèle relativement plus âgée et plus féminine, les employés et les professions intermédiaires y sont surreprésentés ; les agriculteurs et les professions indépendantes ont davantage recours aux assurances privées tandis que les ouvriers non qualifiés, comme les cadres supérieurs, s'adressent davantage aux institutions de prévoyance (cf. Tableau n°5).

Les politiques de prise en charge des organismes de protection complémentaire sont très dépendantes des politiques des organismes de protection obligatoire concernant le champ et les taux de couverture. Leur place dans le financement des dépenses de consommation médicale varie selon le type de soins et est inversement proportionnelle au taux de couverture pratiqué par l'Assurance maladie obligatoire ; en 2000, elle était de 3,7% pour l'hospitalisation, mais beaucoup plus forte pour la lunetterie et les prothèses (21,9%), pour la pharmacie (18,6%) et pour les soins dentaires (35,9%) (cf. Tableau n°9).

Les paiements directs par les consommateurs de soins

Les ménages interviennent doublement dans le financement des soins médicaux : en avançant les frais lors du règlement des prestataires de soins et parce que la prise en charge par l'ensemble des organismes collectifs de financement ne concerne que rarement la totalité de leurs dépenses de soins.

Les malades assument donc directement la part des dépenses de biens et services médicaux non couverts (pharmacie sans ordonnance, certains examens biologiques par exemple) et d'autre part, la différence entre les sommes engagées et les sommes remboursées. En 2000, le financement par les seuls consommateurs de soins représentait 11,1% de la dépense totale de biens et services médicaux, avec une proportion nettement plus importante pour la lunetterie-orthopédie (35,7%), les soins dentaires (28,7%) et la pharmacie (17,9%) que pour les dépenses hospitalières (5,2%) (cf. Tableau n°9). Par contre, lorsque l'on considère la valeur absolue des montants globaux à la charge des malades, c'est la pharmacie qui arrive en tête (€4,4 milliards en 2000) suivie de l'hospitalisation (€2,9 milliards) devant les prothèses (2,3) et les soins dentaires (1,8). Ces chiffres, rapprochés du pourcentage de consommateurs pour chaque type de soins, permettent de conclure que c'est pour l'hospitalisation que les malades (3,2% de la population en trois mois) dépensent directement le plus en moyenne.

Dépenses de santé

Présentation générale : année 2000

Les dépenses de santé donnent lieu annuellement à une évaluation validée par la Commission des comptes de la santé. La valeur totale des dépenses de santé, quel que soit le payeur (dépense nationale de santé), résume en un seul chiffre le volume des recours aux soins et des prescriptions médicales ainsi que les prix de chacun des biens et services médicaux acquis en une année. Remarquons cependant qu'une partie des dépenses de soins délivrés dans les institutions pour personnes âgées ou handicapées n'est pas évaluée dans les comptes de la santé.

En 2000, la dépense nationale de santé en France a été estimée à 922,5 milliards de Francs (€140,6 milliards), soit 10% du Produit intérieur brut (cf. Tableau 6). La consommation de soins et biens médicaux constitue la majeure partie de cet agrégat qui comprend en outre la prévention (2,4%), le fonctionnement de la recherche (4%), de l'enseignement (0,5%) et de l'administration sanitaire (1,7%). Les seules dépenses de consommation de biens et services médicaux, soit 86,9% de la dépense nationale de santé, ont représenté 801,6 milliards de Francs (€122,2 milliards).

Tableau 6. Évolution de la dépense nationale de santé, 1970–2000

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Valeur à prix courants (Milliards de F)	49	226	605	785	798	812	842	871	923
– en % du PIB	6,2	8,1	9,1	10,1	10,1	9,9	9,9	9,9	10,0
– par personne(F courants)	974	4212	10405	13218	13441	13632	14057	14544	15225
Indice de la valeur (à prix relatifs) ^a	33,2	59,8	85,6	100,0	100,6	101,1	103,6	107,1	111,7
Part du financement public (%)	78,5	80,2	77,8	77,2	77,2	77,3	77,2	77,2	77,2

Source : IRDES/DREES 2001.

Note : Période 1970–1989 : Comptes de la santé, base 1980 ; depuis 1990 : Comptes de la santé base 1995. ^a Valeur déflaté par l'indice de prix du PIB.

Toujours en 2000, la dépense nationale de santé était financée pour 72,8% par la Sécurité sociale, pour 9,7% par les ménages, 4,3% par l'État et les collectivités locales, 13,1% par différents organismes de protection collective complémentaire (7,5% des mutuelles, 2,8% des assurances privées et 2,1% des institutions de prévoyance) (cf. Tableau 9).

Tableau 7. Le financement des différents types de soins médicaux, 2000

	€ (millions)	Structure par type de soins (%)	Sécurité sociale	État et coll. locales	Mutuelles	Instituts de pré- voyance	Assurances privées	Ménages
Ensemble des soins et biens médicaux	122 197	100,0	75,5	1,1	7,5	2,1	2,8	11,1
Hôpitaux et sections de cure médicalisées	56 821	46,5	90,1	1,0	2,3	0,7	0,7	5,2
– Hôpitaux publics	44 286	36,2	91,1	1,2	1,4	0,4	0,5	5,4
– Hôpitaux privés	10 679	8,7	84,1	0,5	6,7	1,7	1,7	5,3
Soins ambulatoires	31 861	26,1	65,8	1,2	12,7	3,6	5,1	11,7
– Cabinets de médecins	15 324	12,5	74,2	1,4	12,5	3,1	4,8	4,0
– Cabinets d’auxiliaires	6 465	5,3	78,9	1,0	6,0	0,9	2,4	10,8
– Cabinets de dentistes	6 430	5,3	34,7	0,6	20,0	7,5	8,4	28,7
– Laboratoires d’analyses	2 789	2,3	72,9	1,3	13,6	3,3	6,1	2,7
– Établissements thermaux	853	0,7	25,1	1,3	9,1	2,7	1,8	60,0
Transports	1 873	1,5	94,5	0,1	1,6	0,3	0,7	2,8
Biens médicaux	31 642	25,9	58,1	1,0	11,7	3,3	4,2	21,6
– Médicaments	25 069	20,5	62,4	1,2	11,6	2,8	4,2	17,9
– Autres biens médicaux	6 573	5,4	42,0	0,3	12,2	5,2	4,5	35,7

Source : IRDES/DREES 2001

Lorsqu’on se restreint aux seules dépenses de soins et de biens médicaux, ces pourcentages deviennent respectivement 75,5% pour la Sécurité sociale, 1,1% pour le secteur public, 7,5% pour les mutuelles, 11,1% pour les ménages, 2,8% pour les sociétés d’assurance et 2,1% pour les sociétés de prévoyance (cf. Tableau 7). Remarquons cependant que si les dépenses de l’État, de la sécurité sociale et des complémentaires sont relativement bien connues, l’évaluation des dépenses à la charge des ménages (dépenses non couvertes, dépassements) est plus incertaine et probablement sous-estimée.

Par type de services, les dépenses totales de soins et biens médicaux se répartissaient en :

- 46,5% pour les soins aux malades hébergés dans des structures de soins dont 45,0% pour les soins hospitaliers dans le secteur public et le secteur privé et 1,5 % pour l’ensemble des soins dispensés en établissements d’hébergement pour personnes âgées ;

- 26,1% en services aux malades ambulatoires (dont 12,5% pour les services de médecins, 5,3% pour les services de dentistes, 5,2% pour les services d'auxiliaires médicaux, 2,3% pour les analyses de laboratoire et 0,8% pour les cures) ;
- 20,5% pour les médicaments et 5,4% pour les autres biens médicaux : pansements et petits matériels, optique, orthopédie...

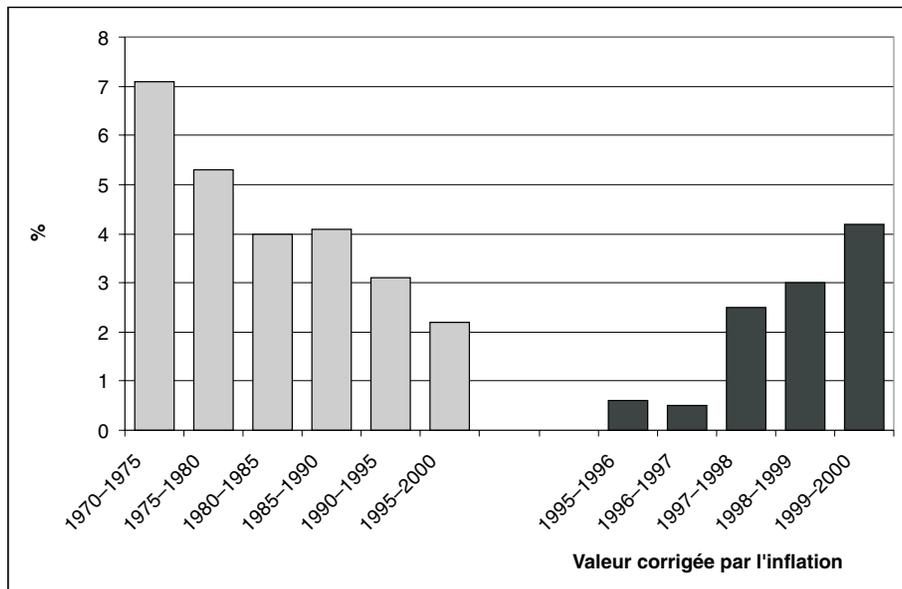
Plusieurs arguments sont mis en avant pour justifier que la maîtrise des dépenses de santé soit au cœur des projets de réforme des systèmes de santé.

Comme dans de nombreux pays, en France, les dépenses de santé ont longtemps augmenté plus rapidement que la richesse nationale, sauf entre 1997 et 1999.

Selon les estimations publiées par l'OCDE en 1998, la France occupe le 11^{ème} rang concernant les dépenses de santé par personne et le 4^{ème} rang pour la part des dépenses de santé dans le Produit intérieur brut. Elle se situe au-dessus de la courbe de régression qui rend compte de la relation moyenne entre la richesse d'un pays et le montant des dépenses de santé par personne. Compte tenu de sa richesse, la France dépense donc relativement plus pour la santé que les autres pays de l'OCDE.

L'évolution des dépenses de santé résulte à la fois de la croissance du volume

Fig. 5. Consommation de biens et services médicaux. Taux d'accroissement annuel moyen de la valeur relative, par période, 1970–2000



Source : IRDES/DREES 2001.

Tableau 8. Répartition (%) des dépenses de soins et biens médicaux par type de soins, 1970–2000

Types de soins	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Soins avec hébergement	41,9	53,0	49,7	49,2	49,3	49,0	48,2	47,3	46,4
– Public ^a	30,3	41,2	38,0	38,4	38,4	38,1	38,2	37,8	37,3
– Privé	11,6	11,7	11,6	10,8	10,9	10,9	10,0	9,5	9,1
Service médicaux ambulatoires	29,0	26,3	27,4	26,5	26,5	26,4	26,5	26,4	26,1
– Médecins libéraux	15,0	11,9	12,8	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7	12,5
– Dentistes libéraux	7,3	6,9	6,1	5,6	5,7	5,7	5,6	5,5	5,3
– Auxiliaires libéraux	3,0	2,8	4,9	5,1	5,2	5,0	5,1	5,2	5,3
– Laboratoires d'analyse	2,5	2,5	2,7	2,3	2,2	2,0	2,2	2,3	2,3
Biens médicaux	28,0	19,4	21,6	22,9	22,9	23,2	23,9	24,9	25,9
– Médicaments	25,9	17,5	17,9	18,7	18,6	18,8	19,3	19,8	20,5
Transports de malades	0,7	1,0	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4	1,5	1,5
Dépenses de soins et biens médicaux	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : IRDES/DREES 2001.

^a Ici, le secteur public englobe les établissements publics et les établissements privés participant au service hospitalier public.

des différents soins et de leurs prix respectifs, eux-mêmes liés à l'inflation générale et aux spécificités des modes de production. L'indice qui rend compte de la progression du prix des soins médicaux a évolué dans l'ensemble à un rythme voisin de celui de l'indice général des prix, avec une compensation entre les prix relatifs des différents soins : croissance plus rapide des prix hospitaliers et plus lente des prix pharmaceutiques.

Globalement (cf. Fig. 5), la progression des dépenses de santé en valeur relative, c'est-à-dire corrigée de l'inflation, a ralenti au cours des vingt-cinq dernières années, avant de reprendre au cours des trois dernières années, avec le retour d'une croissance économique plus soutenue.

Les dépenses correspondant à chaque type de soins ont connu des évolutions différentes et la structure des dépenses totales de santé s'est donc modifiée au cours du temps (cf. Tableau 8).

Jusqu'au début des années quatre-vingt, c'est la part du secteur des soins hospitaliers qui a augmenté, alors qu'elle diminue régulièrement depuis. Ce mouvement, que l'on retrouve dans de nombreux pays, ne reflète pas uniquement la politique française de contrôle des budgets hospitaliers, mais aussi les évolutions techniques propices au développement des traitements ambulatoires.

Pour les biens médicaux, on observe un mouvement inverse à celui de l'hospitalisation : en 2000, leur part est égale à un quart de l'ensemble des

Tableau 9. Évolution des principales sources de financement de la dépense nationale de santé 1970–2000

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Public	78,5	80,2	77,9	77,2	77,1	77,2	77,2	77,4	77,1
– Sécurité sociale	69,3	74,3	73,7	73,0	72,9	72,9	72,9	73,0	72,8
– État et collectivités	9,2	5,9	4,2	4,2	4,2	4,3	4,3	4,4	4,3
Privé	21,5	19,8	22,1	22,8	22,9	22,8	22,8	22,6	22,9
– Ménages				10,6	10,1	10,0	9,8	9,6	9,7
– Mutuelles et assurances				12,2	12,6	12,8	13,0	13,0	13,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : IRDES/DREES 2001.

Note : Avant 1995, les dépenses des assurances privées n'étaient pas isolées dans les comptes de la santé.

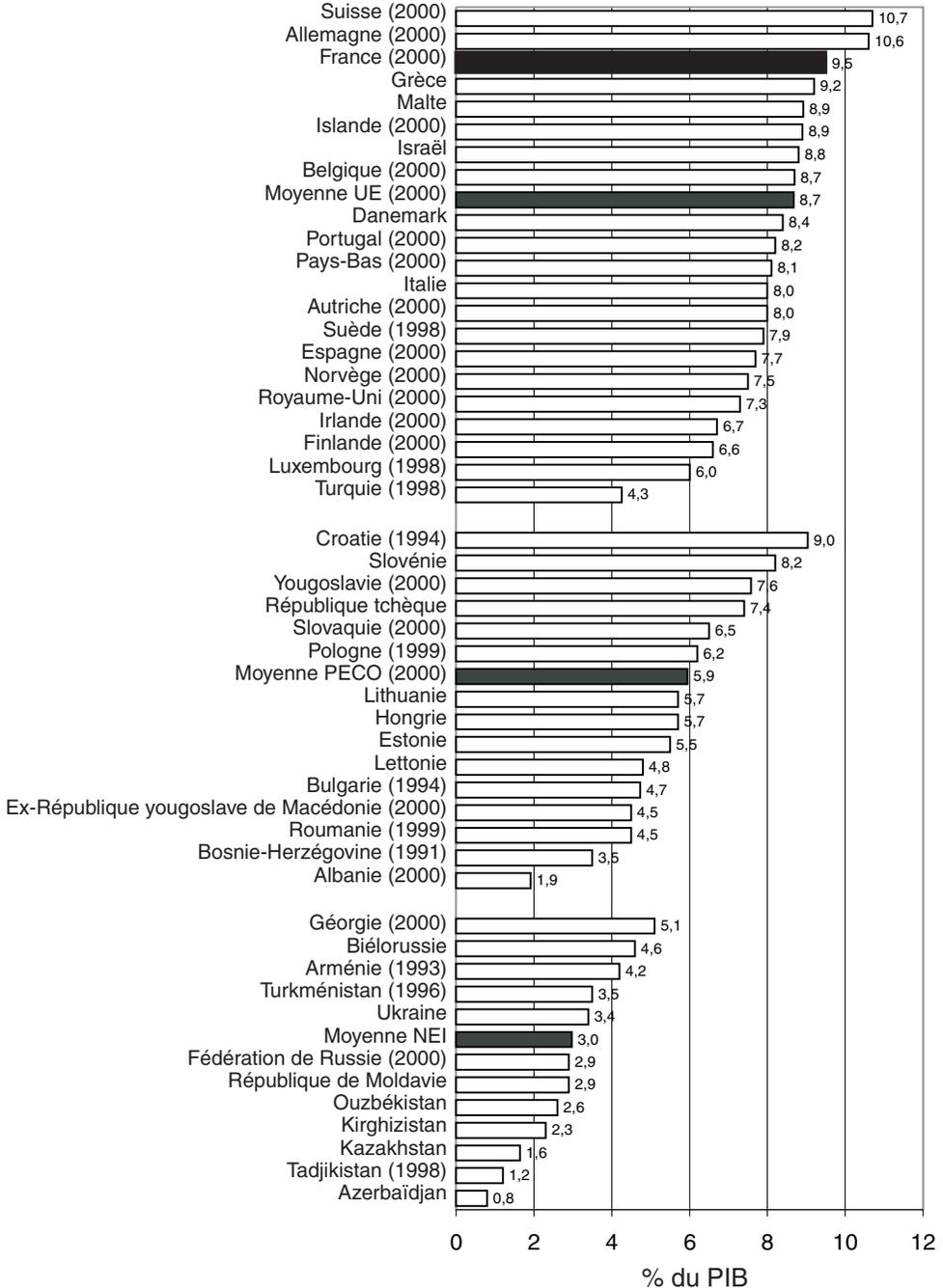
dépenses de soins et biens médicaux alors qu'elle n'était que de 19,4% en 1980 mais atteignait 28% en 1970. Ces mouvements reflètent à la fois le rôle croissant de la pharmacie dans la substitution à des soins hospitaliers et l'innovation technologique, avec l'introduction de nombreux médicaments efficaces, mais coûteux.

La part des services médicaux ambulatoires est, quant à elle, relativement stable.

Les modifications dans la répartition du financement traduisent les changements intervenus dans les règles de la couverture des soins. D'une part, l'État a transféré à l'Assurance maladie un certain nombre de dépenses. D'autre part, le taux de couverture par l'Assurance maladie a baissé (augmentation du ticket modérateur), laissant une place plus grande aux organismes de couverture complémentaire.

Les statistiques concernant l'évolution des dépenses de santé et de leur financement sont trop souvent récupérées par le discours politique, au point parfois d'en occulter la finalité et les difficultés que soulève leur financement.

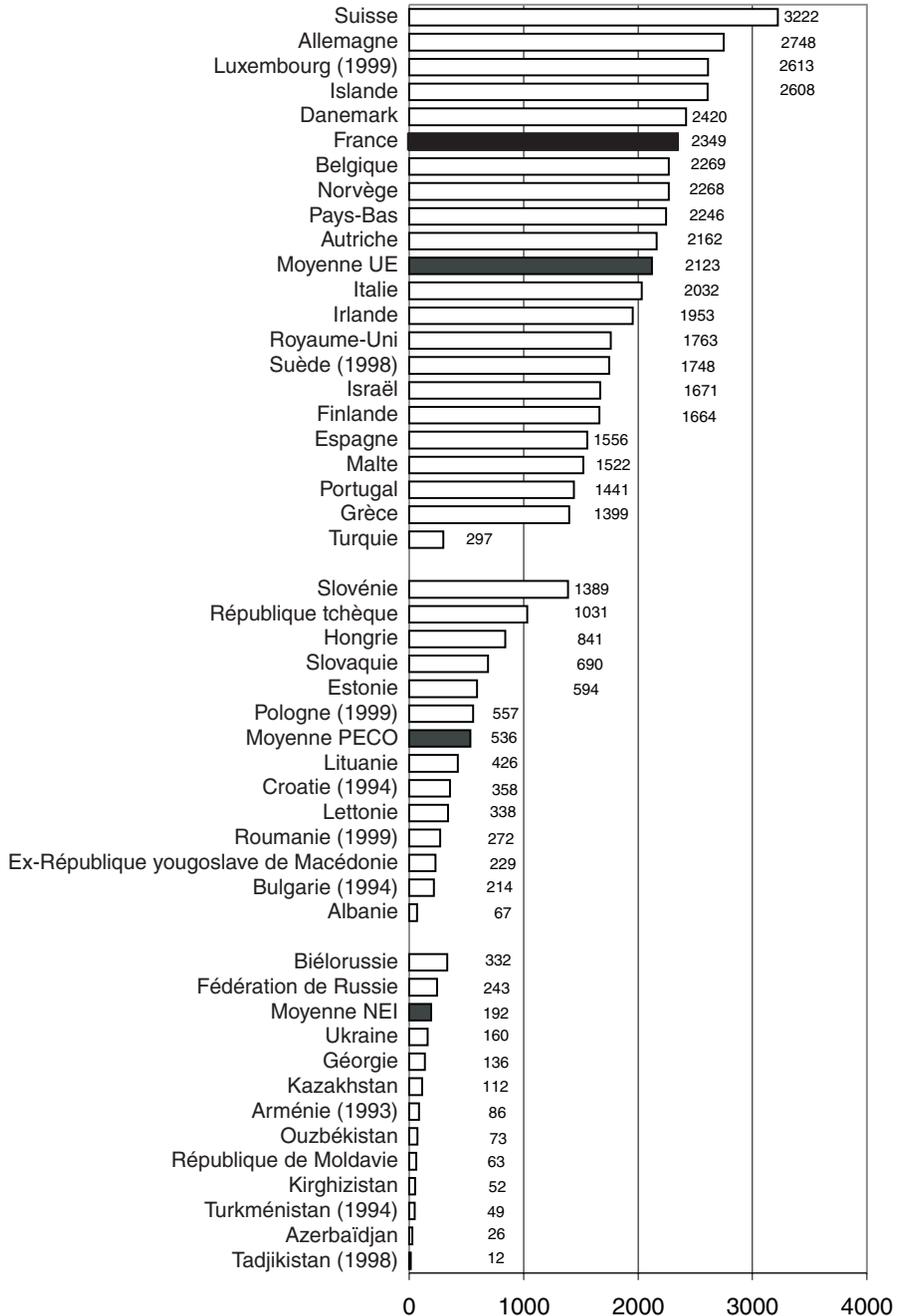
Fig. 6. Part des dépenses totales de santé dans le PIB (%) pour la région OMS-Europe, 2001 ou dernière année disponible (entre parenthèses)



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

NEI : Nouveaux états indépendants; PECO : Pays d'Europe centrale et orientale; UE : Union européenne.

Fig. 7. Dépenses de santé par personne en parité de pouvoir d'achat (\$) dans la région OMS-Europe, 2000 (ou dernière année disponible)

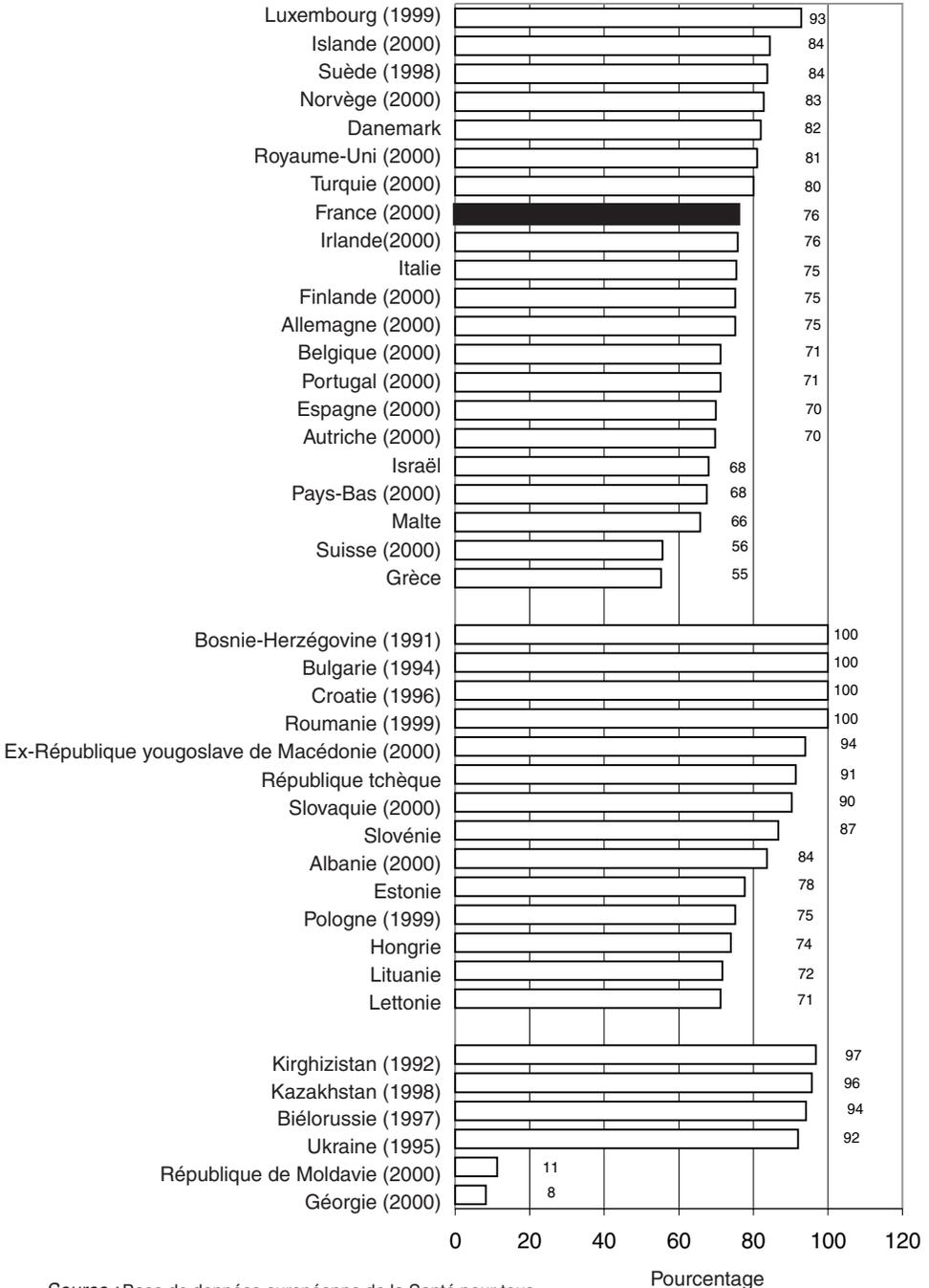


Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

US \$PPP

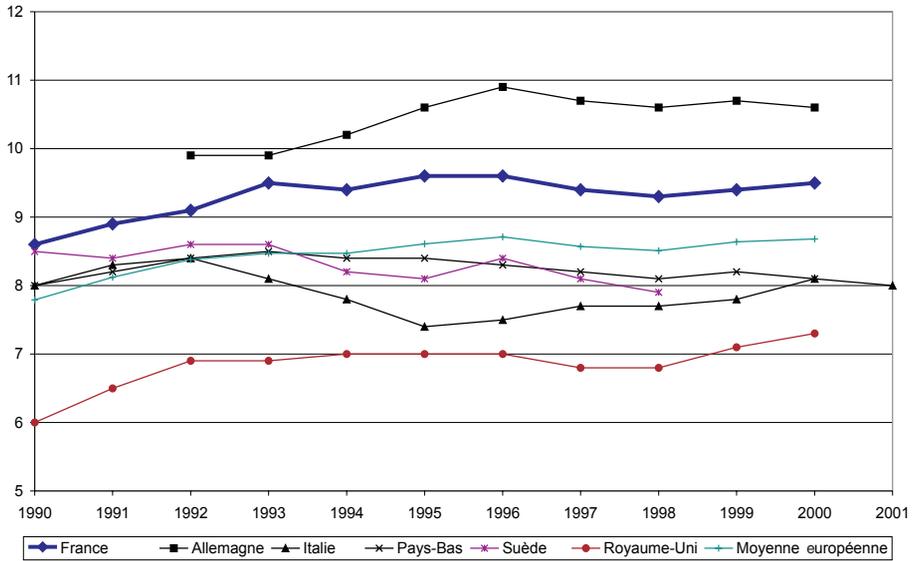
NEI : Nouveaux états indépendants; PECO : Pays d'Europe centrale et orientale; UE : Union européenne.

Fig. 8. Part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé (%) dans les pays de la région OMS-Europe, 2001 (ou dernière année disponible)



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

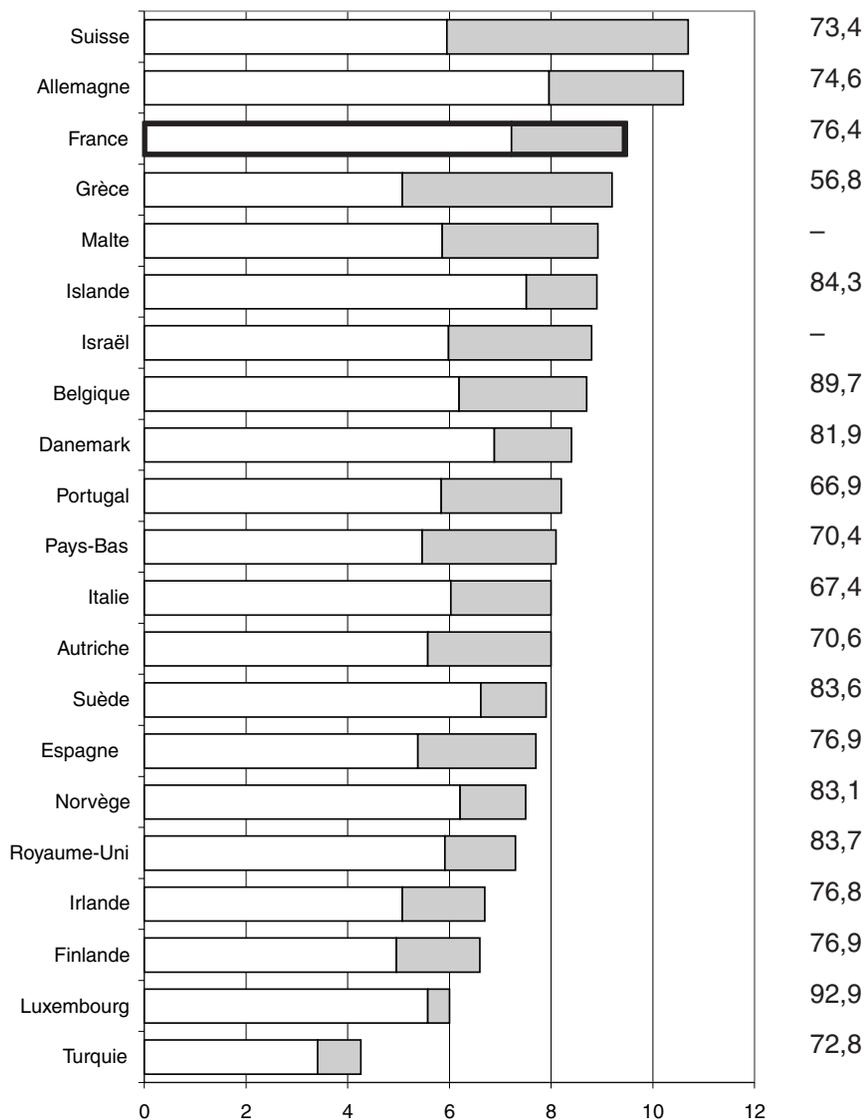
Fig. 9. Trends in total expenditure on health care as a percentage of GDP in France and selected countries, 1990–2001



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

Fig. 10. Part des dépenses totales et des dépenses publiques de santé dans le Produit intérieur brut (%) – 1998

Part des dépenses publiques de santé dans les dépenses totales de santé 1998



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous; OCDE (dans ECO-SANTE OCDE 2000, IRDES, OCDE).

Organisation des services de santé

Services de santé publique

La politique et les pratiques de santé publique françaises sont assez complexes à décrire parce qu'elles impliquent un très grand nombre d'acteurs et de financeurs. De plus, et particulièrement dans le domaine de la prévention individuelle, il existe un réel décalage entre les textes qui attribuent des rôles et responsabilités aux différents intervenants, souvent les collectivités locales, et la pratique qui repose en grande partie sur les médecins libéraux ou les établissements de santé.¹⁶

L'État, conseillé par des agences spécialisées, émet l'essentiel de la réglementation concernant l'environnement. Légalement, les services municipaux sont les garants, au sein de leur commune, du contrôle et de l'assainissement des eaux, de la lutte contre la pollution atmosphérique, l'élimination des déchets, la protection contre les rayons ionisants, la lutte contre le bruit, l'hygiène de l'habitat, l'hygiène alimentaire et industrielle. Toutefois, toutes les communes ne disposent pas des moyens nécessaires pour remplir ces missions ; elles sont alors secondées par les Directions des affaires sanitaires et sociales agissant au niveau régional (DRASS) ou départemental (DDASS).

Le dispositif de gestion des risques sanitaires a été largement renforcé par la loi du 1^{er} juillet 1998, qui a créé trois organismes, établissements publics placés sous tutelle ministérielle. L'*Agence française de sécurité sanitaire des aliments* (AFSSA) a pour missions d'évaluer les risques nutritionnels et sanitaires des aliments et de mener des activités de recherche dans ces domaines. Elle est également responsable de la mise sur le marché des médicaments vétérinaires.

¹⁶ Ceci est à mettre en rapport avec la séparation historique entre les soins, responsabilité de l'Assurance maladie, et la prévention et la santé publique relevant de l'État.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) est en charge de l'évaluation scientifique et médico-économique de l'ensemble des produits de santé. Pour les médicaments, comme pour les dispositifs médicaux, elle est également chargée du contrôle de la fabrication et de la publicité, ainsi que de l'information des professionnels et du public.

L'Institut de veille sanitaire (InVS) assure la surveillance de l'état de santé de la population et son évolution. Il est à ce titre chargé de détecter les menaces pour la santé publique et d'en informer les pouvoirs publics, de rassembler, analyser et valoriser les connaissances sur les risques sanitaires et de participer au recueil de données épidémiologiques. Son champ de compétence concerne les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé au travail et les maladies chroniques (surveillance des cancers...).

La politique vaccinale est établie par la Direction Générale de la santé du Ministère, sur avis du Comité technique des vaccinations, et après consultation du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Un certain nombre de vaccins sont obligatoires, d'autres sont recommandés.¹⁷ Les départements ont l'obligation de proposer la vaccination gratuite contre la tuberculose dans leurs services. Cependant, la quasi-totalité des vaccinations est effectuée en secteur libéral. Il semble d'ailleurs que ce mode de fonctionnement ait pour résultat un taux de couverture vaccinale relativement faible pour les vaccins recommandés (83 % à l'âge de deux ans pour la rougeole) par rapport aux pays proposant plus systématiquement la vaccination au sein de structures publiques. Les vaccins obligatoires et recommandés sont pris en charge par l'Assurance maladie.

La protection de la mère et de l'enfant repose, pour la partie médicale pré et postnatale, sur l'Assurance maladie, qui prend totalement en charge le suivi médical de la grossesse et des nourrissons. Ce suivi peut être assuré par des médecins libéraux ou les établissements de santé. L'accompagnement médico-social de l'enfance est assuré par les services de Protection maternelle et infantile (PMI) des départements qui prennent en charge le suivi de la santé des enfants, en accordant une attention particulière aux familles en difficulté. Ces services sont chargés des consultations et actions de prévention médico-sociale pour les enfants de moins de 6 ans et de la diffusion du carnet de santé des enfants.

Enfin, le ministère de l'Éducation nationale gère des services de santé scolaire, intervenant systématiquement dans les écoles.

La prévention et le dépistage des maladies sexuellement transmissibles relèvent des Conseils généraux, qui doivent mettre en place un dispositif de

¹⁷ Vaccinations obligatoires : Tétanos diphtérie poliomyélite avant 18 mois ; BCG avant l'entrée en collectivité (crèche ou école) ; vaccins supplémentaires pour les professions à risque. Vaccinations recommandées : rougeole oreillons rubéole, méningite Hib.

dépistage anonyme et gratuit pour certaines d'entre elles. Pour le SIDA, ce dispositif est cofinancé par l'Assurance maladie.

Le département est aussi légalement chargé du dépistage précoce des affections cancéreuses, mais, concrètement, ces missions ne sont que marginalement assurées par les services départementaux. Ce sont essentiellement les médecins libéraux qui réalisent les dépistages. Depuis quelques années cependant, des campagnes de dépistage systématique sont organisées pour des populations cibles. Jusqu'à présent limités à certaines régions, le dépistage du cancer du sein (mammographie tous les deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans) et celui du cancer du côlon (hémoculte après 50 ans) seront étendus à l'ensemble du territoire – il l'est depuis 2002 pour le premier. Un nouveau plan cancer, de grande envergure, a été engagé en 2003 et un Institut National du Cancer doit être créé pour piloter cette nouvelle politique par la Loi relative à la santé publique.

Dans tous ces domaines de prévention et dépistage, les Conseils généraux se sont engagés de manière très inégale, allant d'un service minimal à des actions et campagnes de prévention très actives.

La lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie fait partie des missions départementales, mais une grande partie de la prévention individuelle, primaire et secondaire est assurée par les médecins libéraux et les établissements de santé ou par des associations.

Il faut noter enfin que dans environ 200 communes de taille importante, les services communaux d'hygiène ont multiplié leurs interventions dans les domaines de la vaccination, de la promotion de la santé et de la lutte contre les dépendances (alcool, toxicomanie).

Dans le domaine de la prévention individuelle, la Caisse nationale d'Assurance maladie propose, en priorité aux personnes en situation précaire, des examens de santé.

L'État, les organismes de sécurité sociale et les entreprises définissent les politiques de prévention des risques professionnels en s'appuyant sur les études et les expertises de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, celles de l'Institut national de recherche et de sécurité, ainsi que celles d'organismes spécialisés. Sur le terrain, la prévention des risques professionnels implique trois types d'intervenants :

- Les services d'*inspection du travail*, services décentralisés du ministère chargé de l'emploi, s'occupent de faire appliquer la réglementation concernant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail. Au sein de l'entreprise, l'employeur est responsable du respect de ces règles ; les

Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, qui représentent les salariés des grandes entreprises, analysent les risques professionnels et donnent leur avis sur l'organisation du travail et son environnement.

- La *branche* « accidents du travail - maladies professionnelles » de la Caisse nationale d'Assurance maladie est chargée de l'indemnisation des victimes.
- Les services de *médecine du travail* sont chargés de la surveillance médicale des travailleurs, qui doit être systématique, de la prévention dans les entreprises et de l'adaptation des conditions de travail à l'homme. En 2000, près de 6500 médecins exerçaient dans les 1327 services de médecine du travail. Ces services peuvent être propres à l'entreprise, si elle est de grande taille, ou communs à plusieurs entreprises de taille plus modeste.

La promotion et l'éducation pour la santé font intervenir un grand nombre d'acteurs.

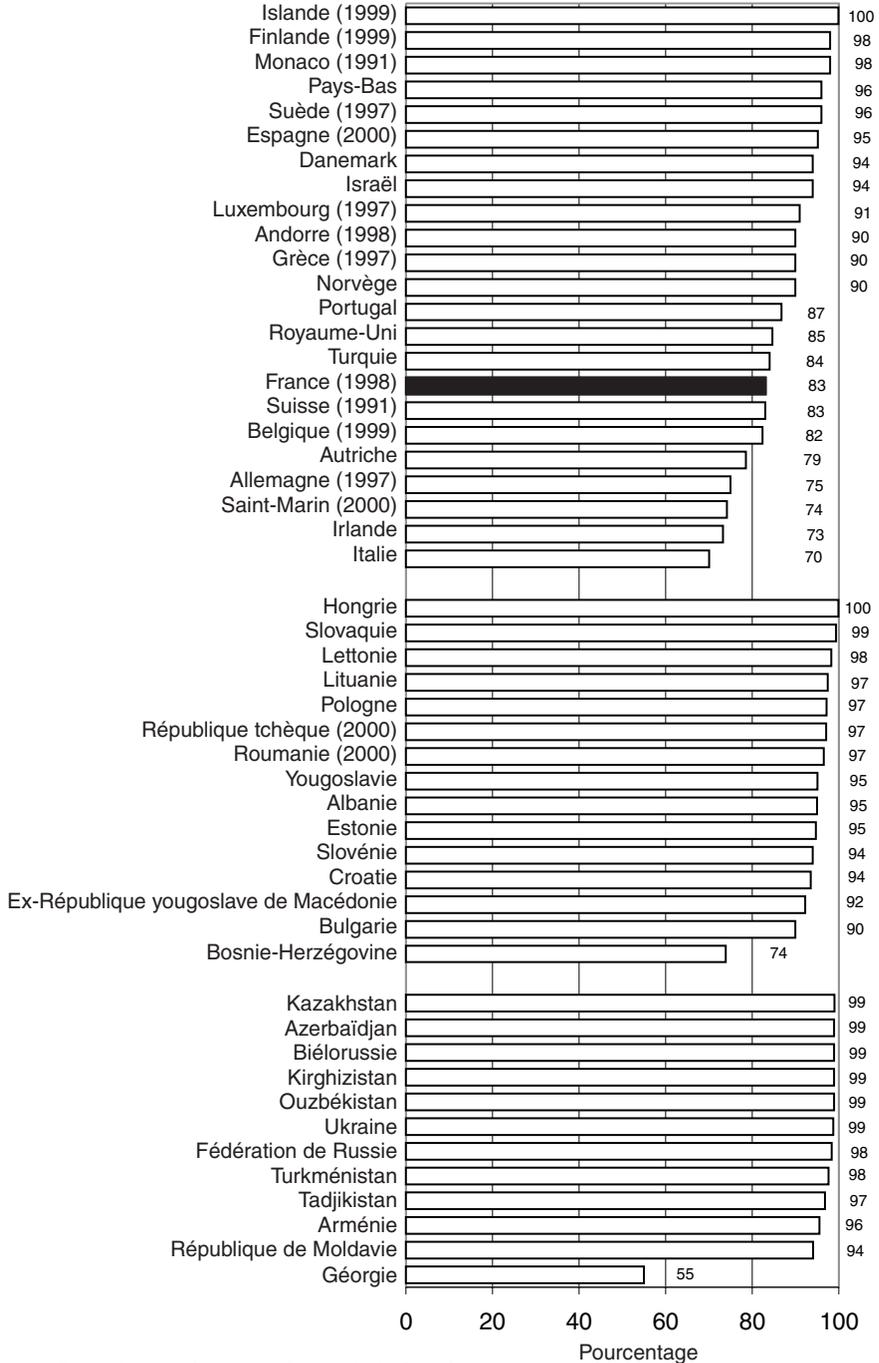
Dans le secteur public, le ministère organise des campagnes au niveau national alors que les DRASS élaborent des programmes d'action régionaux. Les DDASS sont chargées de la prévention en matière d'hygiène mentale, d'alcoolisme et de SIDA. L'*Institut national de prévention et d'éducation pour la santé* (anciennement Comité français d'éducation pour la santé-CFES) définit des programmes de prévention sur l'ensemble du territoire; il est relayé par 117 comités régionaux ou départementaux qui mènent des actions sur le terrain. Le *Haut comité de santé publique*, créé en 1991 au sein du ministère chargé de la santé, a pour missions de développer l'observation de l'état de santé et de présenter un rapport annuel devant la Conférence nationale de santé et le Parlement. L'Assurance maladie est le principal promoteur de la prévention des accidents domestiques. Le ministère des Transports organise la prévention des accidents de la route.

La nécessité de renforcer les programmes et les actions de santé publique en France est apparue dans les années 1990. Des priorités de santé publique, définies au sein des conférences régionales de santé, donnent lieu à la mise en place de programmes d'actions régionaux.

Au total, le secteur de la prévention et de la promotion de la santé est caractérisé par la multiplicité des financements, l'entrecroisement des responsabilités et la dispersion des acteurs, ce qui ne favorise pas une efficacité globale.

Le projet de Loi relatif à la santé publique, en discussion au Parlement à l'automne 2003, a pour objet d'imposer une politique de santé publique plus ambitieuse et plus performante. Il prévoit la définition d'une centaine d'objectifs définis pour une période de cinq ans, dont l'atteinte devrait être assurée grâce à

Fig. 11. Taux d'immunisation contre la rougeole dans la région OMS-Europe, 2001 (ou dernière année disponible)



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

cinq plans nationaux développés entre 2004 et 2008 : la lutte contre le cancer ; la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ; la santé et l'environnement ; la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares. La loi prévoit également de clarifier les rôles des différents intervenants en renforçant les compétences du niveau régional par la création de groupements d'intérêt public rassemblant tous les acteurs impliqués dans chaque région. Elle contient enfin de nombreuses dispositions donnant un rôle plus important à la prévention systématique. La loi devrait être définitivement adoptée au printemps 2004.

Soins ambulatoires primaires et secondaires

La distribution de l'offre des soins

Les soins de santé primaires et secondaires ne nécessitant pas d'hospitalisation sont généralement dispensés par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux exerçant au sein de cabinets privés et, dans une moindre mesure, par les hôpitaux et les dispensaires.

Les soins et examens « externes » réalisés au sein des hôpitaux représentent près de 15 % du total des consultations. Environ un millier de dispensaires, généralement gérés par des municipalités ou des mutuelles, ainsi que quelques associations délivrant gratuitement des soins aux populations défavorisées, interviennent plus marginalement dans la délivrance de soins ambulatoires.

La quasi-totalité des praticiens ayant une activité libérale exercent dans le cadre de Conventions nationales,¹⁸ signées par les représentants des professionnels et les Caisses d'Assurance maladie. Ces conventions, signées pour 4 ou 5 ans, comportent un certain nombre de dispositions sur les conditions d'exercice des professionnels et, dans une annexe, les tarifs que sont tenus de respecter les praticiens adhérant à la convention.

En général, le patient paie le praticien et est ensuite remboursé par l'Assurance maladie d'un montant égal au taux de prise en charge appliqué au tarif conventionnel.

La consultation médicale courante

Les soins médicaux sont essentiellement assurés par des médecins, généralistes et spécialistes, dans un cadre libéral. Ceux-ci exercent le plus souvent seuls.

¹⁸ Un médecin peut choisir de ne pas exercer dans le cadre de la convention. Dans ce cas, il est libre de fixer librement le prix de ses services, mais les patients qu'il reçoit ne sont quasiment pas remboursés par l'Assurance maladie. Actuellement, seulement 0,5% des médecins libéraux ont fait ce choix.

L'exercice au sein de cabinets collectifs ne concerne que 38% des médecins, généralistes à la recherche d'une meilleure gestion du temps, ou spécialistes dont l'activité nécessite un plateau technique important.

La convention des médecins prévoit que ceux-ci peuvent dans certains cas, contrairement aux autres professions, facturer des prix supérieurs aux tarifs conventionnels. 15% des généralistes et 35% des spécialistes exercent ainsi en « secteur 2 ». Ouverte au moment de son introduction, en 1980, à l'ensemble des médecins, cette possibilité a été ensuite accordée sur des critères de qualification.

L'activité des généralistes se décompose en 25% de consultations à domicile et 75% en cabinet. En une année, un généraliste reçoit en moyenne 1400 patients différents et effectue environ 4800 consultations et visites. Les Français ont en moyenne 4,7 contacts par an avec un ou plusieurs médecins généralistes.

L'activité ambulatoire libérale des spécialistes est plus difficile à décrire car elle varie beaucoup selon les spécialités. Les consultations constituent 55% des actes de spécialistes, qui se composent par ailleurs d'interventions chirurgicales ou d'examens.

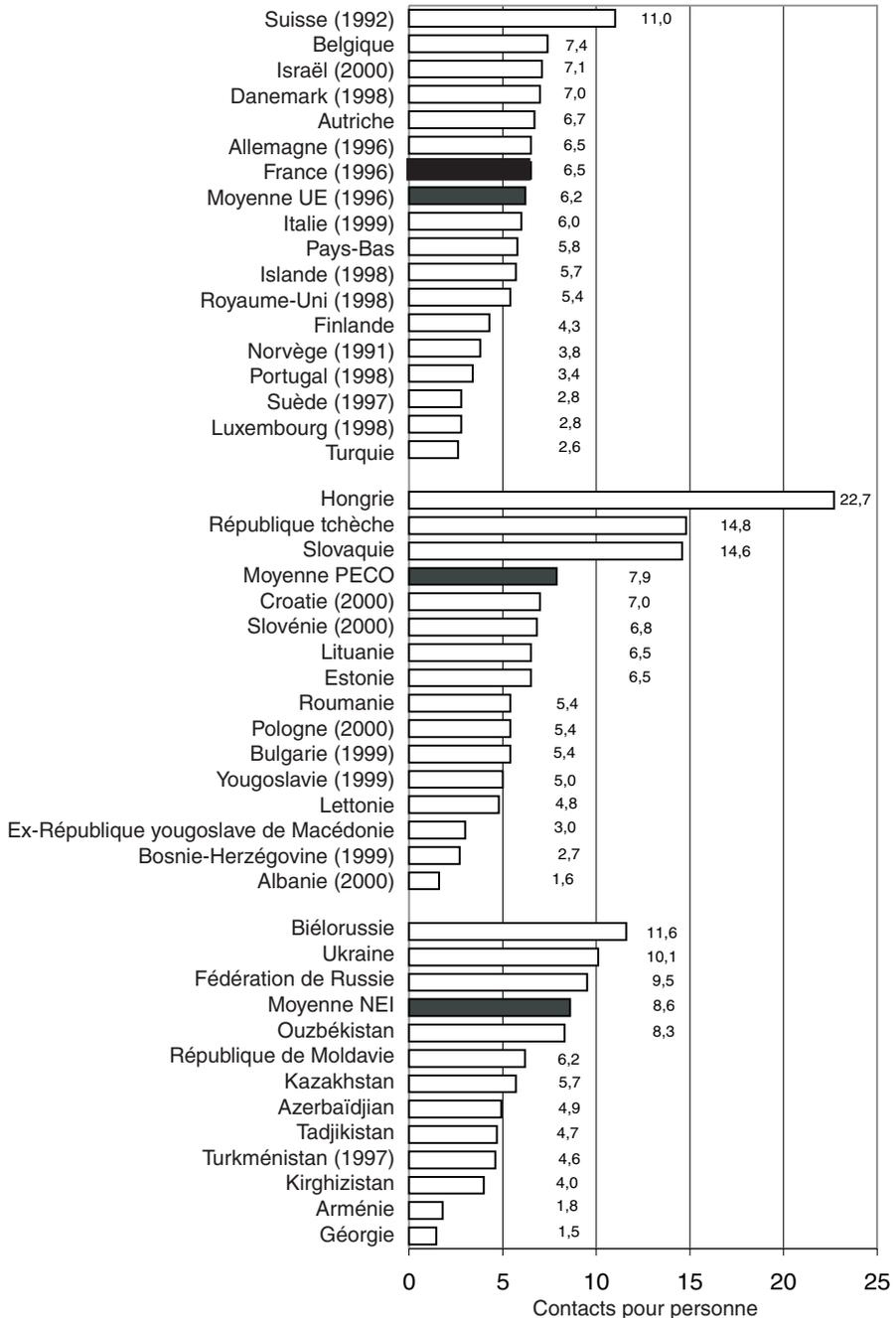
Les patients choisissent librement leur médecin, quelle que soit sa spécialité, et n'ont pas besoin d'être orientés par le généraliste pour consulter un spécialiste.

L'accès aux soins médicaux sur le territoire

Les médecins jouissent d'une liberté totale pour choisir leur lieu d'installation et les déséquilibres entre zones géographiques existent depuis longtemps. Ainsi, au niveau régional, la densité médicale varie dans un rapport de 1 à 1,5 pour les généralistes et de 1 à 2,2 pour les spécialistes, sans que ces écarts se justifient par des différences de besoins. Le Nord de la France est beaucoup moins bien pourvu que le Sud et la région parisienne qui attirent plus facilement les professionnels (alors que le Nord affiche un état de santé moins bon avec une surmortalité élevée). Au sein d'une même région, les inégalités sont encore plus marquées entre zones urbaines et zones rurales, ainsi qu'entre centre et périphérie des zones urbaines.

Néanmoins, même si les inégalités de densité sont importantes, les médecins sont bien présents sur l'ensemble du territoire. Aujourd'hui 84% des Français ont un généraliste dans leur commune, et pour ceux qui n'en n'ont pas, la distance les séparant du généraliste le plus proche est de 7 km et le temps d'accès de 8 minutes (Schmitt et Niel, 1999). Un sondage récent montre que les Français sont en général satisfaits de la proximité des services médicaux qui leur sont

Fig. 12. Nombre de contacts par personne avec un médecin dans les pays de la région OMS-Europe, 2001 (ou dernière année disponible)



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

NEI : Nouveaux états indépendants; PECO : Pays d'Europe centrale et orientale; UE : Union européenne.

offerts, même si, en milieu rural, 36% des personnes trouvent que les spécialistes ne sont pas assez proches.

Qualité des soins et évaluation des pratiques médicales

La promotion de la qualité des soins et l'évaluation des pratiques médicales ne sont véritablement apparues que dans le milieu des années 1990. Concrètement, elles se sont développées sur deux axes :

- l'élaboration et la diffusion de référentiels de pratique
- l'accentuation de la formation continue des médecins.

L'élaboration et la diffusion de référentiels de pratique

Jusqu'au début des années 1990, l'activité médicale ne faisait l'objet que d'un contrôle partiel, assuré par les médecins conseils des caisses d'Assurance maladie, chargés de détecter les anomalies et les comportements abusifs. Depuis, les conventions médicales, puis les ordonnances de 1996, ont souligné la nécessité d'évaluer les pratiques médicales. Dans cette optique, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), chargée d'émettre, de diffuser des recommandations et des référentiels de bonne pratique et d'aider les médecins à évaluer leur pratique, a publié une trentaine de recommandations pour la pratique clinique (RPC), concernant le diagnostic, le traitement et le suivi de certaines pathologies ou encore l'évaluation de modalités de prise en charge.

Les références médicales opposables (RMO) sont également des recommandations de bonne pratique, émises par l'ANAES, mais dont le respect s'impose au médecin selon les termes des conventions signées entre syndicats médicaux et Assurance maladie en 1994, 1995 et 1997. En effet, jusqu'en 1999, le non respect de ces références, s'il était fréquent, grave ou particulièrement coûteux pour la Sécurité sociale, pouvait entraîner une sanction financière pour le médecin. Ces références, au nombre de 200 pour les généralistes et de 250 pour les spécialistes en 1998, concernent essentiellement les prescriptions de pharmacie et, dans une moindre mesure, les prescriptions ou réalisations d'examen. Elles se présentent généralement sous une forme négative indiquant ce qu'il est inutile, voire dangereux de pratiquer. Par exemple : « Il n'y a pas lieu d'associer deux vaso-actifs ou plus, dans l'indication de l'artériopathie des membres inférieurs ». Une évaluation de l'effet des deux premières vagues de RMO a montré que les plus pertinentes d'entre elles avaient modifié de manière significative les comportements de prescription des médecins. Ainsi, dès la première année d'application de la première vague de références, les médecins ont modifié leurs prescriptions dans 26% des cas visés par ces références. Même

si l'effet s'en est révélé supérieur au terme de la première année, certaines références ont eu un impact durable important. Pour la référence évoquée ci-dessus par exemple, le pourcentage de prescriptions non conformes est passé de 19% en 1994 à 8% en 1996. Le système de sanctions n'a été utilisé que très marginalement, avant d'être annulé par une décision de justice à la fin de l'année 1999 ;¹⁹ son existence aura essentiellement eu un effet dissuasif.

La formation continue

La formation médicale continue (FMC) est également l'un des leviers permettant d'améliorer la qualité des soins. Essentiellement organisée par le secteur associatif à ses débuts, la formation continue a fait l'objet d'une disposition dans le cadre de la Convention médicale de 1990, assurant d'une part, le financement d'actions de formation par les caisses d'Assurance maladie, d'autre part, l'indemnisation des médecins participant aux formations. Les ordonnances de 1996 ont réaffirmé l'importance de la FMC en la rendant obligatoire, tout manquement étant passible de sanctions du Conseil de l'Ordre. Toutefois, les difficultés de mise en place de ce point de la réforme n'ont pas permis d'améliorer le système de formation des médecins.

Accords de bon usage des soins, contrats de santé publique et contrats de bonne pratique

La loi de mars 2002 rénovant les relations conventionnelles entre les professionnels et les caisses d'assurance maladie prévoit que ceux-ci peuvent signer des accords de bon usage des soins (engageant l'ensemble d'une profession, au niveau national ou au niveau d'une région), des contrats de santé publique et des contrats de bonne pratique (signés à titre individuel par un professionnel). La logique commune à tous ces accords et contrats est d'obtenir des engagements des professionnels en échange de la revalorisation de leurs honoraires ou d'un paiement forfaitaire. Ces accords et contrats offrent une opportunité d'améliorer la qualité et l'efficacité des pratiques.

Autres soins ambulatoires

Les soins dentaires et d'orthodontie sont dispensés par 40 500 dentistes, exerçant pour la plupart en libéral. Un peu plus de 1500 d'entre eux sont spécialisés en orthodontie. Près d'un tiers des dentistes libéraux exercent au sein de groupes.

¹⁹ Le Conseil d'État a estimé le dispositif injuste, le montant d'une sanction, calculé en fonction du revenu du praticien, ne pouvant jamais, à faute égale, être identique et pouvant dans certains cas s'avérer excessif.

Les sages-femmes effectuent la surveillance prénatale et postnatale, essentiellement dans les établissements de santé, dans le cadre de consultations externes. Près de 14 400 sages-femmes exercent en France et 80% d'entre elles travaillent à l'hôpital. Environ 1900 sages femmes exercent en libéral, où elles pratiquent le suivi pré et postnatal et la rééducation périnéale dans leur cabinet ou au domicile des patientes.

Les soins infirmiers et de nursing sont essentiellement assurés par les quelques 57 000 infirmiers exerçant en secteur libéral. Les soins et gardes à domicile du malade constituent les deux tiers de l'activité de ces infirmiers qui prennent en charge en moyenne 275 patients. Depuis 1981, se développent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dont le personnel est essentiellement composé d'aides-soignants salariés. Un peu plus de 1500 services disposent aujourd'hui de 56 650 places.

Enfin, certains soins ambulatoires sont dispensés par d'autres auxiliaires médicaux exerçant également en secteur libéral : 40 000 kinésithérapeutes-rééducateurs, 10 000 orthophonistes, 1500 orthoptistes pratiquant la rééducation visuelle, 8500 pédicures-podologues...

Les analyses biologiques ambulatoires sont le plus souvent réalisées au sein des 4000 laboratoires d'analyses. Elles peuvent également être effectuées au sein des hôpitaux, notamment lorsque ces analyses sont prescrites par des praticiens hospitaliers.

Enfin, environ 22 700 pharmacies de villes délivrent les médicaments et quelques accessoires et pansements (cf la partie *Médicament*).

Coordination et organisation des soins : expériences en cours

Une des faiblesses du système de santé français est l'absence de coordination et de continuité des soins entre des intervenants exerçant isolément. Ceci peut se traduire par des redondances d'actes et des gaspillages, mais aussi par des processus de soins non-adéquats. A titre d'exemple, une étude nationale conduite par le service médical du Régime général a fait apparaître que seulement 40% des diabétiques de type 2 subissent un examen ophtalmologique annuel, comme le recommande l'ANAES. Car même si un médecin traitant conseille cet examen, il n'est pas toujours en mesure d'effectuer le suivi du traitement global, dans lequel il est un intervenant parmi d'autres.

Ces difficultés de coordination ne concernent pas uniquement les praticiens de ville entre eux ; les interfaces entre médecine de ville et hôpital d'une part, entre professionnels de la santé et du social d'autre part (notamment pour les personnes âgées, les populations en situation précaire...) posent aussi problème.

Pour pallier les défauts inhérents à cette fragmentation de la prise en charge et rationaliser les processus de soins, plusieurs expériences ont été récemment mises en place. Il s'agit notamment du dispositif du médecin référent et de la mise en réseau des prestataires de soins.

- Le médecin référent

Depuis 1998, chaque généraliste a la possibilité de devenir le « médecin référent » des patients qui le désirent. Cette possibilité se matérialise par la signature d'un contrat entre le médecin et le patient qui s'engagent à respecter un certain nombre de règles :

- le médecin doit respecter les tarifs conventionnels et pratiquer le tiers payant (dispense d'avance de frais), tenir à jour le dossier médical du patient, assurer la permanence et le suivi des soins, participer aux actions publiques de prévention, respecter les recommandations de bonne pratique et effectuer au moins 15 % de ses prescriptions médicamenteuses à l'aide de médicaments moins onéreux, dont 5 % de génériques.
- le patient s'engage à consulter prioritairement son médecin généraliste (sauf urgence), à présenter son carnet de santé à chaque consultation et à respecter les recommandations de son médecin en matière de prévention et de dépistage.

Environ 10% des généralistes et 1% des patients ont pour l'instant adhéré à ce dispositif. Pour promouvoir ce système, la rémunération forfaitaire accordée au médecin pour chaque patient adhérent (qui s'ajoute aux honoraires perçus pour les actes réalisés) a été portée, en 2001, de €23 à €46 par an. Cette somme est élevée et pourrait représenter un engagement financier important pour les caisses. En effet, sachant que la dépense moyenne du Régime général pour les soins de généralistes de ses assurés est actuellement d'environ €69 par an, l'adhésion de tous les assurés à ce dispositif augmenterait cette dépense, à consommation constante, de 67%.

- La création des réseaux de soins

Une nouvelle initiative, prise dans le cadre de la réforme de 1996, a permis d'expérimenter de nouvelles formes de réseaux de prise en charge au niveau local. L'objet de cette expérience était de mettre à l'essai de nouvelles formes de coordination entre professionnels prodiguant des soins ambulatoires ou entre soins ambulatoires et soins hospitaliers. Issue de la réforme de 1996, la création de réseaux n'est pas nouvelle, comme en témoignent les réseaux mis en place dans le cadre de la prise en charge du SIDA afin de mieux coordonner les soins hospitaliers et les soins ambulatoires. Sur le même modèle, des réseaux assurant la prise en charge des toxicomanes ou de populations en situation de précarité économique et sociale avaient vu le jour dans les années 1980.

L'originalité de la réforme de 1996 a été de permettre aux professionnels, pour une période d'essai de 5 ans, d'appliquer des modes de tarification et de rémunération nouveaux et de doter les réseaux d'un vaste champ d'intervention, en les laissant s'organiser autour d'une pathologie chronique (asthme, diabète...), d'une population (personnes âgées...) d'une prise en charge particulière (réseaux de soins palliatifs pour des malades en fin de vie), ou bien garder une vocation plus générale. Le but de l'expérimentation était de favoriser la créativité pour proposer des formes nouvelles d'organisation et de coordination. Le démarrage a été assez lent, avec un processus long d'approbation des projets par une commission nationale. Depuis, le dispositif a été délégué aux régions et des financements supplémentaires ont été dégagés pour aider au montage des projets. Il est encore trop tôt pour tirer un bilan global de cette expérimentation, mais elle est indéniablement porteuse de réflexions innovantes.

Soins secondaires et tertiaires dispensés au sein des établissements de santé

Les établissements de santé – les hôpitaux

En France, plusieurs types d'établissements de santé coexistent : ils se différencient par leur statut (public, privé non lucratif ou privé lucratif) et leur mission (ils peuvent être généraux ou spécialisés).

Les *hôpitaux publics* représentent un quart des établissements (environ 1000 sur 4000), mais deux tiers des lits (320 000 sur 490 000).²⁰

Ce sont des personnes morales de droit public, dotées d'une autonomie financière. Les hôpitaux à vocation générale sont répartis comme suit (en 1999) :

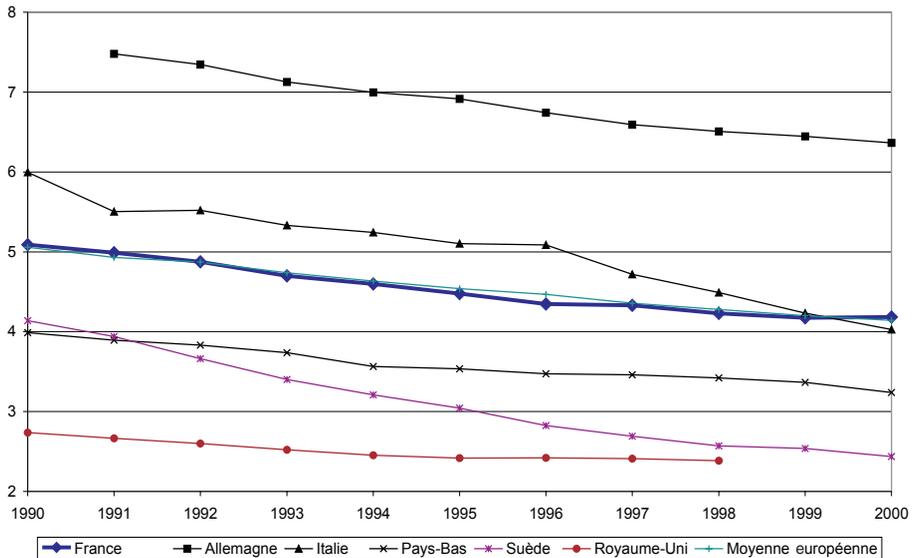
- 562 centres hospitaliers (CH) qui offrent une gamme de services comportant des soins de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), des soins de suite et de réadaptation et des soins de longue durée.²¹ Certains d'entre eux ont également un service de soins psychiatriques.

²⁰ Lits d'hospitalisation complète.

²¹ Selon la nomenclature habituelle des soins, qui distingue : a) des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ; b) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ; c) des soins de longue durée comportant un hébergement pour des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

- 29 centres hospitaliers régionaux (CHR), qui ont une vocation régionale du fait d'une haute spécialisation et d'importants plateaux techniques. Lorsqu'ils passent une convention avec une faculté de médecine pour participer à la formation des étudiants en médecine, les CHR sont appelés Centres hospitaliers universitaires (CHU).
- 349 hôpitaux locaux, structures de proximité qui dispensent des soins de courte durée, des soins de suite et de réadaptation et des soins de longue durée, mais ne sont pas habilités à pratiquer des interventions chirurgicales ou des accouchements. Dans ces établissements, les soins sont essentiellement assurés par des médecins libéraux, mais quelques praticiens peuvent être recrutés dans le cadre des soins de suite, de longue durée, de réadaptation fonctionnelle. Les hôpitaux locaux sont de petite taille, 160 lits en moyenne, et jouent un rôle à la fois médical et social. En 1999, ils offrent au total 33 000 lits d'hébergement pour les personnes âgées et 23 000 lits d'hospitalisation, dont plus de la moitié dans les services de soins de longue durée.

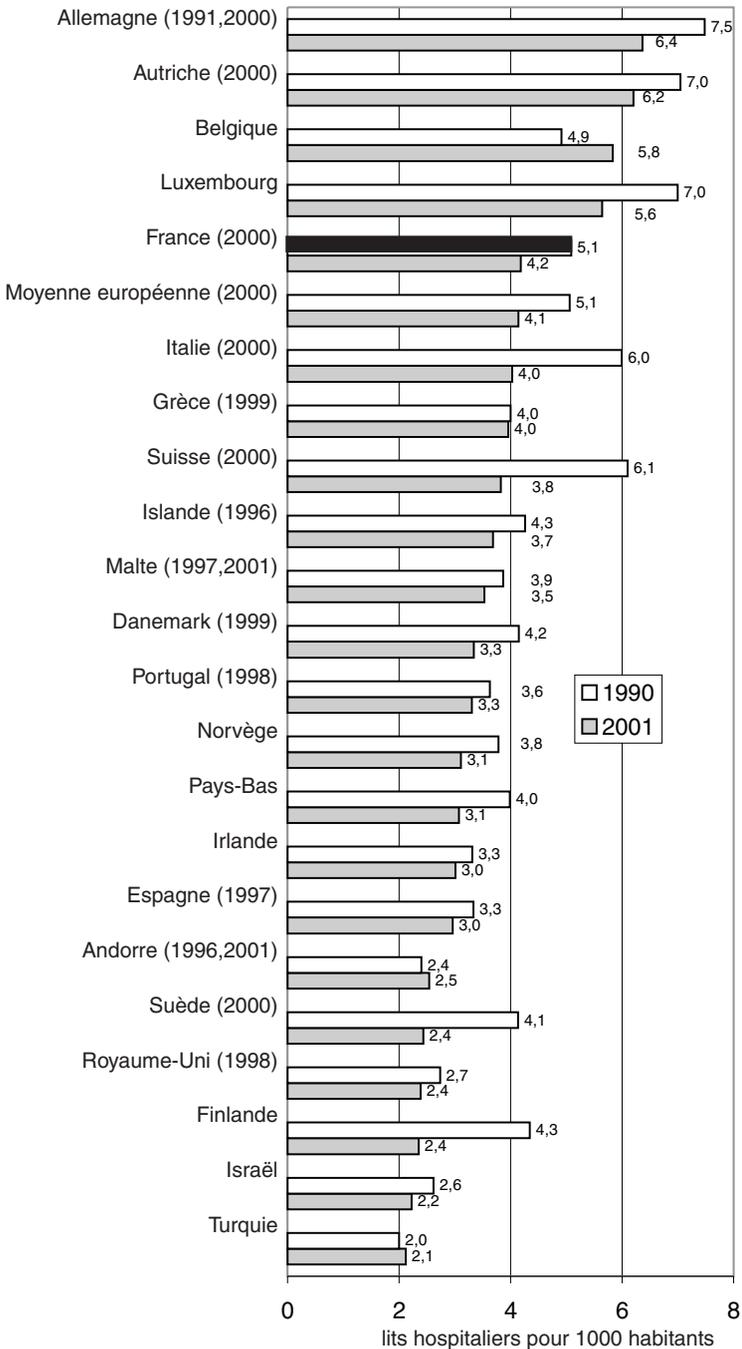
Fig. 13. Nombre de lits pour 1000 habitants dans les services de court séjour, 1990-2000



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

En plus des hôpitaux à vocation générale, on compte 93 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), qui sont des établissements départementaux, ainsi que quelques établissements publics nationaux. Quelques hôpitaux, enfin, dépendent de l'armée et de l'administration pénitentiaire.

Fig. 14. Nombre de lits hospitaliers pour 1000 habitants en Europe, dans les services de court séjour, 1990 et 2001 (ou dernière année disponible)



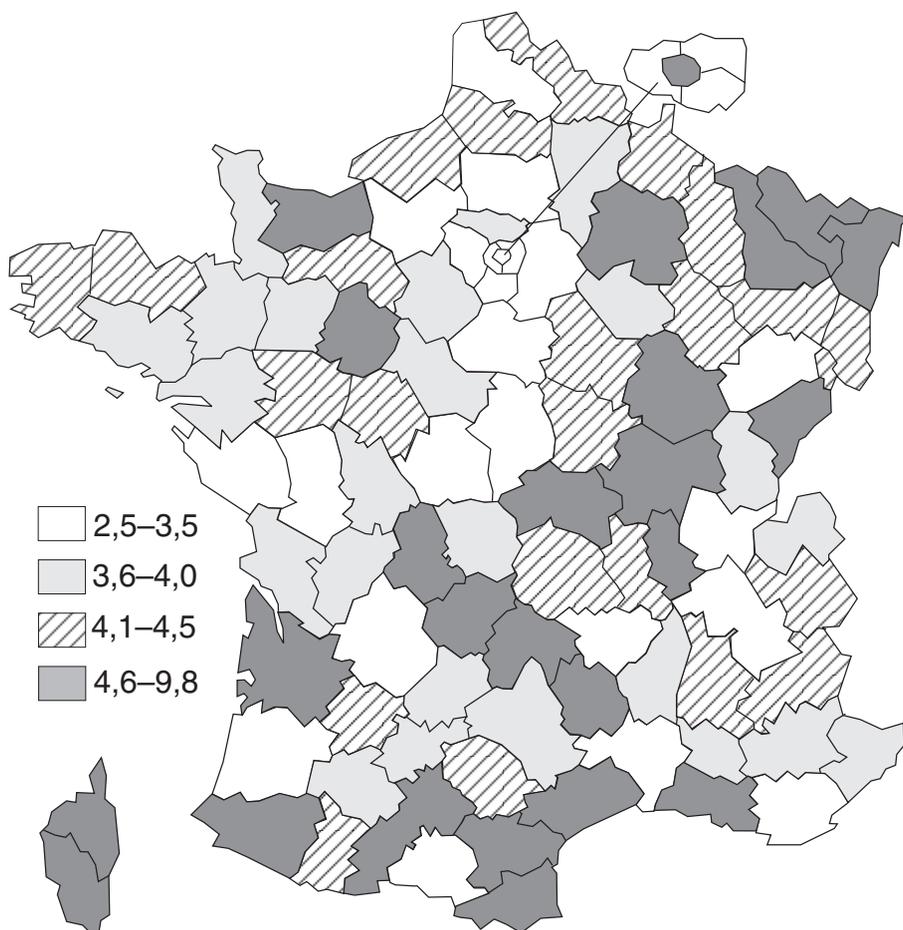
Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

Les établissements privés présentent différentes formes juridiques qui appartiennent à deux grands sous-ensemble : les établissements à but non lucratif et les établissements à but lucratif, souvent appelés cliniques.

Les hôpitaux privés à but non lucratif sont détenus par des fondations, des congrégations religieuses, des mutuelles, etc. Ils représentent environ 1/3 des établissements (1400) et totalisent 75 000 lits soit 15% de l'offre totale.

Une partie d'entre eux participent au service public hospitalier (PSPH) et doivent donc assurer à ce titre des missions spécifiques telles que l'accueil

Fig. 15. Densité de lits de court séjour pour 1000 habitants en 1998



Source : IRDES/DREES 2001.

France

des urgences, la formation, la lutte contre l'exclusion sociale (cf. Tableau 10). Alors que les établissements publics participent de plein droit à ces missions, les établissements privés à but non lucratifs sont autorisés à y participer sous certaines conditions.

La gamme des soins qu'offrent les hôpitaux privés non lucratifs est variable. Ils représentent moins de 10% des lits de court séjour, mais 1/3 des lits de soins de suite et de réadaptation.

Tableau 10. Répartition des capacités d'accueil des établissements de santé entre secteurs public et privé (au 1er janvier 1998)^a

	Service public hospitalier						
	Établissements publics		Établissements privés (PSPH)		Établissements privés non PSPH		Ensemble
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	
Lits en hospitalisation complète							
Médecine	94 897	79,5	10 159	8,5	14 256	11,9	119 312
Chirurgie	48 043	45,9	8 398	8,0	48 166	46,0	104 607
Obstétrique	15 083	60,2	1 402	5,6	8 568	34,2	25 053
Ensemble	158 023	63,5	19 959	8,0	70 990	28,5	248 972
Psychiatrie	46 030	68,2	10 650	15,8	10 798	16,0	67 478
Toxicomanie et alcoolisme	1 174	64,8	367	20,3	271	15,0	1 812
Total soins de courte durée	205 227	64,5	30 976	9,7	82 059	25,8	318 262
Soins de suite et réadaptation	38 287	41,9	30 080	32,9	22 971	25,1	91 338
Soins de longue durée	75 273	91,3	5 040	6,1	2 121	2,6	82 434
Total	318 787	64,8	66 096	13,4	107 151	21,8	492 034
Places en hospitalisation partielle							
Hospitalisation de jour ou de nuit en psychiatrie	21 287	79,5	5 210	19,5	279	1,0	26 776
Hospitalisation de jour ou de nuit hors psychiatrie	5 830	51,8	3 005	26,7	2 429	21,6	11 264
Anesthésie et chirurgie ambulatoire	977	13,8	330	4,7	5 754	81,5	7 061
Total	28 094	62,3	8 545	18,9	8 462	18,8	45 101

Source: Carrasco et al. 2001.

^a Les chiffres cités concernent, sauf mention contraire, la France métropolitaine. L'activité et les équipements hospitaliers des départements d'outre-mer représentent environ 2% de l'activité hospitalière de la France en 1998 et les tendances observées sont les mêmes qu'en métropole.

On compte parmi ces établissements 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC) participant au service public hospitalier et répartis sur le territoire français. Ils ont une mission globale de prévention, de dépistage, de soins, d'enseignement et de recherche. Ils ont été conçus selon une organisation favorisant une prise en charge pluridisciplinaire des patients.

40% des établissements d'hospitalisation (1750) sont privés à but lucratif (cliniques). Ils représentent 20% des lits globalement, mais 45% des lits de chirurgie et 1/3 des lits d'obstétrique. Ils sont essentiellement spécialisés dans certains créneaux d'activité (cf. ci-dessous).

Facteurs de production à l'hôpital

Avec une densité moyenne de 8,4 lits pour 1000 habitants, dont la moitié dans les services de court séjour, la France se situe à peu près au niveau de la moyenne européenne (cf. Fig. 14, Fig. 15 et Fig. 16).

L'évolution, sur la période 1980–1998, montre une baisse sensible du nombre de lits hospitaliers, associée à une baisse de la durée moyenne de séjour (cf. Tableau 11). Pendant la même période, la fréquentation hospitalière a continué à s'accroître (cf. Tableau 12.). Ces tendances semblent caractériser la plupart des pays de l'Europe de l'Ouest.

Au niveau régional ou départemental, les écarts de densité sont importants. Par exemple, pour les services de soins de courte durée, les densités départementales varient de 2,5 à 6 lits pour 1000 habitants, sans compter Paris qui en offre 9,8.

Tableau 11. Activité et performances des hôpitaux en France métropolitaine,

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998
Ensemble des séjours hospitaliers							
Nombre de lits pour 1 000 habitants	11,1	10,5	9,7	8,9	8,7	8,5	8,4
Taux d'occupation (en %)	81,4	81,8	80,4	80,7	80,9	81,6	81,8
Nombre d'admissions pour 1 000 habitants	193	210	232	228	228	230	229
Durée moyenne de séjour (en jours)	17,1	14,9	12,3	11,5	11,2	11,0	10,9
Séjours de courte durée							
Nombre de lits pour 1 000 habitants	6,2	5,7	5,2	4,6	4,5	4,3	4,2
Taux d'occupation (en %)	79,0	79,1	77,3	76	75,9	76,4	76,1
Nombre d'admissions pour 1 000 habitants	175	189	209	203	203	204	203
Durée moyenne de séjour (en jours)	10,2	8,6	7,0	6,2	6,1	5,9	5,8

Source : IRDES/DREES 2001

Tableau 12. Activité et performances des services de court séjour dans la région OMS-Europe, 2001 ou dernière année disponible

Pays	Nombre de lits pour 1 000 habitants	Nombre d'admission pour 1 000 habitants	Durée moyenne des séjours en jours	Taux d'occupation (en %)
Europe de l'ouest				
Allemagne	6,4 ^a	20,5 ^a	9,6 ^b	81,1 ^a
Andorre	2,5	9,4	6,7 ^b	70,0 ^b
Autriche	6,2 ^a	27,2 ^a	6,3 ^a	75,5 ^a
Belgique	5,8	16,9 ^b	8,0 ^b	80,0 ^c
Danemark	3,3 ^b	17,9	5,2 ^a	83,5 ^a
Espagne	3,0 ^d	11,3 ^d	7,6 ^d	76,2 ^d
Finlande	2,4	19,7	4,4	74,0 ^f
France	4,2 ^a	20,4 ^b	5,5 ^b	77,4 ^b
Grèce	4,0 ^b	15,2 ^c	—	—
Irlande	3,0	14,5	6,4	83,8
Islande	3,7 ^e	18,1 ^f	6,8 ^f	—
Israël	2,2	17,8	4,1	93,0
Italie	4,0 ^a	16,0 ^a	7,0 ^a	75,5 ^a
Luxembourg	5,6	18,4 ^g	7,7 ^c	74,3 ^g
Malte	3,5	11,2 ^a	4,3	75,5 ^a
Moyenne UE	4,1 ^a	18,9 ^b	7,7 ^b	77,4 ^c
Norvège	3,1	16,1	5,8	87,2
Pays-Bas	3,1	8,8	7,4	58,4
Portugal	3,3 ^c	11,9 ^c	7,3 ^c	75,5 ^c
Royaume-Uni	2,4 ^c	21,4 ^e	5,0 ^e	80,8 ^c
Suède	2,4 ^a	14,9	4,9	77,5 ^e
Suisse	3,8 ^a	16,3 ^c	10,0 ^a	85,0 ^a
Turquie	2,1	7,6 ^a	5,4	58,8
PECO				
Albanie	2,8 ^a	—	—	—
Bosnie-Herzégovine	3,3 ^c	7,2 ^c	9,8 ^c	62,6 ^b
Bulgarie	—	14,8 ^e	10,7 ^e	64,1 ^e
Croatie	4,0	13,9	8,9	85,5
Estonie	5,1	17,9	6,9	62,3
Ex-République yougoslave de Macédoie	3,4	8,2	8,0	53,7
Hongrie	6,4 ^a	24,2	7,0	76,9
Lettonie	5,8	18,6	—	—
Lituanie	6,3	21,7	8,0	76,3
Moyenne PECO	5,4	17,8	8,3	72,3
République tchèque	6,3	18,9	8,6	70,5
Slovaquie	6,7	18,8	9,2	70,9
Slovénie	4,2	15,9	6,8	70,5
NEI				
Arménie	3,7	4,7	9,6	31,6
Azerbaïdjan	7,9	4,7	15,5	25,7
Fédération de Russie	9,1	21,6	13,2	85,8
Géorgie	3,9	4,3	7,4	82,0
Kazakhstan	5,4	14,7	11,3	96,5
Kirghizistan	4,8	13,9	10,8	87,6
Moyenne NEI	7,9	19,1	12,5	85,0
Ouzbékistan	—	—	—	84,5
République de Moldavie	4,7	11,9	10,3	70,7
Tadjikistan	5,8 ^d	8,9	13,0	54,5
Turkménistan	6,0	12,4 ^d	11,1 ^d	72,1 ^d
Ukraine	7,1	18,7	12,5	89,5

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

Note: ^a 2000, ^b 1999, ^c 1998, ^d 1997, ^e 1996, ^f 1995, ^g 1994, ^h 1993, ⁱ 1992, ^j 1991.

Tableau 13. Partage public-privé de l'activité des établissements de santé (1998)

	Établissements publics		Établissements privés PSPH		Établissements privés sous OQN		Ensemble des établissements
	Nombre (en milliers)	%	Nombre (en milliers)	%	Nombre (en milliers)	%	
Séjours en hospitalisation complète							
– Nombre de séjours	6 855	57,8	993	8,4	4 008	34,0	11 856
– Nombre de journées	93 729	64,9	18 681	13,0	32 048	22,0	144 458
Médecine, chirurgie, obstétrique							
– Nombre de séjours	6 202	58,7	693	6,6	3 672	35,0	10 567
– Nombre de journées	42 361	63,5	4 640	7,0	19 715	30,0	66 716
Lutte contre maladies mentales							
Nombre de séjours	365	69,1	59	11,0	104	20,0	528
– Nombre de journées en HC	13 205	64,8	3 296	16,0	3 878	19,0	20 379
Soins suite réadaptation							
– Nombre de séjours	225	32,8	233	34,0	227	33,0	685
– Nombre de journées en HC	11 373	40,9	8 834	32,0	7 594	27,0	27 800
Soins de longue durée							
– Nombre de séjours	36	90,0	3	7,5	1	2,5	40
– Nombre de journées en HC	26 490	91,2	1 798	6,2	763	2,6	29 050
Toxicomanie, alcoolisme							
– Nombre de séjours	27	75,0	5	14,0	4	11,0	36
– Nombre de journées en HC	300	58,6	113	22,0	99	19,0	512
Ensemble de séjours <24 h	6 211	59,8	1 929	19,0	2 253	22,0	10 392
Médecine, chirurgie, obstétrique	1 843	46,4	204	5,1	1 928	49,0	3 975
Lutte contre maladies mentales	4 113	77,7	1 106	21,0	77	1,5	5 295
Soins suite réadaptation	255	22,7	619	55,0	248	22,0	1 122

Source : Carrasco et al. 2001.
 HC = hospitalisation complète.

En 1998 les établissements de santé employaient un peu plus d'un million de personnes, dont 80% étaient salariées des hôpitaux publics. Le personnel médical – médecins et pharmaciens – représentait 14%, le personnel administratif et le personnel technique (entretien), environ 10% chacun. Les personnels soignant et éducatif étaient les plus nombreux (60% des effectifs) ;

il s'agissait essentiellement des infirmiers, des aides-soignants et des agents hospitaliers. Enfin, les personnels médico-techniques (techniciens de laboratoire, manipulateurs radio...) représentaient 4% des effectifs. L'exercice à temps partiel se généralisait dans les établissements de santé ; il concernait un cinquième du personnel non médical des hôpitaux publics.

Actuellement, les hôpitaux se plaignent de la pression croissante qui s'exerce sur le personnel : la mise en application de la directive européenne sur le temps de travail des médecins et de la loi sur les 35 heures pour les autres personnels a accentué les difficultés de certains hôpitaux. L'insuffisance de moyens a été dénoncée comme l'un des facteurs ayant provoqué la surmortalité observée pendant la canicule de l'été 2003 et les syndicats de personnels hospitaliers prévoient de fortes pressions à l'occasion des épidémies hivernales.

Activité des établissements de santé

Les activités des secteurs publics et privés se différencient nettement. Le secteur privé ne participant pas au service public hospitalier assure plus d'un tiers des séjours d'hospitalisation complète des services de médecine, chirurgie et obstétrique et près de 50% des actes effectués en chirurgie ou médecine ambulatoire. A titre d'exemple, ce secteur effectue trois quarts des traitements chirurgicaux de la cataracte et assure un peu plus de 60% des séjours pour maladies de l'appareil digestif (appendicectomies, traitement des hernies abdominales, cholécystectomies). Il investit en particulier dans les actes chirurgicaux relativement légers.

En revanche, le secteur privé intervient plus modestement dans l'accueil des patients nécessitant des soins de suite et de réadaptation, pour lesquels il n'assure qu'un peu plus d'un quart des séjours ; et encore plus marginalement dans l'accueil de malades nécessitant des soins de longue durée ou une prise en charge psychiatrique.

Le développement de la prise en charge ambulatoire des patients

Un certain nombre de politiques encouragent les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète tels que l'hospitalisation à domicile, ou l'hospitalisation de jour. Dans tous les cas, la création de « places » est soumise à autorisation. Celle-ci est accordée en contrepartie de la fermeture de lits d'hospitalisation complète, avec un taux de change théorique de « une place pour deux lits » qui peut être modulé au niveau régional pour tenir compte de l'offre existante.

L'hospitalisation à domicile (HAD) existe en France depuis une quarantaine d'années même si les textes législatifs qui définissent précisément ses fonctions d'alternative à l'hospitalisation sont assez récents.²² L'HAD consiste à dispenser, « au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés ». L'HAD est organisée par des structures qui peuvent être soit un service hospitalier, soit une association à but non lucratif. L'HAD fait intervenir plusieurs professionnels de soins qui peuvent être des salariés de la structure ou des professionnels exerçant en libéral. Au sein de chaque structure, un médecin coordonnateur s'assure du bon fonctionnement médical d'ensemble mais les soins pour un patient sont coordonnés par un cadre infirmier. En 2000, la France compte environ 4000 places d'HAD, réparties dans 76 structures. Celles-ci, qui relèvent pour deux tiers du secteur public ou privé PSPH, sont de tailles très différentes, variant de 5 à 1200 places. L'HAD concerne essentiellement des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, qui en l'absence de ce service, seraient hospitalisés (cancers, pathologies neurologiques, infection à VIH par exemple). Elle peut concerner aussi les suites de couches ou les grossesses pathologiques. Le ministère a redéfini en mai 2000 le champ d'intervention de l'HAD en l'élargissant à la prise en charge de patients très dépendants, pour pallier les insuffisances prévisibles des capacités d'hébergement des personnes âgées dépendantes en services de soins de longue durée.

Parallèlement, des structures d'hospitalisation à temps partiel et des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire ont été créées. Les conditions de fonctionnement de ces structures ont été précisées en 1992. En 1998, on comptait 7572 places de chirurgie ambulatoire, soit 0,11 place pour 1000 habitants, avec de fortes disparités régionales. Le secteur privé lucratif est particulièrement actif dans ce domaine puisqu'il détient plus de 75% des places et que près de 90% des cliniques ont une structure de chirurgie ambulatoire. Le nombre de places autorisées a augmenté de 18% depuis 1994. L'hospitalisation partielle est en forte croissance puisque les séjours de moins de 24 heures ont augmenté de 11% entre 1997 et 1998, pendant que les séjours en hospitalisation complète régresaient de 3%.

Malgré les dispositifs incitatifs créés, le développement des alternatives à l'hospitalisation reste modeste en France par rapport à d'autres pays. Dans une étude comparant 14 pays en 1996–1997, C. Lathouwer et J.P. Poullier (2000) montraient le faible développement de la chirurgie ambulatoire en France. Sur 18 interventions éligibles pour un traitement ambulatoire, seulement 30%

²² Suite à la loi hospitalière de 1970, des circulaires de la CNAMTS (1974) et du Ministère chargé de la santé (1986) ont permis la création de services d'HAD et définissent leur fonctionnement. Les décrets de 1992 ont précisé le rôle de l'HAD comme véritable alternative à l'hospitalisation.

des interventions en France se déroulaient en ambulatoire, alors que ce taux, globalement plus élevé dans les pays d'Europe du Nord et en Amérique que dans les pays du Sud, atteignait 60% au Royaume-Uni, 85% au Québec et 94% aux États-Unis.

Dans un travail plus récent, M.J. Sourty-le Guellec (2002) estime l'écart entre le taux de chirurgie ambulatoire actuel et le niveau potentiellement accessible. Si pour certains actes, les patients sont traités en ambulatoire quasiment chaque fois que cela est possible (pose de drain transtympanique, cure de phimosis), pour d'autres, les potentialités sont très loin d'être exploitées. Par exemple, la chirurgie du strabisme est pratiquée dans 14% des cas sans hospitalisation, alors qu'elle pourrait sans doute l'être dans 92% des cas.

La promotion de la qualité des soins hospitaliers

Les années 1990 marquent l'essor de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. Devenue une préoccupation des pouvoirs publics, exacerbée par les classements d'hôpitaux publiés par la presse grand public à partir d'indicateurs assez frustrés,²³ la qualité des soins est promue aussi bien à l'intérieur des établissements que dans l'organisation et les restructurations de l'offre hospitalière.

Au sein des établissements, la lutte contre les infections nosocomiales, qui touchent encore 7% des séjours hospitaliers, est l'une des priorités. Des Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ont été créés dès 1988, d'abord dans le secteur public, puis dans le secteur privé.

En application des ordonnances de 1996, tous les établissements de santé doivent être accrédités pour continuer à dispenser des soins. Cette procédure d'accréditation, conduite par l'ANAES, est une évaluation externe de la qualité et de la sécurité des soins dispensés au sein de l'établissement. Pour un établissement, elle suppose la mise en place d'un certain nombre de procédures et un recueil important d'informations, notamment des indicateurs de qualité. L'entreprise dure en moyenne 10 mois et comprend une phase d'auto-évaluation, des visites d'experts et des échanges contradictoires entre l'ANAES et l'établissement. Les critères retenus pour évaluer un établissement sont : la prise en charge du patient (qualité de la prise en charge, information, dossier...), la gestion générale (ressources humaines, système d'information, logistique...), la qualité des soins et la prévention des risques (risque infectieux...).

²³ En 1997, la revue « Sciences et Avenir » publie les listes des « meilleurs établissements » pour certains actes chirurgicaux, en se basant sur le nombre d'actes effectués annuellement, le taux de mortalité redressé par âge et un indicateur de notoriété basé sur l'attraction par l'établissement de patients ne résidant pas dans sa zone.

En mai 2002, près de 150 établissements avaient obtenu une accréditation. Les compte-rendus d'accréditation de chaque établissement figurent sur le site internet de l'ANAES.

Sur le plan de la qualité encore, le ministère a redéfini, dans le domaine des urgences et de la périnatalité, le rôle des établissements en fonction de leur niveau de technicité, en favorisant la collaboration entre ces établissements. Quatre niveaux sont ainsi définis pour les établissements ayant une activité obstétricale. Les établissements de premier niveau ne pratiquent que les consultations périnatales, les établissements de niveau 4 sont capables d'assurer la réanimation néonatale.

Santé mentale

Le code de la santé publique définit depuis 1986 trois catégories de secteurs : les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. La politique de santé mentale menée en France depuis les années 60 puise ses sources dans la volonté de restaurer la dignité et l'autonomie des patients, compromises par l'internement dans des établissements spécialisés. Elle se caractérise par un mouvement continu de désinstitutionnalisation. Son principal outil est la sectorisation.

Le principe de la sectorisation consiste à définir un secteur géographique, en fonction d'une population à desservir, à l'intérieur duquel une équipe pluridisciplinaire a pour mission d'assurer la prévention, les soins, la posture et la réadaptation pour les personnes souffrant de troubles psychiques.²⁴ Concrètement, un secteur est rattaché à un établissement public ou participant au service public hospitalier qui a l'obligation d'accueillir les malades. Le secteur comprend généralement un service d'hospitalisation à temps plein. Il met en œuvre des modalités de prise en charge assurées dans un ensemble de structures extra-hospitalières consacrées à l'hospitalisation partielle, aux lieux de vie, à la réadaptation... Les fonctions diagnostiques et thérapeutiques sont assurées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital. Le centre médico-psychologique (CMP) est l'élément central du dispositif du secteur : il assure les consultations et oriente les malades vers les services dont ils ont besoin.

²⁴ Le secteur psychiatrique a été défini pour la première fois par une circulaire du ministère chargé de la santé datant du 15 mars 1960. En 1972, des arrêtés ont défini une distinction entre secteurs adultes et infanto-juvéniles. En 1985 et 1986, l'Assurance maladie s'est vue confier la totalité de la gestion des secteurs et de leur financement, auparavant cogérés avec les services sociaux des départements qui en finançaient et organisaient la partie hébergement.

En moyenne, un secteur adulte dessert une population de 67 000 habitants et un secteur infanto-juvénile une population de 210 000 habitants.

En 2000, on comptait 1 123 secteurs, dont 812 secteurs adultes et 311 secteurs infanto-juvéniles. Les secteurs suivaient en 1999 environ 1,1 million d'adultes et 400 000 enfants. La majorité des secteurs (58%) étaient rattachés à des Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, 33% à des Centres hospitaliers généraux et 9% à des établissements privés PSPH.

La sectorisation s'est développée en France depuis les années 1970 et son développement s'est accéléré dans le milieu des années 1980. Toutefois, les secteurs fonctionnent de manière très hétérogène. La logique curative étant encore souvent dominante, les secteurs ont développé de manière très contrastée les dispositifs d'accompagnement social des malades.

Les établissements privés participent à la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques dans les mêmes conditions que les établissements publics. Une trentaine d'établissement privés PSPH sont autorisés, comme les établissements publics, à accueillir des personnes hospitalisées sous contrainte. Les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier ne sont que très faiblement impliqués dans la prise en charge ambulatoire des malades, réservée aux secteurs, mais ils accueillent 20% des séjours en hospitalisation complète. L'ordonnance simplifiant la planification hospitalière sera moins contraignante et devrait permettre un développement plus important de l'offre privée de soins alternatifs à l'hospitalisation à temps plein.

Enfin, il faut signaler qu'un grand nombre de troubles psychiques sont pris en charge en ambulatoire par les généralistes (en 1997, 16% des consultations de généralistes avaient pour motif un trouble psychique ou un trouble du sommeil) ; par les psychiatres libéraux et par les psychologues, certains d'entre eux pratiquant la psychothérapie et éventuellement la psychanalyse. En 1999, 13 213 psychiatres exerçaient en France (soit 22,5 pour 100 000 habitants, parmi lesquels 6300 exerçaient, au moins à temps partiel, en secteur en libéral. Malgré cette densité relativement élevée, les hôpitaux publics manquent de psychiatres : ces pénuries locales s'expliquent sans doute par l'écart de rémunération entre les carrières publiques et privées et par la difficulté inhérente à l'exercice de la psychiatrie en établissement (lourdeur des cas traités, contraintes de services...). Environ 36 000 psychologues, libéraux ou salariés exercent en France. A côté des psychothérapies mentionnées plus haut, ils assurent également un soutien et un suivi psychologique en milieu scolaire ou dans les différents dispositifs d'aide sociale.

Secteur médico-social

En France, l'hébergement des personnes âgées et des adultes handicapés dépendants relève du secteur social ; il est géré par les Conseils généraux au niveau du département. En revanche, les soins médicaux dispensés aux personnes hébergées sont en principe pris en charge par l'Assurance maladie. Pour les enfants handicapés, la totalité des dépenses d'hébergement et de soins dans les établissements spécialisés est prise en charge par l'Assurance maladie.

Le secteur social en France concerne également la protection de l'enfance et l'hébergement de personnes en situation de précarité.

Hébergement et soins pour les personnes âgées

En 2000, la France comptait un peu plus de 12 millions de personnes âgées de plus de 60 ans, dont 628 000 considérées comme lourdement dépendantes, c'est-à-dire confinées au lit ou au fauteuil, ou aidées pour la toilette et l'habillement. 500 000 personnes, dont 217 000 très dépendantes, sont accueillies dans des structures d'hébergement avec soins médicaux spécifiquement destinées aux personnes âgées. D'autres établissements, parmi lesquels les hôpitaux psychiatriques et les établissements pour personnes handicapées, accueillent environ 18 000 personnes de plus de 60 ans.

Les soins à domicile sont assurés par les professionnels libéraux et par des services de soins à domicile spécialisés. On peut penser cependant que l'offre n'est pas totalement suffisante pour répondre aux besoins. En outre, le maintien à domicile rencontre des difficultés de coordination entre les soins, relevant de l'Assurance maladie, et les aides non médicales, financées par les collectivités locales.

L'hébergement des personnes âgées est assuré par plusieurs types d'établissements offrant des niveaux de services différents.

Certains sont très peu médicalisés : ce sont essentiellement des lieux d'habitation collectifs, fournissant des services d'aide à la vie quotidienne (restauration, blanchisserie...) et une infirmerie. Ils sont destinés à des personnes valides, n'ayant besoin que de soins dispensés par des professionnels libéraux hors hospitalisation.

Les structures financées spécifiquement par l'Assurance maladie pour fournir des soins aux personnes âgées sont :

- les maisons de retraite qui peuvent assurer deux niveaux de soins selon l'état de la personne hébergée ; l'Assurance maladie finance ces soins sur la base de forfaits journaliers, dont le montant s'élève à €3 pour les soins courants

et à €23 pour les soins plus lourds destinés aux personnes dépendantes ; elles comptabilisent 416 000 lits, dont 153 000 en sections pour personnes dépendantes ;

- les structures de soins de longue durée (qui sont souvent des services au sein des hôpitaux) qui totalisent 83 000 lits et sont destinées aux personnes les plus dépendantes, dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements d'entretien. Le tarif journalier payé par l'Assurance maladie est dans ce cas de €41.

Les soins dans ces deux types d'établissements sont financés à 100% par l'Assurance maladie, il n'y a pas de participation du patient. En revanche, l'hébergement (qui représente un coût journalier en général compris entre €40 et €45) reste à sa charge ou à celle de sa famille. Si ses ressources sont insuffisantes, les collectivités locales (départements) interviennent. Ces dernières jugent d'ailleurs la participation de l'Assurance maladie insuffisante pour couvrir les soins et estiment qu'ils contribuent à les financer.

Les comptes de la santé reflètent la totalité des dépenses afférant aux structures de soins de longue durée (hébergement + soins) mais seulement les dépenses de soins pour les séjours en maison de retraite, lesquelles s'élèvent à 30 milliards de F (€4,6 MD), soit 3% de la dépense totale de santé.

Depuis le 24 janvier 1997, une prestation spécifique dépendance²⁵ (PSD), allouée par les Conseils généraux, finançait l'emploi salarié de personnes travaillant à domicile ou en établissement pour des personnes âgées de 60 ans et plus, lourdement dépendantes. L'évaluation du degré de dépendance et des besoins d'aide de la personne était réalisée par une équipe médico-sociale. Le montant de la prestation était calculé selon les ressources de la personne et plafonné à 6249 F par mois pour une personne seule. A la fin de l'année 2000, 140 000 personnes bénéficiaient de cette prestation, dont 53% à domicile. Le montant moyen de la PSD était de 3500 F par mois pour les personnes employant quelqu'un à leur domicile et 1900 F par mois pour les personnes en établissement ; il variait fortement d'un département à l'autre.

La loi du 20 juillet 2001 a créé l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), qui se substitue à la PSD. Cette allocation, qui est un droit pour toute personne âgée ayant perdu son autonomie, est définie dans des conditions identiques sur tout le territoire, ce qui signifie qu'elle ne sera plus fonction de la richesse ou de la politique sociale des Conseils généraux. Concrètement, l'allocation sera modulée en fonction du degré de dépendance du bénéficiaire, de ses revenus, de ses conditions de vie et de ses besoins appréciés par une

²⁵ Avant cette prestation, les personnes âgées dépendantes pouvaient éventuellement bénéficier de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), prévue pour les personnes handicapées depuis 1975.

équipe médico-sociale. La demande semble fortement excéder les prévisions initiales de 800 000 personnes bénéficiaires.

Hébergement et soins aux personnes handicapées

En France, environ 3,2 millions de personnes se déclarent handicapées, parmi lesquelles 1,8 million sont atteintes d'un handicap sévère qui restreint leur autonomie. Le handicap se mesure au regard d'un taux d'incapacité qui prend en compte les difficultés dans la vie quotidienne. Les Commissions départementales de l'éducation spéciale, pour les enfants, et les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), pour les adultes, évaluent le taux d'incapacité des personnes handicapées, qui détermine leur droit à certaines prestations. Ces commissions sont également compétentes pour orienter la personne handicapée vers un établissement spécialisé.

Un grand nombre d'établissements offrent des soins et une éducation spécialisée, voire une formation professionnelle, aux enfants atteints de déficience motrice, cérébrale ou intellectuelle (Instituts médico-éducatifs, instituts de rééducation...). Les dépenses de ces établissements sont pris en charge par l'Assurance maladie. Près de 130 000 enfants handicapés sont accueillis dans 2500 structures.

Selon leur niveau d'autonomie, les adultes handicapés sont orientés vers différents types d'établissements. Schématiquement, les foyers d'hébergement sont rattachés à des Centres d'aides par le travail (CAT) et accueillent des personnes faiblement handicapées pouvant avoir une activité professionnelle pendant la journée. Les « foyers occupationnels » prennent en charge les adultes handicapés ne pouvant pas travailler. Enfin, les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers à double tarification (FDT) accueillent les personnes nécessitant une prise en charge très lourde. En MAS, tous les frais sont pris en charge par l'Assurance maladie. En FDT, les frais d'hébergement sont à la charge des patients ou des départements et les soins à la charge de l'Assurance maladie.²⁶ Environ 200 000 personnes sont hébergées dans 4400 structures.

Un taux d'incapacité supérieur à 80% ou, sous certaines conditions, supérieur à 50%, donne droit à des prestations en espèces qui sont versées par les caisses d'allocation familiales : l'allocation d'éducation spéciale pour les enfants et l'allocation aux adultes handicapés. Enfin, une allocation compensatrice, versée par les Conseils généraux, finance l'emploi de personnes salariées par les personnes handicapées ou leur famille.

²⁶ Ces dépenses n'entrent pas dans le champ des comptes de la santé.

Réformes en cours

Les politiques actuelles en faveur des personnes âgées et handicapées s'orientent selon deux axes : l'accroissement des capacités d'accueil en établissement, pour faire face à une demande croissante, et le développement de formes de prise en charge plus légères (placement en famille d'accueil, aide au maintien à domicile). Ces formes de prise en charge, favorisant l'intégration ou le maintien des personnes dans un milieu de vie ordinaire, sont également beaucoup moins onéreuses.

En 2000, un projet de réforme de l'action sociale et médico-sociale a été présenté par le gouvernement. Il annonçait la création, en 5 ans, de 16 500 places pour l'hébergement de personnes handicapées, ainsi qu'un programme de médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et de développement des services de soins infirmiers à domicile. Il définissait également les orientations des réformes prévues pour les établissements du secteur médico-social, dont certaines s'inspirent des réformes récentes du champ sanitaire. Parmi ces orientations figurent : l'affirmation et la promotion du droit des patients, l'élargissement des missions des établissements, la mise en place d'une planification médico-sociale plus efficace par l'instauration de schémas sociaux et médico-sociaux quinquennaux, la diversification des règles de tarification, l'instauration d'une meilleure coordination des décideurs et des acteurs, notamment par la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements et la mise en place de mesures favorisant les actions de coopération entre établissements et services.

La loi de modernisation sociale de janvier 2002 contient des dispositions pour améliorer les conditions de l'accueil familial, qui concernent aujourd'hui environ 6000 personnes âgées et 6000 adultes handicapés. En précisant les conditions d'agrément des familles accueillantes et en renforçant leurs droits sociaux (rémunérations, congés...), la loi compte promouvoir le développement d'un accueil familial de qualité.

Les professionnels de santé et leur formation

La France compte environ 1,6 million de professionnels de santé, soit environ 6,2% de la population active. Les personnels effectuant les soins infirmiers et les soins de nursing sont les plus nombreux (383 000 infirmiers et 377 000 aides-soignants).

L'emploi dans le secteur de la santé ne se limite pas à ces professionnels. Il faut notamment y ajouter le personnel administratif et le personnel technique exerçant dans les établissements de santé, les organismes de Sécurité sociale et l'industrie pharmaceutique, qui totalisent près de 500 000 personnes.

La formation des médecins

Les études médicales sont divisées en trois cycles. Le premier cycle des études médicales (PCEM) se déroule sur deux ans. Tout étudiant titulaire d'un diplôme ouvrant droit à une formation universitaire peut s'inscrire en première année, qui est commune aux étudiants en médecine et en odontologie. Un concours limite l'accès à la deuxième année. Le nombre de places ouvertes, ou *numerus clausus*, est fixé chaque année par le ministère pour chacune des 33 facultés de médecine. Pour l'année 2001/2002, 4700 places étaient disponibles au niveau national.

A partir de la fin des années 70, le nombre de places a été revu à la baisse pour limiter une offre déjà jugée excédentaire et en progression très rapide (le nombre de médecins a été multiplié par 3 en France entre 1960 et 2000). L'impact de cette mesure se traduit aujourd'hui par un nombre de médecins stable, et qui va décroître dans les prochaines décennies. L'heure est plutôt à la crainte de pénuries, au moins dans certaines zones ou disciplines : le *numerus*

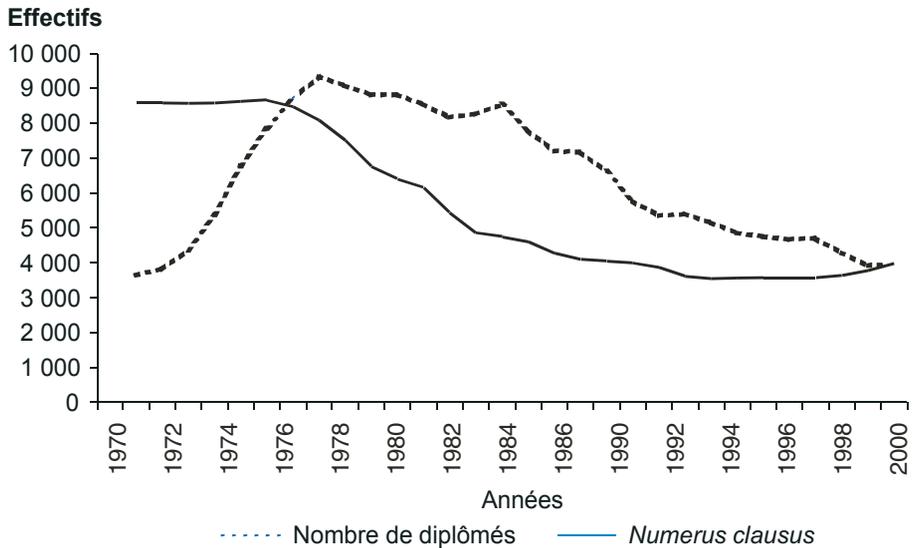
Tableau 14. Effectifs des professionnels de santé, 1975–2000

Densité pour 100 000 habitants	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Ensemble de médecins	146,7	193,7	266,2	306,0	323,3	330,3
– généralistes	91,7	121,5	151,1	162,2	163,7	161,3
– spécialistes	54,9	72,2	115,1	143,8	159,6	169,0
Dentistes	47,7	56,4	63,0	67,0	68,8	69,0
Infirmières	356,5	457,1	518,8	538,2	590,6	651,9
Sages-femmes	16,7	17,5	16,6	18,9	21,2	24,4
Pharmaciens	56,0	67,9	79,7	90,8	97,7	99,4
Etudiants en médecine	195,2	157,9	101,6	82,5	92,2	82,3 ^a
Etudiants infirmiers	98,9	87,7	72,9	66,0	91,4	86,2 ^b

Source : IRDES/DREES 2001.

^a 1998 ^b 1999.

Fig. 16. Évolution du *numerus clausus* et du nombre de diplômés en médecine, 1970–2000



Source : IRDES/DREES 2002.

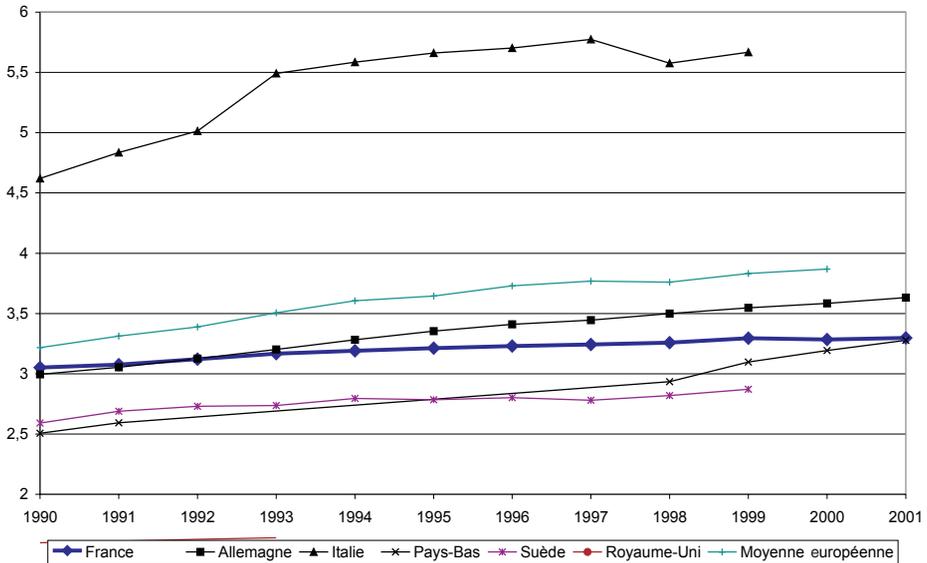
clausus est relevé depuis 3 ans (de 3850 à 4700 étudiants) et il est prévu de l'augmenter jusqu'à 6000 dans les prochaines années.

Le deuxième cycle des études médicales (DCEM) dure 4 ans ; les trois dernières années sont réservées à l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique et doivent conjuguer formations théorique et pratique.

Le troisième cycle (TCEM) propose deux modalités : le résidanat, réservé à la formation des généralistes, et l'internat, réservé à la formation des spécialistes.

- Le résidanat dure 2 ans et demi et comporte nécessairement un stage d'un semestre auprès d'un médecin généraliste.
- L'internat ouvre l'accès à plusieurs filières en vue d'une spécialisation. Les postes sont répartis suivant les principales catégories (médecine, chirurgie, psychiatrie, biologie et santé publique), mais jusqu'à une époque récente, il n'y avait pas de régulation par discipline dans le domaine de la médecine et de la chirurgie et le choix dépendait des postes de formation vacants dans les hôpitaux et des préférences des étudiants. Dans les dernières années, le manque d'intérêt pour certaines disciplines (anesthésie-réanimation, gynéco-obstétrique et pédiatrie) a amené le gouvernement à réserver un certain nombre de places au concours national. Le ministre précise chaque

Fig. 17. Densité de médecins pour 1000 habitants en France métropolitaine et dans quelques pays européens, 1990–2001 (ou dernière année disponible)



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

année le nombre de postes par zone géographique et par discipline. Pour l'année universitaire 2000/2001, 1843 postes étaient à pourvoir (soit un peu moins de 50% de spécialistes formés par rapport aux promotions d'étudiants en médecine). Le diplôme de spécialiste s'obtient à l'issue de 4 à 5 ans d'internat.

Une réforme des études médicales est prévue de façon à intégrer la médecine générale dans les filières d'internat. Cette réforme s'inscrit dans une démarche de revalorisation de la médecine générale : elle aura pour conséquences l'allongement des études médicales nécessaires pour exercer la médecine générale, mais aussi un recrutement plus sélectif au lieu du recrutement « par défaut » des étudiants n'ayant pas passé ou réussi le concours de l'internat. La médecine générale deviendra ainsi une spécialité à part entière.

L'offre de soins médicaux

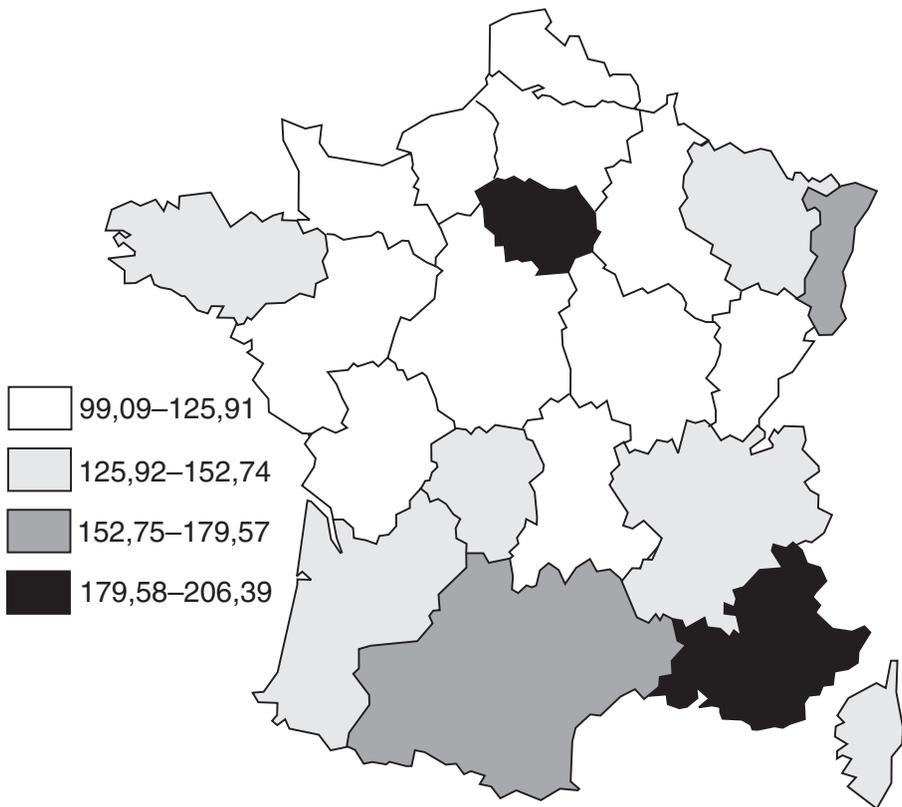
L'offre des médecins

En 2000, la France comptait 194 000 médecins dont 51% de spécialistes et 49% de généralistes. Les évolutions récentes de la démographie médicale ont

été marquées par la spécialisation (en 1985, 45% des médecins étaient des spécialistes), par un relatif rééquilibrage des densités régionales, et par une augmentation du travail salarié.

En 2000, 50% des spécialistes et 29% des généralistes avaient une activité salariée. Les spécialistes salariés travaillaient essentiellement à l'hôpital (83%), dans les services de prévention (7%) et dans l'industrie pharmaceutique, les laboratoires d'analyse, les centres de transfusion sanguine... Près de la moitié des généralistes salariés travaillaient dans les hôpitaux (45%), 20% dans des services de prévention (médecine du travail, Protection maternelle et infantile...). Les autres étaient salariés d'établissements sociaux, de dispensaires, de l'industrie pharmaceutique...

Fig. 18. Densité par région de France métropolitaine de médecins spécialistes pour 100 000 habitants, 1999



Source : IRDES/DREES 2001.

Table 15. Professionnels de santé intégrant la population active en Europe occidentale pour 100.000 habitants, en 1998 (ou dernière année disponible)

	Médecins	Sages-femmes	Dentistes	Infirmiers	Pharmaciens
Allemagne	14,36	0,60 ^a	1,90	18,99 ^a	2,00
Autriche	13,29 ^d	0,50	—	38,36	2,54 ^d
Belgique	10,91	—	1,96	—	5,17
Danemark	6,96 ^d	1,40 ^d	1,48 ^d	33,08 ^d	2,20 ^d
Espagne	10,51 ^c	—	1,24 ^c	20,65 ^c	—
Moyenne EU	12,09 ^c	—	1,85 ^c	27,31 ^c	3,11 ^d
Finlande	10,73	4,80	1,82	85,99	6,79
France	—	1,00 ^a	—	25,28 ^a	—
Grèce	—	—	—	—	—
Irlande	14,34 ^c	5,30	2,10 ^d	36,79	1,39 ^d
Islande	15,5 ^d	2,60 ^d	2,58 ^d	36,17 ^d	4,43 ^d
Israël	5,21	0,70	1,04	20,28	0,54
Italie	—	—	—	31,21 ^c	4,34
Luxembourg	—	1,20	—	27,20	—
Norvège	—	—	—	—	—
Pays-Bas	9,90 ^d	0,60 ^d	1,15 ^d	39,09 ^b	1,32 ^d
Portugal	5,23	0,30 ^a	2,94	13,11	3,24
Royaume-Uni	—	—	—	—	—
Suisse	10,89	1,00	1,49	46,58	2,33
Swède	9,47 ^d	2,10 ^d	2,38 ^c	34,14 ^c	—
Turquie	6,89	4,60	1,43	12,58	1,40

Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

^a 1994, ^b 1995, ^c 1996, ^d 1997.

Comme il a été indiqué plus haut, les effectifs de médecins, après avoir progressé très rapidement, se stabilisent actuellement et seront amenés à décroître dans les prochaines décennies : la densité moyenne pour 100 000 habitants était de 330 médecins en 2000 ; en 2020, elle devrait être de l'ordre de 250 médecins avec un *numerus clausus* maintenu à 4700 places de concours et de 270 avec un *numerus clausus* de 6000 (Niel, 2002).

Il est difficile d'anticiper les besoins et les attentes de la population en matière de soins médicaux ; il se peut en effet que de nouveaux modes d'organisation des soins, redistribuant les rôles attribués aux différentes professions de santé, entraînent une baisse des besoins en médecins. A titre d'exemple, la densité d'ophtalmologues, actuellement de 9 p. 100 000, devrait, sans diminution des besoins, être divisée par deux d'ici 2020. Dans ce cas précis, un partage de tâches et responsabilités avec les orthoptistes et les opticiens peut être envisagé.

²⁷ Des concours spécifiques ont été ouverts récemment pour ces trois dernières spécialités, insuffisamment choisis par les étudiants.

Ces substitutions supposent toutefois une disponibilité de la main-d'œuvre moins qualifiée.

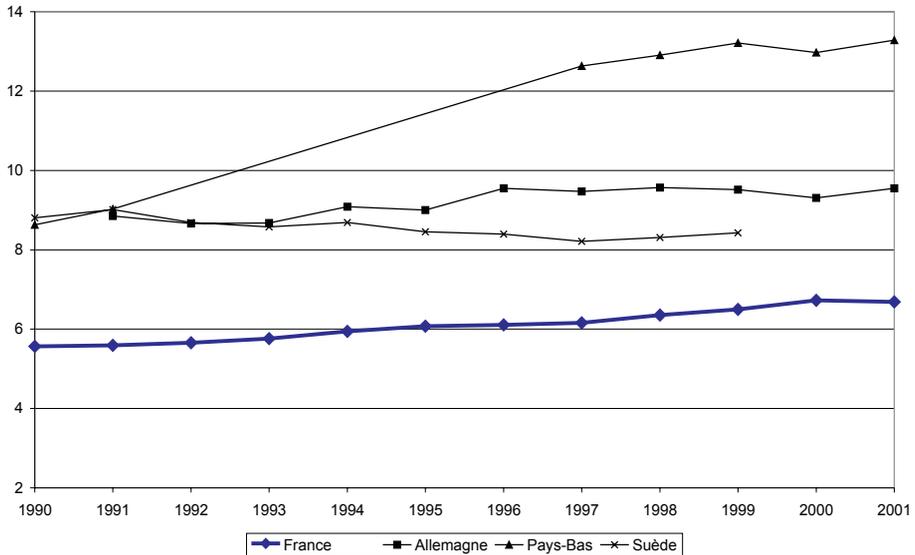
Toutefois, à moins long terme, quelques tensions sont prévisibles, notamment dans les zones rurales, où de nombreux médecins généralistes aspirent à la retraite et ne trouvent pas de remplaçants, mais aussi dans les zones péri-urbaines défavorisées, dans lesquelles les médecins hésitent à s'installer pour exercer une médecine à forte composante sociale. De même, certaines spécialités enregistrent déjà des diminutions d'effectifs. C'est le cas par exemple de l'anesthésie-réanimation, associée à de lourdes responsabilités et à de nombreuses astreintes, pour laquelle une filière d'internat spécifique vient d'être créée.

La distribution de l'offre de soins médicaux sur le territoire se caractérise par une forte disparité des densités régionales, allant de 241 médecins pour 100 000 habitants en Picardie à 425 en Ile-de-France, encore plus marquée pour les spécialistes que pour les généralistes. Les pouvoirs publics ont tenté de corriger cette situation par le biais d'une différenciation du *numerus clausus* et du nombre de postes ouverts à l'internat, en favorisant les régions à faible densité médicale. Cependant, même si les écarts régionaux se sont réduits en trente ans, les politiques modulant les effectifs régionaux d'étudiants n'ont pas eu tous les effets escomptés. En effet, 69% des médecins s'installent dans la région où ils ont été formés, mais de nombreux spécialistes ayant obtenu un poste d'interne dans une région moins pourvue en médecins, retournent exercer dans leur région d'origine.

Pour l'avenir, il est possible que les structures démographiques régionales de la profession médicale jouent dans le sens d'un rééquilibrage de l'offre. En effet, les régions actuellement les mieux dotées (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur...) sont également celles dans lesquelles exerce une proportion importante de médecins âgés.

Les dentistes étaient au nombre de 40 500 en 2000. La quasi-totalité d'entre eux exerçaient dans un cadre libéral (93%), les salariés travaillant essentiellement dans les dispensaires ou dans les organismes de Sécurité sociale. Après une première année d'étude commune avec les étudiants en médecine, les étudiants en dentaire sont recrutés sur concours avec *numerus clausus*. Un certain nombre d'actes effectués par les dentistes sont également pratiqués par les stomatologues, qui sont des médecins spécialistes, notamment les actes d'orthodontie et la pose de prothèses. Les compétences de ces derniers sont toutefois plus étendues, notamment aux interventions chirurgicales sur la bouche et les dents. Les 1400 stomatologues exercent essentiellement en secteur libéral (87%). Entre 1985 et 2000, les effectifs de dentistes ont augmenté de 16,6%, soit deux fois moins vite que les effectifs de médecins.

Fig. 19. Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants, en France métropolitaine et dans quelques pays européens, 1990–2001



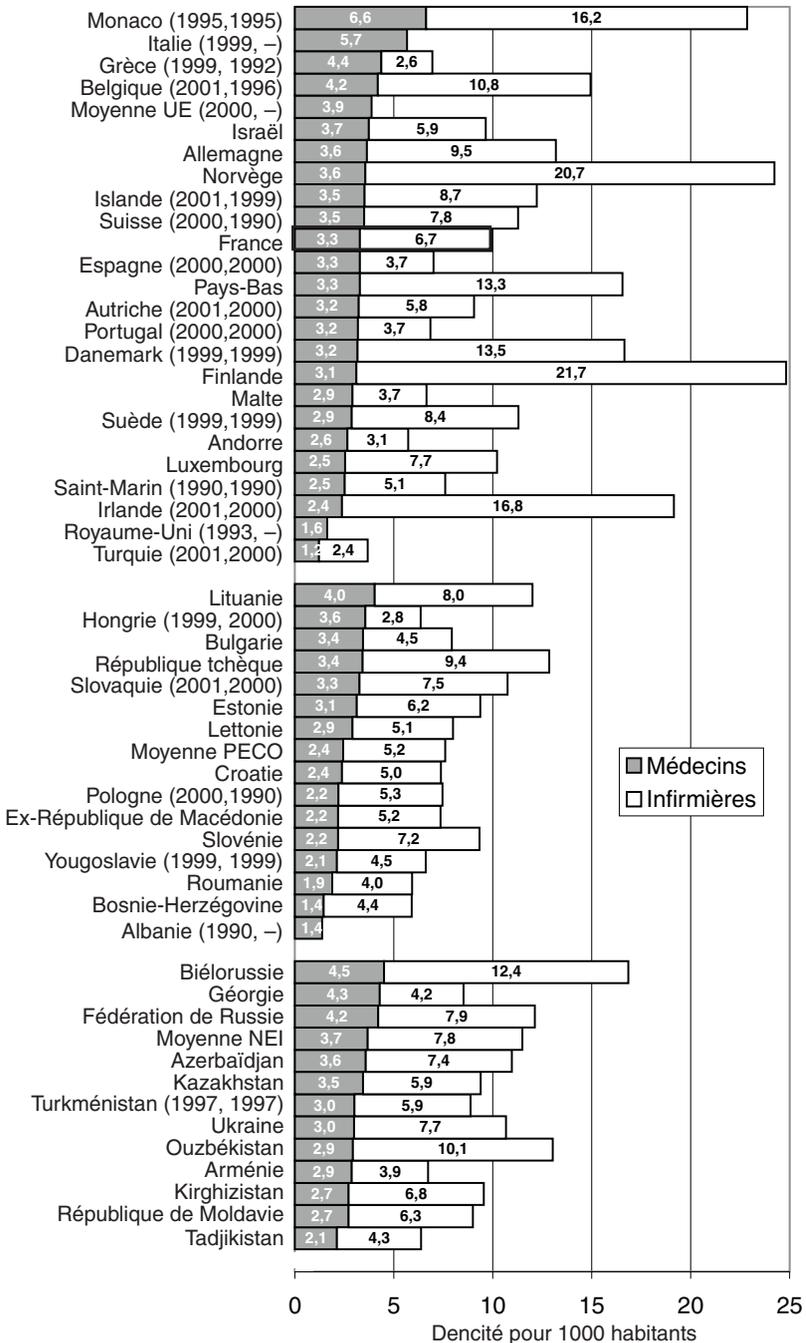
Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

Les sages-femmes exercent essentiellement dans les établissements où se pratiquent les accouchements et une grande partie de la surveillance périnatale. Ce mode d'exercice salarié concerne en effet 80% des 14 400 sages-femmes qui exerçaient en 2000. L'exercice libéral est choisi par 13,5% des sages-femmes et 5% travaillent pour les collectivités territoriales et les services de Protection maternelle et infantile. Les études durent 4 ans depuis 1988 et un quota est appliqué à l'entrée, il était de 723 postes en 1999. Depuis 1985, les effectifs ont augmenté de 57,4%.

Quelque 58 400 pharmaciens exerçaient en 2000. 72% d'entre eux exerçaient en officine, soit comme titulaires, soit comme assistants. Les autres pharmaciens exerçaient dans le secteur de la biologie (12%) ou étaient salariés d'établissements de santé, gérants mutualistes ou chargés de produits sanguins (15%). Les effectifs de pharmaciens augmentent, depuis le début des années 1990, à un rythme de 2,2% par an, plus faible que dans la période précédente.

Ce ralentissement résulte d'un *numerus clausus* qui limite l'accès aux études de pharmacie depuis 1980, et a diminué continuellement jusqu'en 1989. Actuellement, 2200 diplômes de pharmacie sont délivrés chaque année.

Fig. 20. Densité de médecins et d'infirmiers pour 1000 habitants en Europe, 2000 (ou dernière année disponible)



Source : Base de données européenne de la Santé pour tous.

NEI : Nouveaux états indépendants; PECO : Pays d'Europe centrale et orientale; UE : Union européenne.

La biologie médicale est une spécialité médicale dont le statut est particulier puisque deux filières d'internat sont accessibles, l'une aux étudiants en médecine, l'autre aux étudiants en pharmacie. En 2000, les trois quarts des 10 000 biologistes médicaux étaient des pharmaciens.

Les professions paramédicales

Au 1^{er} janvier 2000, la France comptait 383 000 infirmiers, dont près de 15% étaient spécialisés dans la prise en charge psychiatrique.²⁸ Les infirmiers peuvent exercer leur activité dans le secteur libéral mais près de 83% des infirmiers étaient salariés. L'hôpital public employait 56% des infirmiers et les établissements privés en employaient 13%. La formation à la profession est accessible sur concours ciblé sur un niveau baccalauréat. La formation de base dure 3 ans et les spécialisations éventuelles infirmier de bloc opératoire, puériculture et anesthésie durent respectivement 9, 12 et 24 mois. On estime que pour 100 étudiants reçus au concours, 75 exerceront finalement le métier d'infirmier.

La France connaît actuellement une pénurie de main-d'œuvre infirmière qui risque de s'amplifier dans les années à venir du fait du vieillissement de la population infirmière d'une part et de l'application de la loi Aubry sur la réduction du temps de travail prévue en 2002 dans les hôpitaux publics d'autre part. Les quotas d'entrée en formation de soins infirmiers (instaurés en 1983) ont été nettement revus à la hausse (passant de 18 270 pour 1999 à 26 180 en 2000 et 26 142 en 2001), mais en 2001, les candidats n'ont pas été assez nombreux. Pour occuper les nombreux postes vacants, gouvernement et établissements tentent d'inciter les infirmiers ayant cessé leur activité à revenir sur le marché du travail en offrant des formations de remise à niveau et ont recours à la main-d'œuvre étrangère (espagnole, libanaise...).

Dans les établissements, les aides-soignants, qui sont 377 000, participent aux soins prodigués aux patients, auxquels ils dispensent les soins de nursing (hygiène de la personne et aide pour les actes essentiels de la vie). En dehors de l'hôpital, leur intervention reste marginale ; ils sont généralement salariés au sein de services de soins à domicile. De fait, une grande partie des soins de nursing dispensés dans le secteur ambulatoire le sont par les infirmiers libéraux.

Un projet pour les soins infirmiers, actuellement en discussion, prévoit d'accroître les responsabilités confiées aux infirmiers libéraux en leur confiant une mission d'organisation et de coordination des soins, dont une partie pourrait être déléguée à des personnels moins qualifiés.

²⁸ Jusqu'en 1992, il existait une formation spécifique pour les infirmiers exerçant en psychiatrie.

A côté des infirmiers et des aides-soignants, des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture dispensent des soins aux enfants.

Les masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens, ergothérapeutes sont impliqués dans la rééducation. Ces deux dernières professions n'exercent que comme salariés en milieu hospitalier. Il en est de même pour les diététiciens. En revanche les pédicures-podologues peuvent, eux, avoir un exercice libéral dans un cabinet de ville.

Enfin, les opticiens, audioprothésistes, techniciens de laboratoires d'analyses, manipulateurs d'électroradiologie médicale et ambulancier forment le groupe des professions médico-techniques.

Tous ces professionnels paramédicaux sont formés en trois ans, souvent par des instituts de formation placés sous tutelle du ministère de la Santé, à l'exception des aides-soignants et auxiliaires de puériculture, formés en un an, des opticiens, audioprothésistes et diététiciens, formés en 2 ans, et des orthophonistes, formés en 4 ans.

Médicaments

La mise sur le marché et la prise en charge publique du médicament

Environ 8250 présentations différentes (pour 4570 spécialités) existent sur le marché français. Plus de la moitié d'entre elles sont inscrites sur la liste des spécialités remboursables, ce qui correspond à peu près à 4500 présentations remboursables. Les spécialités remboursables représentent 91,5% du chiffre d'affaires de l'industrie transitant par les officines (SNIP, 2000).

Tout médicament doit détenir une Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour être commercialisé. Pour obtenir cette AMM dans un pays de l'Union européenne, il existe trois procédures différentes : une procédure centralisée auprès de l'Agence européenne du médicament pour obtenir une AMM communautaire, une procédure décentralisée de reconnaissance mutuelle visant à obtenir une AMM européenne lorsqu'un médicament a déjà obtenu une AMM dans un pays, et enfin une procédure nationale. Selon les cas, l'AMM est donc délivrée par l'Agence européenne du médicament ou l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Pour obtenir une AMM, les médicaments doivent répondre à trois critères : la qualité pharmaceutique, la sécurité, l'efficacité. Tous les médicaments commercialisés en France depuis

1976 possèdent une AMM, à l'exception des produits homéopathiques qui, dans certaines conditions, peuvent en être dispensés, des préparations magistrales effectuées en pharmacie et des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation.²⁹

L'AMM précise les conditions de prescription et de délivrance des médicaments soumis à prescription et distingue en particulier ceux qui doivent faire l'objet de prescriptions médicales spéciales (stupéfiants) et ceux qui sont soumis à une prescription restreinte : médicaments réservés à l'usage hospitalier, médicaments à prescription initiale hospitalière, médicaments soumis à une surveillance particulière.

Pour être pris en charge par l'Assurance maladie, un médicament doit être inscrit sur la « liste des spécialités remboursables », fixée par arrêté ministériel, sur avis de la Commission de la transparence et du Comité économique des produits de santé (CEPS).

L'inscription sur la liste des produits remboursables est possible à condition que le produit apporte soit une amélioration du service médical rendu par rapport aux autres produits de la classe, soit une diminution dans le coût du traitement.

Les médicaments considérés comme « irremplaçables et particulièrement coûteux » sont pris en charge à 100% ; les médicaments « principalement destinés au traitement de trouble sans caractère habituel de gravité » sont remboursés à 35% ; et les autres produits à 65%.³⁰

Depuis octobre 1999, pour être inscrit sur la liste des spécialités remboursables, un médicament doit faire preuve de son Service médical rendu (SMR). Celui-ci est évalué par la Commission de la Transparence selon cinq critères : (1) l'efficacité du produit et ses effets indésirables, (2) sa place dans la stratégie thérapeutique au regard des alternatives thérapeutiques, (3) la gravité de la pathologie concernée, (4) le caractère curatif, préventif ou symptomatique du produit, et (5) son importance en termes de santé publique. Le service médical rendu doit être évalué en niveau absolu, indication par indication. Si le SMR est majeur ou important (A), modéré (B) ou faible mais justifiant néanmoins une prise en charge (C), il peut être inscrit sur la liste des produits remboursables pour une durée de cinq ans, au terme de laquelle il doit être réévalué.

Le niveau de remboursement est donc déterminé par le SMR et la gravité de la pathologie, selon le tableau ci-dessous :

²⁹ Procédure réservée aux médicaments n'ayant pas encore subi toutes les phases d'essai mais « qui traitent une affection grave ou rare pour laquelle il n'existait aucun traitement.

³⁰ Les médicaments remboursés à 35% représentent 7% des dépenses de médicament remboursées par l'Assurance maladie.

Chargée de réévaluer toute la pharmacopée selon ces nouveaux critères entre 1999 et 2001, la Commission de la transparence a attribué un SMR insuffisant à 835 spécialités (soit 18% des présentations). Environ 200 de ces produits ont vu leur taux de remboursement diminuer de 65 à 35% en décembre 2001 et 84

Tableau 16. Taux de remboursement résultant du décret du 27 octobre 1999

Service Médical Rendu	Pathologie « grave »	Pathologie « sans caractère habituel de gravité »
Majeur ou important	65%	35%
Modéré	35%	35%
Faible mais prise en charge sécu.	35%	35%
Insuffisant	0%	0%

Source : IRDES/DREES.

d'entre eux ont été exclus du remboursement en septembre 2003. Cette liste a en outre permis au gouvernement de légitimer des baisses de prix.

Le Comité économique des produits de santé (CEPS)³¹ fixe, par convention avec les laboratoires, les prix des médicaments. Le prix d'un médicament est fixé en fonction de l'amélioration que le produit apporte par rapport aux autres spécialités de sa classe thérapeutique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de ventes prévus... et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Le CEPS est composé des directeurs des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale (Direction de la Sécurité sociale et Direction générale de la santé) et des finances (Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes et Direction générale de l'industrie, des technologies, de l'information et des postes) et d'un représentant de l'Assurance maladie. Le Comité économique des produits de santé est également chargé de s'assurer du respect des accords par les laboratoires (CEPS, 2002).

Production, distribution, consommation

La France est, depuis 1995, le premier producteur européen de produits pharmaceutiques. L'industrie pharmaceutique française compte 300 entreprises et emploie environ 90 000 personnes. Elle réalise un chiffre d'affaires en spécialités pharmaceutiques de 24 milliards d'euros, dont un tiers est exporté. Les médicaments remboursables représentant 91,5% du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique réalisé par les officines (SNIP, 2000).

³¹ Le CEPS a été créé en 1999. Il succède au Comité économique du médicament, lui-même créé en 1996, en élargissant son champ de compétence aux dispositifs médicaux.

Comme la production, la distribution du médicament est très réglementée, aussi bien pour les grossistes que pour les pharmacies. 79% du chiffre d'affaires en spécialités humaines de l'industrie distribués par les grossistes, 6% sont vendus directement aux officines et 15% aux établissements hospitaliers publics et privés.

Les grossistes-répartiteurs forment un secteur très concentré dans lequel interviennent 16 entreprises, employant 15 000 personnes. Ils sont rémunérés par une marge dégressive fixée réglementairement. Depuis un arrêté du 28 avril 1999, cette marge s'élève à 10,74% pour la partie du prix fabricant hors taxe inférieure à €22,90 et 6% pour la partie supérieure à ce seuil. A côté des grossistes-répartiteurs, 138 entreprises dépositaires participent à la distribution en gros de médicaments.

Les pharmacies ont le monopole de la vente des médicaments. Seuls les pharmaciens peuvent être propriétaires d'une officine ou constituer une société en vue d'exploiter une officine. Par ailleurs, ces pharmaciens ou sociétés ne peuvent être propriétaires de plusieurs officines. On compte environ 22 700 officines en 2000. Sauf dérogation, l'installation des pharmacies est réglementée par un *numerus clausus* qui tient compte à la fois de la population à desservir et de la distance d'accès. Les pharmaciens sont rémunérés, depuis septembre 1999, selon un système mixte associant une composante forfaitaire (€0,53 par conditionnement majoré de €0,3 pour certaines spécialités) et une marge dégressive (26,1% pour la partie du prix fabricant hors taxe inférieure à €23, 10% pour la partie supérieure à ce seuil). A côté des officines privées, existent quelques pharmacies détenues par des mutuelles ou le régime d'Assurance maladie des mines.

La règle générale pour l'acquisition de médicaments a longtemps été l'avance de frais par le patient, suivie d'un remboursement par les caisses d'Assurance maladie, puis éventuellement la couverture maladie complémentaire. Aujourd'hui, la pratique du « tiers-payant », règlement direct au pharmacien par les caisses d'Assurance maladie, qui dispense le patient d'avance de frais, se généralise : il concerne environ deux tiers des acquisitions. Le taux de remboursement moyen des médicaments acquis sur ordonnance est d'environ 73%.³²

Par rapport à leurs voisins européens, les Français sont considérés comme de gros consommateurs de médicaments.³³ La dépense de pharmacie par habitant approche €380 par an. Depuis 1990, les dépenses ont augmenté de 5,3% par an en valeur (4,8% en volume), et leur progression s'accélère continûment depuis 1997. Ces dépenses, comprenant aussi bien l'acquisition de produits prescrits,

³² Pour le Régime général d'Assurance maladie.

remboursés ou non, que l'automédication, sont prises en charge publiquement à hauteur de 63%, le reste étant financé à parts égales (18,5%) par les assurances complémentaires et par les ménages.

Politiques du médicament

Le contrôle des prix des produits pharmaceutiques a souvent été utilisé comme instrument pour infléchir la progression des dépenses de pharmacie. Toutes les composantes du prix public du médicament : prix fabricant, marges des grossistes et des pharmaciens et taxes, ont été régulièrement revues à la baisse, surtout dans les années 80.

Dans ces mêmes années, trois mécanismes ont été utilisés pour diminuer le niveau de prise en charge publique. Premièrement, des produits ou groupes de produits ont vu leur taux de prise en charge diminuer ou devenir nul ; c'est le cas par exemple des antitussifs, expectorants, phlébotoniques et certaines vitamines, dont le taux de prise en charge a diminué en 1982, et des antidiarrhéiques, antispasmodiques, vasodilatateurs périphériques qui ont subi le même sort en 1985. Deuxièmement, les taux de remboursement de l'ensemble des produits (hormis ceux qui sont pris en charge à 100%) ont été réduits de 5 points en 1992, passant de 70 à 65% et de 40 à 35%.

Depuis le début des années 90, les politiques du médicament ont changé, privilégiant d'une part la promotion du bon usage du médicament, adoptant d'autre part un mode de régulation plus contractuel avec les partenaires du secteur pharmaceutique.

Depuis 1994, l'État et le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) signent périodiquement des « accords cadre ». Ces accords définissent des objectifs communs aux deux parties et établissent le cadre général des conventions qui sont ensuite signées entre le Comité économique des produits de santé et chaque laboratoire. Ainsi, l'accord cadre signé en juin 2003 pour la période 2003–2006, engage l'industrie du médicament et l'État à échanger des informations, assurer un suivi périodique des dépenses, promouvoir le bon usage du médicament, le développement des génériques, des tarifs forfaitaires de responsabilité et de l'automédication. L'État s'engage à l'accélération des procédures et à accorder des avantages spécifiques pour les médicaments innovants (dépôt de prix), les médicaments orphelins et les médicaments pédiatriques. En contre-partie, les entreprises s'engagent sur la réalisation

³³ A titre d'exemple, en 1992 la consommation de psycholeptiques était 2 à 3 fois supérieure à celle des Italiens, 4 fois supérieure à celle des Allemands ou des Anglais ; la consommation d'antibiotiques ou de vasodilatateurs se situait dans un rapport de 1 à 2 avec les mêmes pays (Source : Lecomte, Paris, 1994).

d'études de suivi en pratique réelle qui peuvent être demandées pour certains médicaments (cf. la partie *Allocation des ressources financières*).

Sur ces bases, les conventions individuelles définissent pour chaque laboratoire le prix des spécialités remboursables, en fonction du marché actuel et des prévisions de ventes concernant ces spécialités. Fin 1999, 143 conventions étaient signées entre l'État et les laboratoires ; elles couvrent 97 % du chiffre d'affaires de la profession. Enfin, dans le cadre du respect de l'ONDAM, les laboratoires sont passibles de reversement en cas de dépassement des dépenses prévues pour le secteur du médicament.

La régulation visant les prescripteurs a pris deux modalités, de logiques différentes : d'une part, dans la logique de promotion du bon usage du médicament, les « Références médicales opposables » (RMO) ont été instaurées en 1999 ; d'autre part, les objectifs de dépenses opposables aux médecins, prévus par les ordonnances de 1996, incluaient déjà les montants de pharmacie prescrite, rendant ainsi les médecins responsables de leurs prescriptions. Toutefois, les modalités de sanctions applicables en cas de dépassement n'ont jamais pu être définies juridiquement et la mesure n'a pas pu s'appliquer.

La promotion du médicament générique, pratiquement inexistante jusque là du fait des prix relativement bas des médicaments en France, est également apparue dans les années 90. Elle s'est concrétisée par la publication d'un arrêté ministériel en 1997 définissant la notion de générique, par la publication, par la Cnamts, d'un Guide des équivalents thérapeutiques, diffusé auprès des médecins et par des campagnes publicitaires à destination du grand public (en 2000). Enfin, une évolution de la réglementation en juin 1999 a donné le droit de substitution aux pharmaciens, tout en leur garantissant, en cas de substitution, une marge équivalente à celle correspondant à la délivrance du produit princeps. Un protocole d'accord entre l'État et les syndicats de pharmaciens officinaux prévoit même un taux de substitution à atteindre, dont le respect conditionne la prochaine revalorisation de la rémunération des pharmaciens. Fin 1999, les génériques ne représentaient que 2% du marché des produits remboursables. Depuis janvier 2002, les médecins ont le droit de prescrire en dénomination commune (DCI).

Évaluation des technologies

Mise sur le marché et prise en charge des dispositifs médicaux

En France, le terme « dispositif médical » est utilisé pour désigner « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits

d'origine humaine, [...] destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales [...] ». Ces dispositifs peuvent être utilisés pour le diagnostic, la prévention, le contrôle, le traitement ou l'atténuation d'une maladie, d'une blessure ou d'un handicap, pour l'étude, le remplacement ou la modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique, ou pour la maîtrise de la conception³⁴ (cf. Charvet-Protat et Maisonneuve, 2000).

Selon des sources professionnelles, l'industrie des technologies médicales emploie environ 20 000 personnes et réalise un chiffre d'affaires global de 30 milliards de francs.

L'ensemble des dispositifs médicaux est soumis à des règles communes de mise sur le marché, mais tous ne sont pas pris en charge de la même façon.

La mise sur le marché d'un dispositif médical est soumise au marquage CE (Communauté européenne), obligatoire depuis 1998 pour l'ensemble des dispositifs médicaux. Le marquage CE est une procédure d'homologation européenne, non spécifique aux dispositifs médicaux, qui permet aux états membres de l'Union européenne de mettre sur le marché ces dispositifs sans inspection ni contrôle additionnel. Il garantit la conformité à des normes de production européennes. Chaque État délègue ses responsabilités à des organismes agréés, chargés de la délivrance du marquage CE. En France, cet organisme est un groupement d'intérêt économique entre le Laboratoire national d'essais et le Laboratoire central des industries électriques : le G-MED.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a pour mission de faire appliquer les lois et règlements relatifs à l'importation, aux essais, à la distribution en gros, à l'exploitation, à la mise sur le marché, à la publicité, à la mise en service ou à l'utilisation des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme.

L'État et l'Assurance maladie définissent ensuite la liste des produits pris en charge par la collectivité et le taux de prise en charge. Les règles de prise en charge diffèrent selon que les dispositifs sont implantables ou non, et selon qu'ils sont utilisables ou non à domicile. Elles prennent deux formes essentielles :

- 1) le coût du dispositif médical est intégré dans la rémunération d'un acte médical ou chirurgical comprenant l'utilisation de ce dispositif. C'est le cas, par exemple, du matériel utilisé dans le cadre d'une intervention

³⁴ Ne sont pas considérés comme des dispositifs médicaux : les dispositifs liés au diagnostic in vitro, les médicaments, les produits cosmétiques, le sang humain et ses produits dérivés, les organes, tissus ou cellules d'origine humaine et leurs produits dérivés, les organes, tissus ou cellules d'origine animales et produits dérivés sauf s'ils entrent non viables dans la construction du dispositif et les équipements de protection individuelle relevant du Code du travail (articles L.665-3 et R. 665-1 du Code de la santé publique définissant les dispositifs médicaux).

chirurgicale ou d'une exploration, qu'il s'agisse de petit matériel à usage unique, d'endoscopes ou d'appareils d'anesthésie-réanimation.

Dans ce cas, si l'acte est effectué dans le secteur public, le financement du dispositif est, sauf exception, à trouver dans la dotation globale donnée aux établissements.

En revanche, si l'acte est effectué dans le secteur privé, le coût du dispositif est pris en compte soit dans le tarif de l'acte en question figurant dans la Nomenclature générale des actes professionnels, soit dans la rémunération de son environnement technique (forfait de salle d'opération par exemple).

- 2) le dispositif est pris en charge en tant que tel : c'est le cas par exemple des orthèses et prothèses externes, des prothèses internes et implants d'origine humaine ou animale, des véhicules pour handicapés. Dans ce cas, il est « inscrit au TIPS » (tarif interministériel des prestations sanitaires) et un tarif de responsabilité est défini par le Comité économique des produits de santé, sur avis de l'AFSSAPS. Ce tarif fixe le montant auquel s'appliquera le taux de remboursement du dispositif par l'Assurance maladie obligatoire. Pour certains dispositifs, ce tarif est opposable aux professionnels de santé, c'est à dire qu'ils ne peuvent facturer le dispositif au-delà du tarif ; pour d'autres dispositifs, le prix est librement fixé par le fabricant et le professionnel qui le vend. Dans certains cas, par exemple les prothèses dentaires, les prix pratiqués sont très supérieurs aux tarifs fixés, laissant à la charge des assurances complémentaires et des patients une partie importante des frais.

Depuis 1981, la Commission consultative des prestations sanitaires était chargée d'évaluer les dispositifs sur le plan technique et médical, d'étudier les indications, d'examiner les coûts et proposait à la fois l'inscription sur la liste des produits remboursables et les tarifs de responsabilité. Cette commission était composée de représentants du ministère chargé de la santé, du ministère de l'Agriculture, du ministère des Anciens combattants et des

Tableau 17. Équipements soumis à autorisation – densité pour un million d'habitants en France et dans quelques pays européens, 1997

Pays	Scanographes CT	Scanographes IRM	Équipement radiothérapie	Lithotriteurs
France	9,7	2,5	7,8	0,8
Allemagne	17,1	6,2	4,6	1,7
Italie	14,6	4,1	2,4	–
Royaume-Uni	–	–	3,3	–
États-Unis	13,7	7,6	4,4	2,3
Pays-Bas	–	–	7,2	–

Source : OCDE 2001.

trois caisses d'Assurance maladie. Industriels et professionnels de santé étaient consultés dans le cadre de cette commission.

Les tarifs étaient fixés en fonction des coûts de production, pour une classe ou une catégorie de produits, sans référence à la marque.

Les industriels du secteur des dispositifs médicaux ont récemment dénoncé le manque de transparence de ces procédures, la non-prise en compte de résultats internationaux d'évaluation, qui retarde la prise en charge soumise à une nouvelle évaluation ; enfin, ils regrettent que le service médical rendu ne soit pas évalué. Selon eux, les prix souvent fixés trop bas et l'obligation de fournir gratuitement les produits utilisés dans les phases d'essais (depuis 1988), compromettent la viabilité du secteur (Biot, Corbin, 1999).

Depuis mars 2001, les modalités d'évaluation des dispositifs médicaux et les critères d'inscription sur la liste des produits remboursables sont très semblables à ceux qui s'appliquent au médicament et un équivalent de la Commission de la transparence (la Commission d'évaluation des produits et prestations visés à l'article L165-1) a été créé.

Évaluation et contrôle des technologies

A l'heure actuelle, l'évaluation des technologies, nouvelles ou anciennes, n'est que partielle et laissée à l'initiative des professionnels et des établissements. On peut attendre de la nouvelle AFSSAPS que cette évaluation soit plus systématique, mais sa création très récente ne permet encore pas de porter un jugement.

L'ANAES, qui s'était vu confier un rôle d'évaluation des technologies à sa création, a peu investi dans ce domaine. Toutefois, à la demande de la CNAMTS, elle a évalué un certain nombre d'actes techniques pour valider leur inclusion dans la future nomenclature des actes médicaux. Elle a également très récemment publié une évaluation concernant les appareils d'IRM à bas champ magnétique.

De fait, comme mentionné dans une partie précédente, le contrôle des technologies, en particulier les plus coûteuses, s'opère par le contrôle physique de leur diffusion. C'est le cas par exemple pour les appareils d'IRM et les scanographes. Dans certains domaines, les médecins dénoncent le retard technologique de la France par rapport à ses voisins européens (cf. Tableau 16).

Allocation des ressources financières

Détermination des budgets et l'allocation des ressources

L'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)

Depuis 1996, chaque année, le Parlement vote un objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) pour l'année à venir dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit d'un plafond de dépenses, exprimé en montant.

Initialement, cet objectif était fixé en appliquant un taux d'évolution par rapport à l'objectif de l'année précédente, et non pas aux dépenses réalisées. Pour 1998 et 1999, les taux d'évolution ainsi définis étaient respectivement de +2,3% et +2,6%.

Mais à l'exception de la première année (1997), les dépenses effectives ont toujours excédé les plafonds votés. Ces dépassements avaient pour conséquence mécanique de rendre d'autant plus difficile le respect des objectifs des années suivantes, avec un effet d'étranglement progressif.

Depuis 2000, la méthode de fixation de l'ONDAM a changé : le taux d'évolution est appliqué non pas aux dépenses prévisionnelles, mais aux dépenses réellement constatées, ou du moins à l'évaluation provisoire de ces dépenses disponible au mois de septembre, puisque le vote de l'ONDAM a lieu avant la fin de l'année. Ce changement revient, de fait, à entériner le dépassement

des objectifs et à l'intégrer dans la base de calcul servant à définir l'objectif de l'année suivante.³⁵

Le tableau ci-dessous fait apparaître les objectifs et les dépenses réellement constatées. Depuis sa mise en place, l'ONDAM n'a été respecté que la première année, en 1997. Les dépenses réelles ont été pour les quatre années suivantes très supérieures aux objectifs.

Tableau 18. ONDAM 1997–2001 : objectifs et réalisations

	1997	1998	1999	2000	2001	2002 ^b
ONDAM en MD €	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8
Dépenses réelles ^a	81,4	95,1	97,6	103,0	108,1	–
Écart = dépenses réelles – ONDAM	–0,1	1,5	1,6	2,7	2,4	–
Taux d'évolution de l'ONDAM (par rapport aux dépenses n–1) ^a		2,4%	1,0%	2,8%	2,6%	4,3%
Taux d'évolution des dépenses (par rapport aux dépenses n–1)	–	4,0%	2,6%	5,6%	5,0%	–

Source : Comptes de la Sécurité sociale, années 1998–2002.

^a Résultat provisoire pour l'année 2001

^b A partir de 2002 le système de comptabilité des caisses a changé ; l'ONDAM 2002 n'est donc pas comparable aux chiffres des années précédentes – à mode de calcul inchangé, le taux d'évolution par rapport aux dépenses 2001 est de +3,8% (au lieu de +4,3%).

Au total, la crédibilité de ce système est aujourd'hui fortement entamée, dans la mesure où les régulations financières des différents secteurs ne permettent pas d'assurer le respect de l'objectif et où des enveloppes financières supplémentaires sont allouées en cours d'année à la suite de mouvements sociaux. Le corps médical libéral a, quant à lui, toujours été opposé au principe même d'un encadrement financier *a priori* de la dépense, et cette opposition ne se dément pas.

La répartition de l'ONDAM en quatre sous-objectifs

Une fois l'objectif global fixé, le Gouvernement le décompose en quatre enveloppes :

- les soins de ville, qui comprennent :
 - la rémunération des soins dispensés en cabinet de ville ou cliniques par les médecins, dentistes, auxiliaires, biologistes (ce sont les honoraires

³⁵ Le risque précédemment évoqué n'est cependant pas totalement écarté si les réalisations finales s'écartent trop des prévisions. Cela a été le cas par exemple en 2000. Au moment du vote de la loi, les prévisions de dépenses pour 2000 se fondaient sur une progression de 4,9 % (à comparer à un objectif de 2,5 %). En réalité, la croissance des dépenses 2000 a été de 5,6%. De ce fait, l'ONDAM 2001 de €105,7 milliards ne correspondait qu'à un accroissement de 2 % par rapport à l'année précédente – et non 3,5% comme annoncé initialement. L'objectif 2001 apparaissait dès lors d'emblée irréalisable.

de tous les praticiens exerçant dans un cadre libéral) ; y sont ajoutés les honoraires de consultations externes des médecins exerçant dans les établissements de soins public ;

- les prescriptions délivrées en ville (médicaments, transports sanitaires...) et les indemnités financières en cas d'arrêt de travail.
- l'hospitalisation publique,
- les cliniques (hors honoraires des médecins, inclus dans le premier poste),
- le secteur médico-social : établissements et services pour personnes âgées et handicapés.

Pour 2001, l'objectif global de 3,5% se décompose en +3% pour les soins de ville, +3,4% pour les hôpitaux publics, +3,3% pour les cliniques et +5,8% pour le secteur médico-social. Depuis la mise en place du dispositif de l'ONDAM, une priorité a été régulièrement donnée au secteur médico-social sur le sanitaire.

Les dépenses de soins de ville et l'Objectif des dépenses déléguées (ODD)

Depuis 2000 est isolé, au sein des soins de ville, un sous-ensemble dit de « dépenses déléguées » qui comprend essentiellement les honoraires des professionnels libéraux et de transports sanitaires (les prescriptions de médicaments, orthopédie, lunetterie, etc. en sont exclues). La gestion en est confiée aux caisses d'Assurance maladie, qui sont tenues de respecter des taux d'évolution fixés par le gouvernement pour ces dépenses. Ces taux sont inscrits dans le contrat d'objectif entre l'État et la CNAMTS.

Les caisses d'Assurance maladie sont aussi chargées de négocier avec les professionnels de santé libéraux, pour définir, au sein de cet ensemble, des objectifs de dépenses spécifiques à chaque profession et des mesures permettant d'assurer le respect de ces objectifs.³⁶ Elles rendent compte au gouvernement et peuvent proposer des mesures, à défaut d'accord avec les professionnels.

Ce système n'a véritablement fonctionné qu'en 2000. En 2001, l'ODD a été fixé mais est resté lettre morte. En 2002, il n'a pas été fixé.

Les autres dépenses de soins de ville sont pour l'essentiel des prescriptions de médicaments et autres produits de santé.

³⁶ En 2000, la répartition de l'objectif délégué (+2%) a été la suivante : médecins généralistes : +1,3% ; médecins spécialistes : +0,9% ; chirurgiens dentistes : 0% ; biologistes : 0% ; infirmiers : +2,1% ; orthophonistes et orthoptistes : +4%.

Une régulation spécifique pour le secteur du médicament

Le secteur du médicament est régulé par un mécanisme spécifique. Un objectif de croissance du chiffre d'affaire réalisé par les entreprises sur les produits remboursables, appelé « taux K », est défini dans chaque loi de financement. Le dépassement de ce taux de croissance déclenche le dispositif de régulation géré par le Comité économique des produits de santé, qui aboutit au reversement d'une partie de l'excédent par les entreprises à l'assurance maladie (cf. la partie *Médicament*).

Les dépenses d'hospitalisation publique

Une fois fixé l'objectif de dépenses pour les hôpitaux publics, celui-ci est réparti entre les régions, avec un objectif de réduction des inégalités régionales. La péréquation est réalisée sur la base d'une formule qui prend en compte quatre éléments :

- un nombre d'hospitalisations théorique dans la région, calculé par application des taux d'hospitalisation nationaux adaptés à la structure démographique de la région,
- pondéré par un indice comparatif de mortalité (exprimant la sur- ou sous-mortalité relative de la région par rapport à la moyenne nationale),
- la productivité des hôpitaux de la région, mesurée par la valeur d'un indicateur appelé "point ISA". L'activité de tous les hôpitaux est en effet valorisée en points en fonction de la lourdeur des cas traités³⁷ et les dépenses de la région sont ensuite rapportées au total des points de tous les hôpitaux pour estimer le coût unitaire du point ; s'il est plus élevé que la moyenne, la région est considérée comme moins productive et l'on en tiendra compte dans sa dotation même si, par ailleurs, elle est considérée comme mal lotie sur le plan des besoins,
- les flux de patients entre régions.

En 2001, pour une augmentation moyenne de 3,5%, les taux d'évolution régionaux sont allés de +2,5% (région parisienne) à +5,4% (Poitou-Charentes).

L'objectif déclaré est que les trois régions les moins bien pourvues (Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Poitou-Charentes) rattrapent, sur la durée du SROS³⁸ (1999–2004), la région immédiatement supérieure. Sur les 3 dernières années, la croissance des dépenses hospitalières dans ces régions a été de l'ordre de 14%, contre 9% au niveau national.

³⁷ Avec une catégorisation des séjours proche des *Diagnostic-Related-Groups* américains.

³⁸ Schéma régional d'organisation des soins, pour une définition.

Les écarts régionaux se réduisent également sur le plan de la productivité moyenne des hôpitaux, bien que ce ne soit pas le seul critère utilisé dans la péréquation. La dispersion des valeurs moyennes régionales du point ISA (cf. page 11) a diminué sur les 5 dernières années.

Les dépenses des cliniques (établissements à but lucratif)

Chaque année, depuis 1992, un budget est fixé pour l'ensemble des dépenses des cliniques, sous la forme d'un « objectif quantifié national » (OQN). Le respect des objectifs est assuré *a posteriori* par la modification des tarifs (à la hausse ou à la baisse selon les résultats constatés).

Cet objectif a été, jusqu'en 1999, négocié de manière tripartite entre l'État, l'Assurance maladie et les représentants des cliniques. Les variations de tarifs résultant de ces accords étaient uniformément appliquées sur le territoire national.

Depuis 2000, la négociation a lieu entre L'État et les organisations de cliniques et des possibilités de modulation régionales sont introduites. L'accord national fixe le montant de l'objectif global et :

- l'évolution moyenne nationale des tarifs ;
- l'évolution moyenne dans chaque région, avec un objectif de rééquilibrage interrégional ;
- les fourchettes de taux au sein de la région, autour de la moyenne régionale (les tarifs de chaque clinique sont ensuite fixés par les agences régionales d'hospitalisation (ARH) au sein de cette fourchette).

Puis, au niveau régional, des accords sont conclus entre les ARH et les organisations représentatives des cliniques, afin de définir les règles générales et les critères à retenir pour fixer les tarifs de chaque clinique. Ces critères tiennent

Tableau 19. Objectifs de dépenses et réalisations par type de soins 1997–2002

	1997		1998		1999		2000		2001		2002
	dépenses		dépenses		dépenses		dépenses		dépenses		dépenses
	objectif	réelles									
Soins de ville	39,9	39,8	40,8	42,1	41,9	43,6	44,5	47,0	47,6	50,0	–
Hôpitaux publics	37,1	37,1	37,9	37,7	36,7	38,6	39,8	39,9	41,1	41,2	–
Cliniques	6,2	6,2	6,3	6,4	6,3	6,3	6,4	6,5	6,7	6,8	–
Médico-social	6,1	6,2	6,3	6,6	6,7	6,7	7,2	7,1	7,7	7,5	–
Divers	2,2	2,1	2,3	2,3	2,4	2,3	2,5	2,5	2,6	2,6	–
Total	91,5	91,4	93,6	95,1	96,0	97,6	100,4	103,0	105,7	108,1	112,8

Sources : Comptes de la Sécurité Sociale, années 1998–2002.

compte des priorités régionales, des objectifs de la planification hospitalière et de la productivité des établissements.

Paiement des hôpitaux

Les règles de paiement des établissements de santé

Le mode de paiement des hôpitaux est différent selon leur statut.

Jusqu'en 1983, les hôpitaux publics étaient financés par prix de journée. Le prix de journée était calculé *ex ante*, pour chaque établissement et chaque discipline, en rapportant les charges prévisionnelles au nombre de journées prévues pour l'année à venir. Il s'agissait donc d'un paiement rétrospectif des coûts. Ces coûts étaient encadrés, depuis 1979, par un taux directeur (c'est-à-dire que les hôpitaux n'étaient pas autorisés à dépenser plus que le budget accordé), mais cet encadrement a été assez lâche dans les premières années. Il s'est renforcé depuis le milieu des années 80, et parallèlement le prix de journée a été remplacé par une dotation globale. Aujourd'hui on peut considérer que l'on est plus proche d'un paiement prospectif.

La rémunération des établissements à but lucratif comporte deux composantes : d'une part, des prix de journée couvrant les frais d'hébergement, de soins infirmiers et de nursing, les frais de pharmacie et de petit matériel ; d'autre part, une rémunération pour l'environnement technique, directement liée à l'importance des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés. Les médecins réalisant les actes en clinique sont rémunérés à l'acte.

Les établissements privés à but non lucratif peuvent ou non participer au service public (en assurant les gardes, les urgences, en participant à la formation...). Dans le premier cas, leur mode de financement est aligné sur celui des hôpitaux publics (budget global). Les non participants, qui étaient jusqu'en 1998 financés par prix de journée, ont dû depuis opter pour le budget global ou pour le mode de paiement des cliniques (à but lucratif).

Établissements sous dotation globale

La dotation globale versée par les caisses d'Assurance maladie aux établissements de santé participant au service public hospitalier est déterminée par les règles suivantes :

- 1) Chaque établissement établit et transmet à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) un budget prévisionnel, dans lequel figurent les charges et produits d'exploitation, calculés en tenant compte des orientations

d'activité de l'établissement, telles qu'elles sont définies dans le contrat pluriannuel qui lie l'établissement et l'ARH.

- 2) Le directeur de l'ARH peut demander à l'établissement de modifier son budget en se basant sur l'un ou plusieurs des éléments suivants : le montant de la dotation régionale, les priorités d'orientation du SROS ou de la politique de santé, le projet d'établissement ou encore l'activité et les coûts de l'établissement, qui sont comparés à ceux des autres établissements. Le montant des dépenses autorisées est celui qui figure dans le budget présenté par l'établissement et accepté par l'ARH.
- 3) La dotation globale est alors calculée comme le solde des dépenses autorisées et des recettes « autres que la dotation globale » de l'établissement qui sont : le forfait journalier versé par les hospitalisés, le paiement des consultations externes, les ventes de médicaments dont la distribution est réservée à l'hôpital, le paiement de repas par le personnel...

Initialement, les budgets et les dotations globales étaient fixés essentiellement sur des bases historiques, c'est-à-dire en appliquant des taux d'accroissement uniformes à tous les hôpitaux. Depuis quelques années, les agences régionales de l'hospitalisation utilisent le PMSI pour opérer des redistributions. Les ARH ont l'initiative dans ce domaine et les modalités de fixation des budgets sont différentes d'une région à l'autre. Le PMSI n'est d'ailleurs pas le seul critère utilisé, car les budgets sont aussi alloués en fonction des priorités de la planification hospitalière. Au total, il est assez difficile aujourd'hui de dresser un panorama national, et notamment d'apprécier l'ampleur des redistributions budgétaires opérées dans les régions en fonction de la performance des établissements.

La dotation globale est versée mensuellement, par douzièmes, à l'établissement par la Caisse pivot, c'est en général la Caisse primaire d'Assurance maladie du secteur dans lequel se situe l'hôpital. En théorie, les hôpitaux ne peuvent pas dépasser le budget qui leur a été alloué. Ils ne peuvent donc être déficitaires que si les recettes (autres que la dotation globale) sont inférieures aux prévisions. Toutefois, dans la pratique, un directeur d'hôpital peut, pour respecter son budget, reporter des paiements d'une année sur l'autre, au risque d'aggraver, sur le long terme, ses difficultés financières. L'ARH peut être alors amenée à lui accorder un budget supplémentaire.

L'ARH doit faire en sorte que la somme des dotations allouées à chaque hôpital ne dépasse pas la dotation régionale.

Des prix de journée sont également définis par grande catégorie de lits (médecine, chirurgie, obstétrique...) pour servir de base au calcul du ticket modérateur payé par le patient.

Cliniques (établissements à but lucratif)

En 2000, les cliniques étaient rémunérées de la façon suivante :

- Un prix de journée couvre l'ensemble des dépenses d'hébergement, les soins d'infirmiers et de nursing des patients en hospitalisation complète. La valeur de ce forfait est déterminée par convention au niveau régional entre les agences régionales de l'hospitalisation et les représentants des établissements ; le tarif est établi par grande discipline (médecine, chirurgie, obstétrique, spécialités coûteuses...).
- Un forfait d'accueil et de suivi (FAS) couvre les dépenses afférant aux séjours des patients ambulatoires. Ce forfait peut prendre deux valeurs (46 ou 76 euros) selon l'importance de l'acte réalisé. Il est déterminé au niveau national.
- Un forfait rémunère l'utilisation de petits matériels dans le cadre d'actes réalisés en soins externes, il est fixé à 15 euros sur l'ensemble du territoire.
- Un forfait journalier couvre la consommation pharmaceutique.
- Enfin, l'environnement technique nécessaire à la réalisation d'un acte (acte diagnostique, thérapeutique ou accouchement) est rémunéré par un montant strictement proportionnel à la valeur de cet acte, définie dans la nomenclature applicable aux actes effectués par les médecins libéraux. La rémunération de l'environnement est en effet directement liée à l'importance de l'acte par un système de lettres-clés, correspondant à l'utilisation d'un bloc opératoire (forfait de salle d'opération), d'une salle d'exploration (forfait de sécurité et d'environnement) ou d'une salle d'accouchement (forfait de salle d'accouchement).

Les prix unitaires (pour les prix de journée ou la rémunération des actes techniques) varient selon les établissements et les régions. Une politique d'harmonisation des tarifs a été poursuivie, notamment depuis la mise en place de l'OQN il y a une dizaine d'années.

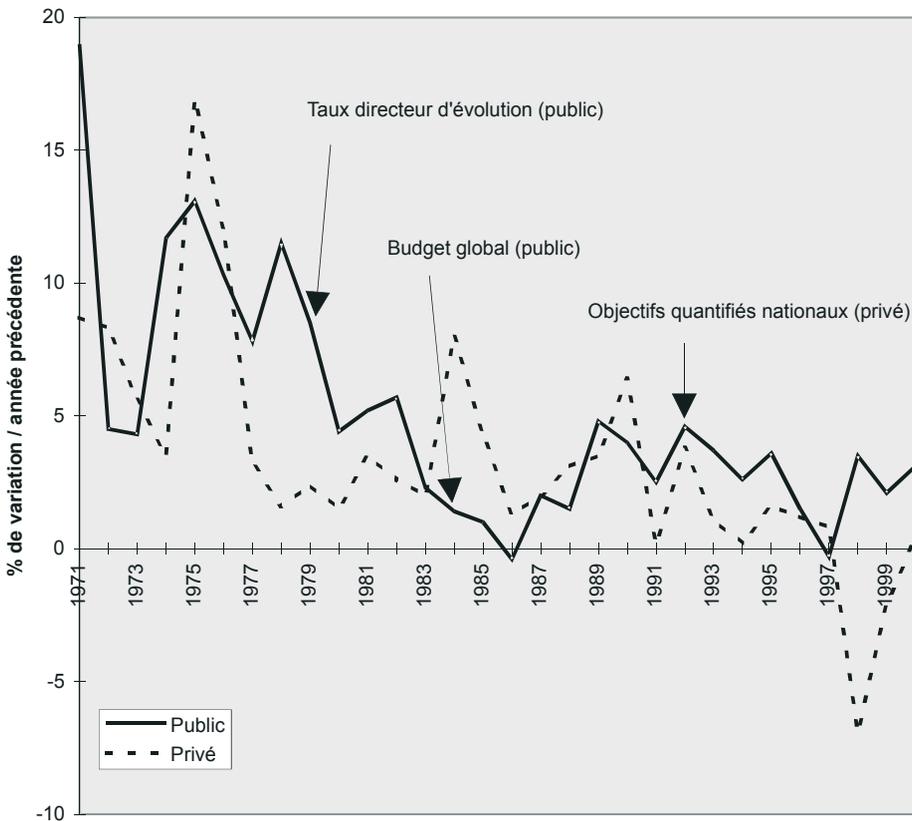
La rémunération des actes médicaux ou chirurgicaux, des examens d'imagerie et des actes de biologie effectués dans les cliniques est directement versée aux praticiens qui y exercent dans un cadre libéral. En général, ces derniers reversent une partie de leurs honoraires à l'établissement, en échange de la mise à disposition de l'équipement et du personnel. Le montant de cette redevance est fixé par le contrat qui lie le médecin et la clinique et est extrêmement variable, en fonction de la spécialité, de la région, mais aussi de caractéristiques individuelles de l'établissement ou du médecin (réputation, notoriété...).

Dans le milieu des années 90, la rentabilité³⁹ des cliniques a diminué, passant de 1,9% en 1996 à 0,9% en 1999. L'année 2000 marque en revanche, grâce à des augmentations de tarifs, une reprise de la progression du chiffre d'affaires et de la rentabilité qui s'établit à 1,2% (Beudaert, 2000).

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et perspectives de paiement à la pathologie

Le paiement à la pathologie est l'une des options envisagées pour rémunérer les établissements dans les années à venir. Les expérimentations lancées dès 2000 auprès d'établissements publics et privés volontaires ont connu un nouvel

Fig. 21. Évolution des dépenses hospitalières publiques et privées (à prix relatifs) sur la période 1971–2000



Source : Comptes nationaux de la santé, dans Éco-Santé (IRDES, DREES).

³⁹ Mesurée par le ratio résultat net/chiffre d'affaires.

essor. Une mission a été créée en 2003 pour préparer la mise en place d'une tarification à l'activité pour les services de médecine, chirurgie et obstétrique prévue pour 2004–2005. Cette tarification s'appuie sur les données d'activités et de coûts enregistrés par les établissements, dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Introduit en France en 1983 et directement inspiré des expériences de *Medicare*, le PMSI s'est véritablement développé au cours de la décennie 90.

Depuis la loi de 1991, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'évaluation et l'analyse de leur activité. Dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, cette analyse est fondée sur la somme des Résumés de sortie standardisés (RSS) rédigés pour chaque séjour. Ce résumé comprend des informations sur le diagnostic ayant motivé le séjour, sur les diagnostics associés ou les complications éventuelles, et sur la nature des interventions et des examens effectués. Puis, les RSS sont intégrés à l'un des 512 Groupes Homogènes de Malades (GHM) de la classification des séjours hospitaliers, adaptée de la classification américaine des *Diagnostic-Related Groups*.

Une base nationale de coûts par séjour est construite à partir d'un échantillon d'établissements produisant une évaluation du coût complet de chaque séjour. Pour chaque GHM, la médiane de coût de l'ensemble des séjours de l'échantillon est prise comme référence. Puis, une échelle nationale de coûts relatifs est construite, en positionnant chaque GHM relativement au GHM 540 (accouchement par voie basse sans complication), qui est affecté, par convention, du poids de 1000 points ISA (Indice synthétique d'activité).

L'activité d'un service ou d'un hôpital peut ainsi être résumée par le nombre total de points ISA correspondant au *case-mix* des séjours. Cette mesure, appliquée seulement pour les séjours de médecine, chirurgie et obstétrique, permet de comparer l'activité des établissements entre eux et devrait servir de base à la tarification à la pathologie.

Évolution des dépenses hospitalières

Dans le secteur public, la progression des dépenses hospitalières a nettement ralenti au moment de l'instauration en 1979, du taux directeur d'évolution, puis de celle du budget global en 1984. Depuis le début de la décennie 90, les taux annuels de croissance (des dépenses déflatées par l'indice de prix du PIB) sont régulièrement supérieurs à 3%. Pour les cliniques, la mise en place de l'Objectif quantifié national, en 1992, a marqué le début d'une période de très faible croissance.

Rémunération des professionnels de santé

Les méthodes de rémunération des personnels médicaux diffèrent selon qu'elles concernent des libéraux ou des professionnels employés dans des structures de soins ; il n'est pas rare cependant que les professionnels aient une activité mixte ; leur rémunération globale est alors composite.

Professionnels libéraux conventionnés

Les professionnels libéraux : médecins généralistes ou spécialistes, dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, transporteurs, orthophonistes, orthoptistes, laboratoires d'analyse assurent la grande majorité des services médicaux ambulatoires et une partie importante des soins dispensés aux malades hospitalisés dans les établissements de soins privés. Les professions libérales sont toutes payées à l'acte. L'interrogation sur les incitations attachées à ce mode de rémunération sur l'activité des professionnels, surtout sur celle des médecins, est récurrente. En l'absence de réponse nette, des dispositifs d'encadrement de la rémunération globale de l'activité ont toutefois été mis en place.

Les professions libérales, dans leur très grande majorité, exercent leur activité dans le cadre de Conventions qui régissent leurs relations avec les assurés sociaux et les caisses d'Assurance maladie. La méthode et les montants de leur rémunération doivent donc être conformes aux dispositions de ces Conventions ou au règlement conventionnel minimal défini par le gouvernement en l'absence d'accord conventionnel.

Les conventions, pour chacune des professions, sont signées pour 4 ou 5 années ou sont reconduites. Jusqu'en 1998, une convention unique s'appliquait aux médecins généralistes ou spécialistes ; depuis, deux textes différents sont appliqués, bien que la méthode de rémunération reste la même pour les deux types de médecins. Ainsi, la convention nationale des médecins généralistes est entrée en vigueur le 7 décembre 1998 pour une durée de 4 ans. Actuellement, un règlement conventionnel minimal s'applique aux médecins spécialistes (cf. la partie *Présentation générale et rappels historiques*).

Les conventions avec les médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires d'analyse, transporteurs, orthophonistes et orthoptistes prévoient un objectif financier spécifique pour la profession. Les revalorisations tarifaires dépendent du respect de ces objectifs. Les infirmières ont un plafond d'activité annuel dont le dépassement peut donner lieu à un reversement d'honoraires aux caisses. Pour les laboratoires d'analyses biologiques, un dépassement donne lieu à reversement.

Une loi récemment votée prévoit la mise en place d'un nouveau système qui distingue trois niveaux de conventions : un socle de base commun à tous les professionnels, un accord par profession et des contrats individuels fondés sur des engagements du praticien (coordination des soins, prise en charge des urgences, actions de santé publique) et ouvrant droit à des rémunérations complémentaires forfaitaires.

Alors que les revenus des autres professionnels libéraux sont très liés aux tarifs servant de base à la couverture par l'Assurance maladie, il faut ajouter, pour les dentistes, le produit de leur activité de prothèses, facturées librement et très peu prises en charge.

Les règles de la rémunération des professionnels libéraux

Les praticiens libéraux sont, le plus souvent, rémunérés à l'acte par leurs patients, lesquels sont partiellement remboursés par l'Assurance maladie (cf. la partie *Couverture des soins et rationnement*).

Ainsi, la rémunération brute des praticiens est égale à la somme des montants perçus pour chaque acte ; elle dépend donc du nombre et du type d'actes produits, ainsi que du prix des différents actes ; leur rémunération nette avant impôt est égale à leur rémunération brute diminuée de leurs frais professionnels.

Les professionnels ne peuvent fixer librement le prix de leurs prestations et doivent appliquer des tarifs conventionnels. Ici encore, il faut noter des exceptions, en particulier pour les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement et ceux qui ont opté pour un secteur à honoraires différents (secteur 2) en abandonnant certains avantages sociaux et fiscaux des médecins conventionnés.

La rémunération théorique d'un service donné se calcule à partir de sa cotation dans une « Nomenclature » et d'un tarif.

Pour chaque catégorie de professionnels, des nomenclatures affectent aux différents actes pris en charge par l'Assurance maladie une cotation constituée d'une lettre-clé et d'un coefficient (cf. Tableau 20).

Les *lettres-clés* correspondent à des groupes d'actes de nature similaire. Actuellement, pour les médecins, les actes sont regroupés en : consultations au cabinet du médecin, visites du médecin au domicile du malade, actes de spécialités, de chirurgie, d'échographie, d'anatomie et de cytologie pathologique, actes utilisant les radiations ionisantes, traitements d'orthopédie dento-faciale, soins conservateurs, prothèses dentaires. D'autres lettres-clés sont utilisées pour décrire l'activité des dentistes, des sages-femmes et des différents auxiliaires médicaux.

Tableau 20. Quelques exemples illustrant la nomenclature et les tarifs au 1er janvier 2001

Consultation de généraliste :	€17,5
Consultation de spécialiste :	€22,9
Électrocardiogramme :	K 6,5 soit €13,6 (K = €2,1)
Radiographie du poumon face et profil :	Z 25 soit €33,2 (Z = €1,3)
Appendicectomie :	KC 70 soit €146 (KC = €2,1)

Source: Social Security Agency.

Les *coefficients* affectés aux lettres-clés rendent compte en principe de l'importance relative de l'acte à l'intérieur de son groupe.

Une Commission est chargée de la révision de la Nomenclature pour moderniser et améliorer la description de l'activité des professionnels. Cependant, la prise en compte des techniques nouvelles et de l'évolution des conditions économiques de la production nécessite un long travail et des distorsions s'installent entre actes. Une refonte profonde a été proposée, reposant sur une liste d'actes plus précise (6000 actes), sur l'évaluation par un collège d'experts des caractéristiques permettant de quantifier le travail médical associé à chaque acte et sur des études économiques des coûts de production. La mise en place de cette nomenclature, retardée notamment par l'opposition de certaines catégories de spécialistes, est prévue pour 2004.

Jusqu'à présent, seule la cotation des actes (en lettres-clés) était communiquée à l'Assurance maladie pour le remboursement des soins. Il est prévu dans l'avenir que cette information soit enrichie par la mention de la nature de l'acte. Ce projet, appelé *codage des actes* est déjà opérationnel pour la biologie.

Le *tarif* d'un acte se calcule en multipliant le coefficient correspondant par le tarif de la lettre-clé. Les tarifs des différentes lettres-clés figurent en annexe des conventions.

Les conventions passées avec certaines professions prévoient que les tarifs puissent être révisés à la hausse ou à la baisse en fonction du respect des objectifs de dépenses. Au cours de l'année 2000,⁴⁰ plusieurs réajustements sont intervenus, parmi lesquels : l'introduction d'une majoration de la visite à des personnes âgées de 75 ans et plus, une revalorisation de la consultation des sages-femmes et des lettres-clés de certains auxiliaires médicaux (infirmiers, orthophonistes), une baisse de la rémunération des échographies et une baisse de la rémunération des analyses biologiques.

Depuis 2002, des « accords de bon usage des soins », conclus entre les professionnels et l'assurance maladie, lient les revalorisations des honoraires

⁴⁰ Il faut rappeler qu'en 2000, la mission de définir l'« objectif de dépenses déléguées » correspondant aux honoraires des professionnels libéraux a été confiée à l'Assurance maladie.

à des engagements de bonne pratique de la part des professionnels. A titre d'exemple, l'accord de juin passé avec les généralistes a conduit à une hausse des tarifs des consultations et des visites à domicile, en contre-partie de laquelle les médecins s'engageaient à prescrire plus souvent en dénomination commune internationale ou en génériques et à facturer à l'assurance maladie les visites à domicile non médicalement justifiées au prix de la consultation au cabinet (la dépense excédentaire restant alors à la charge du patient).

Un complément de rémunération pour les médecins référents

Les médecins généralistes référents — environ 10% des effectifs — reçoivent une rémunération supplémentaire forfaitaire annuelle par malade inscrit ; en 2001, celle-ci s'élevait à €46, soit 2,6 fois le tarif d'une consultation. Ce dispositif fort attractif pour les médecins entraînerait, si tous les patients y avaient recours, une augmentation de 67% des dépenses des caisses, sachant que la dépense moyenne du Régime général pour les soins de généralistes est actuellement d'environ €69 par assuré et par an. Pourtant, rappelons que le nombre de patients adhérents est resté très faible (1%).

Tableau 21. Rémunération des professionnels de santé libéraux en 1997

	Généralistes	Chirurgiens	ORL	Pédiatres	Dentistes	Infirmiers	Masseurs
Honoraires brut par professionnel (en milliers de €)	89,9	154,6	130,0	87,7	143,9	43,1	50,0
Indice (PIB/hab=1)	4,3	7,4	6,3	4,2	6,9	2,1	2,4
Revenus avant impôt par professionnel (en milliers de €)	50,8	88,1	66,9	48,0	58,5	27,3	25,3
Indice (revenu disponible brut/hab=1)	3,8	6,5	5,0	3,6	4,3	1,9	1,9
Indice (salaire annuel moyen des cadres=1)	1,4	2,4	1,8	1,3	1,6	0,7	0,7
Indice (salaire annuel moyen des ouvriers=1)	3,5	6,1	4,7	3,3	4,1	1,8	1,8

Source : DREES, INSEE, dans Éco-Santé France, 2000.

Le montant des rémunérations

On trouve au Tableau n° 20 les montants des rémunérations brutes et nettes de certaines professions libérales de santé comparées à des indicateurs économiques globaux. En 1997, les recettes brutes des généralistes étaient 4,3 fois supérieures au PIB par personne et leurs recettes nettes avant impôt étaient supérieures de 40 % au salaire moyen des cadres. Pour les spécialistes, la situation variait largement avec la spécialité, les revenus nets des chirurgiens atteignant 6,5 fois le salaire des cadres tandis que ceux des pédiatres étaient inférieurs à ceux des généralistes.

Les médecins salariés des hôpitaux publics

Les médecins hospitaliers sont des agents publics qui bénéficient de statuts proches de ceux des fonctionnaires. Le mode et le montant de leur rémunération sont variables selon leur catégorie.

- Les *praticiens hospitalo-universitaires* sont des fonctionnaires par leur fonction d'enseignement. Leur rémunération est composée à parts sensiblement égales de la rémunération universitaire de leur fonction d'enseignement et d'émoluments hospitaliers correspondant à leur fonction de soins. Le niveau de leur rémunération correspond à leur place dans une grille d'avancement.
- Les *praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel titulaires ou contractuels* perçoivent une rémunération mensuelle en fonction de leur échelon (ancienneté) et du temps travaillé. De plus ils perçoivent des indemnités diverses (gardes et astreintes).
- Les *attachés* (praticiens extérieurs intervenant de façon intermittente à l'hôpital) perçoivent une rémunération mensuelle proportionnelle au nombre de vacations et ainsi que des indemnités de gardes et astreintes.

Depuis 1958, une mesure destinée à attirer les médecins à l'hôpital public et à les y fixer autorise les praticiens hospitalo-universitaires à consacrer une fraction de leur temps de travail à une activité libérale au sein de l'hôpital. Les honoraires sont alors perçus par l'administration hospitalière qui les reverse au praticien après retenue d'une redevance variable selon les types d'actes.

En 1998, le traitement net d'un praticien hospitalier à temps plein était de €51 511, très proche du revenu avant impôt d'un généraliste libéral.

Réformes en secteur de la santé

Pourquoi des réformes ?

Les sujets qui alimentent traditionnellement le débat public et qui sont, depuis quelques décennies, à l'origine d'une volonté de réforme, s'expliquent par l'histoire et l'organisation originale du système de santé français. Toutefois, au cours de ces dernières années, des préoccupations nouvelles sont apparues, et l'ordre des priorités accordé aux différents objectifs, lesquels sont parfois contradictoires, tend à se modifier.

L'originalité du système français

Comme il ressort du présent exposé, le système de santé français est un système mixte, hybride, empruntant des éléments à différents modèles d'organisation :

- intermédiaire entre des systèmes beveridgien et bismarkien, avec des régimes d'Assurance maladie fortement encadrés par l'État ;
- associant étroitement assurance publique et assurance complémentaire privée qui interviennent conjointement sur les mêmes populations, sur les mêmes prestations et les mêmes prestataires (alors que d'autres systèmes organisent une segmentation selon l'un de ces trois axes) ;
- pluraliste du point de vue de l'offre de soins, avec une coexistence public / privé, y compris dans le secteur hospitalier ;
- très libéral pour les patients, avec libre choix du médecin, accès direct au spécialiste et possibilité de circulation sans restriction dans un système offrant de multiples portes d'entrée ;

- combinant cette liberté des producteurs et des malades avec un financement socialisé ;
- complexe et pluraliste, également dans la gestion du système et dans les institutions (Assurance maladie – État).

Les déterminants des réformes

La construction mixte et pluraliste du système français reflète un souci d'équilibre entre les valeurs de solidarité, d'équité, de liberté et d'efficacité. Pendant 50 ans, cet équilibre s'est maintenu malgré de nombreuses tensions, mais les difficultés structurelles appelaient les réformes qui sont aujourd'hui à l'ordre du jour.

Objectifs de réforme

Les objectifs visés peuvent s'articuler autour des quatre axes suivants – le contenu et l'analyse des réformes correspondantes seront développés dans la partie suivante.

Un objectif permanent : la maîtrise des dépenses

La première faiblesse du système de soins français est que sa structure rend difficile l'encadrement des dépenses de soins, alors que, dans le même temps, la maîtrise des dépenses est déclarée comme un objectif prioritaire depuis le milieu des années 70.

L'objectif de maîtrise des dépenses de santé n'est pas propre à la France ; il fut à l'ordre du jour dans beaucoup de pays développés, à peu près à la même époque, les chocs pétroliers, le ralentissement de la croissance, la difficulté d'équilibrer les dépenses publiques ayant conduit les gouvernements à l'inscrire au premier rang de leurs priorités.

Mais l'organisation du système de santé français s'oppose à l'atteinte d'un tel objectif. La combinaison entre une grande liberté des prestataires et des consommateurs, dont la demande est très largement solvabilisée, et le remboursement des dépenses engagées par les patients, doublée d'une absence de responsabilité réelle des caisses vis-à-vis des dépenses, est peu propice à un quelconque encadrement de la dépense.

Ceci explique sans doute que dans les années 80, les dépenses aient continué à augmenter en France plus rapidement que dans les autres pays et que le ralentissement ait été plus progressif.

Ceci explique aussi que la maîtrise des dépenses continue d'être au cœur des débats, dans la mesure où les dispositifs mis en œuvre se révèlent insuffisamment performants et restent fortement combattus par les professionnels, notamment par les médecins.

La difficulté croissante de gestion du système

La deuxième faiblesse du système de santé français réside dans sa complexité institutionnelle et les conflits de pouvoir et de légitimité qu'elle génère (entre l'État et l'Assurance maladie notamment).

Les dysfonctionnements s'accroissent depuis une dizaine d'années et la recherche de nouveaux équilibres institutionnels occupe une part croissante des discours et des réformes. Des refontes ont été opérées dans les années 90, au travers d'un processus de régionalisation impliquant de nouvelles institutions et d'une redistribution des rôles entre Parlement, gouvernement et caisses d'Assurance maladie.

Cette évolution n'est pas sans rapport avec celle du financement qui a été repensé avec le remplacement d'une part importante des cotisations sociales par un impôt.

La question est cependant loin d'être close et la décision récente de la principale organisation patronale de quitter les conseils d'administration de la CNAMTS a relancé le débat, marquant encore une nouvelle rupture dans un système de gestion dont le devenir est incertain.

Performance du système et santé publique : une place croissante dans les agendas politiques

Si le système de santé français est assez difficile à encadrer et complexe à gérer, il n'en restait pas moins, jusqu'à une date récente, peu questionné sur le plan de ses performances. C'est sans doute là le corollaire des spécificités déjà évoqués : la disponibilité d'une offre abondante, la liberté de prescription du médecin et de choix du patient, peu de restrictions sur la gamme de soins remboursés, la facilité d'accès et l'absence de listes d'attente concourent à une perception positive, au sein de la population, de la qualité du système.

Cette confiance a cependant été entamée lors de « l'affaire du sang contaminé », qui, au-delà des responsabilités individuelles, a agi comme un révélateur des faiblesses du système en termes d'organisation. C'est là encore une caractéristique du système français qui, par tradition, privilégie la pratique individuelle, le colloque singulier entre le malade et son médecin, le curatif, au détriment des notions de collectivité et de santé publique.

Cet épisode a eu sur les priorités des gouvernants un impact très fort, notamment parce que pour la première fois, leur responsabilité a été impliquée. Trois ministres ont été traduits en justice et l'un d'eux a été condamné pour manquement à une obligation de sécurité ou de prudence. Depuis, le critère de sécurité est au centre des préoccupations gouvernementales, en convergence avec les inquiétudes de la population (cf. plus récemment la crise de la « vache folle »). Concrètement, nous verrons que cette nouvelle priorité se traduit par une mobilisation importante de moyens, en contradiction avec l'objectif de maîtrise des dépenses.

Plus généralement, au-delà de la sécurité sanitaire, les préoccupations de santé publique et de qualité du système de santé gagnent du terrain et, depuis quelques années, de nombreuses mesures sont adoptées dans ces domaines, sans référence aux questions de maîtrise des coûts.

La Loi relative à la santé publique qui devrait être adoptée au printemps 2004 prévoit une politique de santé publique ambitieuse, se donnant les moyens d'atteindre d'ici cinq ans une centaine d'objectifs, définis de manière très précise dans le cadre même de la loi.

L'émergence de l'objectif d'équité

Cet objectif a été formulé pour corriger les inégalités sociales concernant l'accès aux soins et la longévité ; les statistiques soulignant l'écart entre l'espérance de vie des manœuvres et des cadres supérieurs et celles montrant que les plus démunis étaient aussi ceux qui avaient le moins recours aux soins dentaires et à la médecine spécialisée avaient entretenu la conviction qu'une prise de mesures s'imposait. La récente loi sur la CMU constitue de ce point de vue une avancée majeure. Là encore, l'objectif d'équité a prévalu sur la maîtrise des dépenses, puisque cette réforme a explicitement pour but d'améliorer l'accès aux soins et donc d'augmenter la consommation médicale.

L'émergence du niveau régional comme échelon de pilotage et de gestion a également relancé la réflexion sur l'équité territoriale et entraîné des mesures de rééquilibrage.

Au total

- l'objectif de maîtrise des dépenses reste au cœur des réformes récentes : il a inspiré une bonne partie du Plan Juppé de 1996, lequel constitue l'étape majeure du processus de réformes entamé en France durant les années 90 – notamment dans son volet « encadrement financier des dépenses » ;
- mais il est de plus en plus concurrencé par d'autres objectifs, – qualité et sécurité des soins, santé publique, efficacité et légitimité de la gestion, équité

– qui ont été à l’origine de mesures particulières, sans référence – voire incompatibles – avec l’objectif de maîtrise des coûts.

Contenu des réformes et législation

Résumons, à la lumière des quatre objectifs évoqués, le contenu des réformes récentes et dressons un bilan provisoire. Nous procéderons ensuite à l’exposé chronologique des mesures adoptées.

Auparavant, quelques remarques générales sur les évolutions de la dernière décennie s’imposent :

- par rapport à d’autres pays qui ont réalisé des réformes globales et structurelles du mode d’organisation de leur système, on peut dire que le changement en France apparaît plus progressif, même si la réforme Juppé a apporté des évolutions institutionnelles majeures ;
- la France n’a guère été tentée, contrairement à la plupart des autres pays européens, par la rhétorique de la concurrence. Sur la décennie 90, on peut dire que la France a plutôt fait le choix d’une politique de contrainte de l’offre (sous la forme d’une responsabilisation financière des prestataires), à rebours de la logique de décentralisation économique qui a inspiré de nombreuses réformes, avec des modalités d’ailleurs très variables. Outre une culture spécifique sur les rôles respectifs de l’État et du marché, les déterminants de telles réformes visant à libéraliser l’offre sont moins présents en France : le libre choix du patient est déjà assuré, le paiement à l’acte a plutôt tendance à favoriser la production, il y a peu de listes d’attente, etc. ;
- les processus de décentralisation politique qui président aux réformes menées dans plusieurs pays ont également été plus limités pour le moment en France. Il s’agit plutôt d’une « déconcentration élargie » au niveau régional, qui constitue malgré tout une évolution significative (cf. ci-dessous).

Passons, pour chacun des grands objectifs, à l’analyse du contenu et de l’impact des réformes.

L’objectif de maîtrise des dépenses

Traditionnellement, les politiques de maîtrise des dépenses combinaient des actions sur la demande (en particulier par le biais de l’augmentation de la participation financière des patients) et des actions sur l’offre, dont les ingrédients les plus anciens ont été le contingentement des capacités d’offre (*numerus clausus*, carte sanitaire) et le contrôle des prix.

L'action sur la demande

La recherche de la maîtrise de la demande par un abaissement des taux de la prise en charge par l'Assurance maladie a pris fin en 1993, dernière année d'augmentation à ce jour des tickets modérateurs. Depuis, des mesures d'un autre type ont été tentées, en principe pour orienter la demande et inciter les consommateurs à un comportement plus rationnel : la tenue d'un carnet de santé destiné à résumer le parcours du malade dans le système de santé et à éviter les prescriptions redondantes ou contradictoires ; l'inscription chez un médecin référent, chargé de coordonner les soins. Ces deux dispositions ont cependant été vécues comme des contraintes par les malades et les médecins ; la première a été rapidement abandonnée et la seconde, qui n'a eu jusqu'à présent que très peu de succès, a fait l'objet d'une tentative de réactivation par le doublement de la rémunération spécifique des médecins référents (€46 par an et par malade inscrit depuis le 1er janvier 2000 contre €23 auparavant).

Dans ce cadre, il faut noter que la loi sur la couverture maladie universelle (CMU) a été adoptée en dépit de ses probables conséquences sur l'augmentation du recours aux soins, montrant que l'objectif d'équité a prévalu sur celui de maîtrise des dépenses de santé. La CMU doit en effet en principe stimuler la demande de soins parce qu'elle abaisse les barrières financières à l'accès aux soins non seulement en étendant la protection maladie de base à l'ensemble de la population résidente en France, mais aussi en accordant aux plus démunis la dispense d'avance de frais et une protection complémentaire.⁴¹

La tendance depuis le milieu des années 90 est donc de limiter la politique de maîtrise de la dépense à une politique de l'offre.

Les instruments anciens de contingentement de l'offre (carte sanitaire, *numerus clausus* pour les étudiants en médecine) et de contrôle des prix n'ont pas été abandonnés. Ils ont cependant évolué dans la période récente où de nouvelles questions émergent sur leur bien-fondé.

Le *numerus clausus* dans les études de médecine

Le plein effet de cette mesure instituée à la fin des années 70 commence à se faire sentir aujourd'hui, puisque l'on assiste actuellement à une stabilisation du nombre de médecins, qui sera suivie d'une baisse significative dans les vingt ans à venir.

Dans ce domaine, notons que le bien-fondé de cette mesure est remis en cause et que la crainte de manquer de médecins dans certaines zones ou disciplines

⁴¹ Son impact pour 2000 reste cependant limité (elle explique 0,3 à 0,5 point de croissance des dépenses en médecine de ville, sur un total de 7,8 points).

commence à gagner du terrain alors que, jusqu'à présent, le diagnostic assez largement partagé, y compris par les syndicats de médecins, était celui d'un excédent d'offre à résorber.

Aujourd'hui, des voix de plus en plus nombreuses s'élèvent pour alerter sur les conséquences néfastes de la stabilisation ou de la baisse des effectifs prévisible dans un contexte où le choix, tant de la spécialité que du lieu d'exercice, est peu régulé. De fait, des problèmes de pénurie se font déjà sentir dans certaines spécialités hospitalières (anesthésie, gynécologie-obstétrique par exemple) malgré une densité médicale d'ensemble qui se situe dans la moyenne supérieure de l'Europe (330 médecins pour 100 000 habitants).

Le *numerus clausus* a déjà été relevé, de 3850 à 4100 en 2000, à 4700 en 2001 et 2002, et à 5200 en 2002–2003, et pourrait encore être relevé. Même ainsi, la densité médicale descendra à 250 médecins pour 100 000 habitants en 2020. Le ministre de la Santé a pris l'engagement d'augmenter le *numerus clausus* jusqu'à 6000 (ce qui conduirait à une densité de 275 médecins pour 100 000 habitants en 2020).

La planification hospitalière

Depuis la mise en place de la carte sanitaire au début des années 80, le nombre de lits de court séjour a fortement diminué (le taux d'équipement est passé de 6,2 lits à 4,2 lits pour 1000 habitants) (cf. la partie *Présentation générale et rappels historiques*).

Dans les années 90, la création des Schémas régionaux d'organisation sanitaire, a favorisé une approche plus qualitative des restructurations hospitalières : répartition géographique des activités pour couvrir les besoins, complémentarités ou coopérations entre hôpitaux (publics et privés) de façon à atteindre des seuils critiques d'activité. Un des objectifs des schémas de 1994 était la concentration des plateaux techniques et la fermeture des petits hôpitaux de proximité, jugés peu sûrs sur le plan médical, et ayant de plus en plus de difficultés à recruter des médecins.

Les schémas 1999–2004 ont poursuivi dans cette voie : le niveau de technicité des hôpitaux est désormais gradué de manière explicite dans des domaines tels que l'urgence, la maternité... et les hôpitaux sont incités à travailler en réseau pour optimiser les trajectoires des patients dans le système de soins. A la fin de l'année 2001, plus de 300 opérations de fusion, de regroupement, de suppression ou de reconversion vers d'autres activités avaient été réalisées ou en cours sur le territoire national.

Les prix

Le contrôle des prix des médicaments a été maintenu mais les prix fixés pour les nouveaux produits se situent aujourd'hui dans la norme européenne alors qu'antérieurement, le gouvernement pratiquait une politique de prix bas, que les laboratoires pharmaceutiques compensaient par des volumes de ventes très élevés. Depuis 1994, la fixation des prix s'inscrit dans des accords plus larges, liant les prix et les volumes, et comportant des objectifs de modération des dépenses de promotion.

Cette évolution vers des négociations globales prix/volumes est d'ailleurs assez générale ; elle se traduit aussi par les systèmes d'enveloppes limitatives mis en œuvre pour certaines professions ou secteurs (cf. ci-dessous **instruments nouveaux**).

Un débat récurrent a lieu sur les modes de rémunération : le paiement à l'acte des libéraux est souvent mis en cause ainsi que la disparité de tarification des services fournis par les hôpitaux publics et privés, régulièrement dénoncée comme injuste par les responsables de l'hospitalisation privée, qui sont favorables à une tarification à la pathologie (une expérience est en cours actuellement).

Les instruments nouveaux de la décennie 90

En sus des instruments traditionnels, les années 90 ont vu la mise en place de dispositifs d'encadrement financier des dépenses. Ces dispositifs ont été négociés par profession. Les cliniques, les laboratoires d'analyses et les infirmiers libéraux ont ainsi accepté des dispositifs d'enveloppes limitatives à partir de 1992. En revanche, la tentative du plan Juppé de systématiser cette approche et notamment d'y inclure les médecins s'est heurtée à l'opposition radicale d'une fraction importante du corps médical et n'a jamais réellement fonctionné dans la pratique. De la même manière, les objectifs annuels définis depuis 1997 par le Parlement pour l'ensemble des dépenses n'ont guère été respectés (cf. la partie *Paiement des hôpitaux*).

Cependant, sur le long terme, le rythme de croissance des dépenses s'est infléchi et l'écart avec l'évolution de la richesse nationale s'est réduit : de 3 points en moyenne dans la décennie 70, il est passé à 2 points dans les années 80 et 1 point dans les années 90. A la fin des années 90, la part des dépenses dans le PIB s'est stabilisée. On observe en revanche un redémarrage très net sur les deux dernières années (2000–2001), avec des taux de croissance de l'ordre de 5% en volume, et cette tendance s'est maintenue en 2002.

Réforme des institutions et modes de gestion

Sur la base d'une critique assez générale de la gestion du système de santé, la réforme Juppé de 1996 a modifié en profondeur la répartition des responsabilités. Les évolutions qui en ont résulté peuvent s'analyser comme une double redistribution des compétences :

- du niveau national vers le niveau régional d'une part ;
- des caisses d'Assurance maladie vers l'État d'autre part – encore que ce point soit plus controversé.

La région

Comme on l'a vu dans la deuxième partie, les compétences de la région ont été profondément renforcées, tant au niveau du pilotage que de la gestion. Cette dynamique avait été amorcée avant le plan Juppé (des unions régionales de médecins avaient été créées par une loi de 1993, la fixation des budgets des hôpitaux publics avait été transférée du département à la région en 1994...), mais la réforme de 1996 a permis à la région de franchir une étape très significative en mettant en place trois institutions essentielles :

- les agences régionales de l'hospitalisation, fédérant sous une même direction les services régionaux de l'État et de l'Assurance maladie et permettant une gestion unifiée de l'ensemble de l'hospitalisation publique et privée ;
- les unions régionales de caisses d'Assurance maladie, fédérant au niveau régional les actions des caisses locales des trois grands régimes ;
- enfin les conférences régionales de santé chargées d'établir les priorités de santé publique dans la région.

Il faut souligner que cette dynamique de régionalisation dans les années 90 constitue un renversement de tendance par rapport à la période précédente. Les décennies 70 et 80 ont en effet été caractérisées par une très forte centralisation des variables de commande au niveau national (conventions avec les médecins libéraux, négociations tarifaires avec les cliniques, gestion des hôpitaux...).

Une des critiques émises vis-à-vis de ces évolutions est qu'elles se sont faites par ajouts d'organismes nouveaux, sans suppression des anciens : il en résulte des problèmes de lisibilité, de complexité et de conflits de pouvoirs.

Cette architecture évolue encore : ainsi la loi du 4 mars 2002 a créé un conseil régional de santé réunissant plusieurs commissions préexistantes. Parmi les questions majeures débattues figure celle de la réunion des ARH et des URCAM en une structure unique, qui aurait dès lors une responsabilité de gestion étendue à l'ensemble du système de santé régional.

L'État et les caisses

Avant la décennie 90, la répartition des responsabilités opposait schématiquement l'hospitalisation publique et la pharmacie d'une part relevant du gouvernement et les services des praticiens libéraux et des cliniques d'autre parts placés sous le contrôle de l'Assurance maladie qui négociait les accords conventionnels. L'État assurait la tutelle de l'ensemble.

Depuis 1996, le pouvoir de l'État s'est renforcé par rapport à celui de l'Assurance maladie avec, en particulier :

- le vote chaque année d'une loi de financement de la Sécurité Sociale. Son orientation a été jusqu'à présent plus financière (fixation des objectifs de dépenses) que sanitaire, mais la récente loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé prévoit désormais un débat sur les orientations de la politique de santé ;
- la détermination par le gouvernement de sous-enveloppes de dépenses par type de soins, y compris dans certains cas au plan régional ;
- la responsabilité totale de la négociation avec les cliniques, impliquant auparavant l'Assurance maladie.

L'architecture institutionnelle du système fait encore aujourd'hui l'objet de vifs débats, d'autant plus que depuis septembre 2001, la plus importante des organisations représentatives du patronat a quitté les conseils d'administration des caisses et qu'elle s'efforce de promouvoir des solutions alternatives au système actuel de sécurité sociale (avec une proposition de mise en concurrence des assurances).

Qualité et sécurité des soins, santé publique

Comme on l'a indiqué ci-dessus, cet objectif s'est affirmé en tant que tel, indépendamment de la question de l'efficacité (c'est-à-dire du rapport coût/qualité ou coût/efficacité).

Il est à l'origine d'une série de mesures que l'on peut regrouper autour de quelques grands axes :

Dans le domaine de *la qualité des soins* ambulatoires, on peut citer :

- l'élaboration et la diffusion de références de pratiques (dont certaines sont opposables) ;
- l'allongement de la durée de la formation initiale des généralistes ;
- les expérimentations de réseaux de soins fondés sur le partage de l'information et une meilleure coordination des professionnels ;

- le développement de l'information collectée par les caisses sur le contenu des actes et des prescriptions, qui ouvre des perspectives pour analyser les pratiques et chercher à les améliorer (cf. la partie *Présentation générale et rappels historiques*).

Les Agences (ANAES, AFSSAPS, AFSSA, AFSE) créées ou renforcées procurent un appui technique à l'action du gouvernement dans le domaine de la *sécurité sanitaire*.

Des programmes de santé ont été lancés sur des thèmes prioritaires (asthme, santé mentale, cancer, prise en charge de la douleur, insuffisance rénale chronique, résistance aux antibiotiques...). La loi relative à la santé publique, qui devrait être adoptée au printemps 2004, renforcera les moyens consacrés à la santé publique, en fonction d'objectifs définis pour une période de cinq ans.

Équité du système

La CMU, entrée en application en janvier 2000, constitue une des réformes récentes majeures.

A la fin de l'année 2001, 900 000 personnes possédaient une couverture de base et 4,3 millions de personnes, une couverture complémentaire au titre de la CMU. Ceci constitue une extension significative de la couverture maladie par rapport à la situation antérieure où les personnes disposant de faibles ressources étaient couvertes par l'aide sociale départementale, selon des modalités d'ailleurs inégales sur le territoire.

En 2000, année de la mise en place du dispositif, les dépenses de soins ambulatoires des personnes possédant une couverture complémentaire étaient supérieures à celles du reste de la population, après correction des effets de l'âge et du sexe, surtout pour les soins de généralistes : elles restaient encore très inférieures pour les lunettes et les soins dentaires, deux domaines mal couverts par l'Assurance maladie obligatoire et pour lesquels la CMU devrait à terme faciliter l'accès.

Sur le plan géographique, la répartition des financements pour l'hôpital public obéit depuis quelques années à une logique de péréquation entre régions riches et pauvres. Le rythme de cette redistribution reste lent, mais permet néanmoins un rattrapage progressif pour les régions les moins bien dotées.

Une tentative a été faite en 1997 pour étendre ce système aux dépenses de médecine de ville (généralistes et spécialistes). Ce dispositif pouvait cependant difficilement fonctionner dans la pratique, dans la mesure où il s'agissait d'objectifs prévisionnels de dépenses, et non de sommes réellement allouées. Il a été abandonné dès 1998.

Pour les cliniques, c'est l'évolution des prix qui varie d'une région à l'autre, en fonction de l'indicateur de productivité. La dispersion est plus faible (pour l'ensemble médecine/chirurgie/obstétrique, les augmentations de prix se sont étagées entre 1% et 1,5% en 2001).

Chronologie des principales mesures 1990–2003

On énumère ci-dessous par ordre chronologique les principales dispositions, déjà mentionnées dans les chapitres précédents, qui sont significatives de l'évolution de l'orientation de la politique de santé en France.

1990–1991

- Loi EVIN réglementant la publicité directe ou indirecte en faveur de l'alcool et du tabac, interdisant de fumer dans les lieux publics et excluant le prix du tabac de l'indice général des prix pour l'augmenter plus librement. (Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991) ;
- Restriction des conditions d'accès des médecins au secteur 2 (honoraires libres) ;
- Introduction d'une Contribution Sociale généralisée (CSG) pour renforcer le financement de la Sécurité Sociale ;
- Loi hospitalière créant les SROS, instrument de planification des équipements hospitaliers au niveau régional.

1992

- Objectifs nationaux quantifiés fixant des plafonds aux dépenses dans les secteurs de la biologie, des soins infirmiers et des cliniques assortis de possibilités de sanctions en cas de dépassement.

1993

- Loi relative aux relations entre les professions de santé et l'Assurance maladie (Loi 93-8, dite « Loi Teulade ») comportant en particulier la fixation d'objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales, introduisant les Références médicales opposables (RMO), jetant les bases du codage des actes et des pathologies et créant des Unions régionales de médecins libéraux (URML) devant participer à l'analyse du fonctionnement du système de santé, à l'évaluation de la qualité des soins et aux actions de santé publique ;

- Convention du 21 octobre 1993 : mettant en application la loi Teulade : objectifs d'évolution des dépenses, énoncé des RMO et définition des sanctions applicables ;
- Loi relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament : création de l'Agence française du sang, de l'Agence du médicament (*Loi 93-5 du 4 janvier 1993*) ;
- Dernière augmentation, à ce jour, des tickets modérateurs.

1994

- Création de l'Établissement français des greffes (*Loi 94-43 du 18 janvier 1994*) ;
- Accord-cadre gouvernement-industrie pharmaceutique du 24 janvier prévoyant une révision des prix des produits en cas de dépassement d'un volume de consommation fixé.

1995

- *15 novembre* : annonce du Plan Juppé (multi objectifs, multi moyens), étape majeure dans la succession des réformes. Parmi les mesures envisagées :
- réformes institutionnelles et, en particulier, le nouveau rôle du Parlement, la mise en place d'Agences Régionales de l'Hospitalisation, modification des responsabilités respectives du gouvernement et de l'Assurance maladie ;
- mesures visant à une plus grande équité par l'extension de la couverture maladie à l'ensemble de la population, et d'une harmonisation des régimes d'Assurance maladie ;
- amélioration de la qualité des soins (allongement de la durée des études médicales, formation médicale continue, RMO, accréditation) ;
- possibilités d'expérimentation de nouvelles formes de distribution des soins (réseaux) ;
- loi autorisant «le gouvernement à légiférer par ordonnances pour réformer la protection sociale» (*Loi 95-1348 du 30 décembre 1995*).

1996

- Loi constitutionnelle (96-138 du 22 février 1996) instituant la loi annuelle de financement de la Sécurité Sociale prévoyant, pour l'année à venir, les recettes des organismes de Sécurité sociale et fixant un objectif de croissance pour l'ensemble des dépenses de santé couvertes par l'Assurance maladie. Par ailleurs, la loi approuve les orientations de la politique de santé et de Sécurité sociale du gouvernement.

Dans la foulée du Plan Juppé, 5 ordonnances ont été adoptées dont :

- Ordonnance portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale qui définit les responsabilités respectives de l'État et de la Sécurité Sociale (ordonnance 96-344) ;
- Ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (ordonnance 96-345) introduisant la possibilité de conventions séparées pour les généralistes et les spécialistes et prévoyant l'encadrement des dépenses de soins de ville ;
- Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (ordonnance 96-346) avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- Première loi de financement de la Sécurité sociale, (Loi 96-1160 du 27 décembre 1996) instituant pour 1997 la première étape du transfert des cotisations salariales d'Assurance maladie vers la « CSG » assise sur l'ensemble des ressources, fixant un objectif de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM), énonçant des priorités de santé publique ;
- Création de l'Agence d'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES).

1997

- Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1998 : remplacement quasi intégral de la part salariale des cotisations d'Assurance maladie par la CSG au taux de 5,1 % pour les revenus de l'activité ;
- Le gouvernement répartit l'enveloppe financière de l'hospitalisation entre les régions dans une optique de réduction des inégalités régionales ;
- Signature pour la première fois d'une convention d'objectif et de gestion entre le gouvernement et l'Assurance maladie portant sur trois années ;
- Renforcement du dispositif de cessation anticipée d'activité pour les médecins libéraux (MICA).

1997–1998

- Innovation en matière conventionnelle : adoption d'une convention pour les généralistes et règlement conventionnel minimum avec les spécialistes, faute d'accord avec les représentants professionnels, médecin généraliste référent, Objectifs de dépenses opposables (ODD) par région, RMO, promotion des médicaments génériques, de la formation professionnelle continue et du recours à l'informatique.

1998

- Loi sur le renforcement de la Sécurité sanitaire avec la création de l'Institut de veille sanitaire, l'Agence française de Sécurité sanitaire des aliments (APSSA), et de l'Agence française de Sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSPS) ;
- La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 : instauration d'une contribution des laboratoires pharmaceutiques basée sur leur chiffre d'affaires en cas de dépassement des objectifs - création du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, pour financer les expérimentations de réseaux.

1999

- Droit de substitution pour les pharmaciens ;
- Introduction d'une référence aux réseaux de soins dans le code de la Sécurité sociale ;
- Les clauses de la convention des généralistes de 1998 relative aux sanctions en cas de méconnaissance des RMO sont déclarées illégales (Arrêt du Conseil d'État du 10 novembre) ;
- Annonce d'un Plan stratégique de la CNAMTS « des soins de qualité pour tous », ensemble de propositions visant à une importante réduction des dépenses de l'Assurance maladie : définition d'un panier de soins et modulation des taux de remboursement en fonction de l'utilité médicale. Le gouvernement repousse les dispositions du plan, par ailleurs très controversé. Néanmoins, les débats sur les dispositions du plan stratégique et en particulier sur un « panier de soins » continuent ;
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 : restriction du champ des dépenses gérées par la CNAMTS avec la définition d'un Objectif de dépenses déléguées englobant les soins de ville à l'exclusion de la pharmacie. (ONDAM : + 2,4%).

2000

- 1er janvier : entrée en vigueur de la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) ;
- Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 : alignement des prestations du régime des indépendants sur celles du Régime général, prolongation pour 5 ans des expérimentations de filières et réseaux et possibilité d'agrément au niveau régional avec possibilités de rémunération forfaitaire de la coordination des soins, création de l'agence technique de

l'information sur l'hospitalisation, création d'un « fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique ».

2001

- Nouvelles règles de prise en charge des dispositifs médicaux, tissus et cellules, autres produits de santé, en fonction du service médical rendu ;
- Instauration de l'Allocation personnalisée à l'autonomie pour les personnes âgées dépendantes ;
- Loi de modernisation sociale : réforme des études médicales transformant la « médecine générale » en spécialité à part entière ;
- Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002, fixant l'ONDAM, ouvrant la possibilité de prescription en DCI, créant une dotation spécifique pour le financement des réseaux de soins.

2002

- Loi du 4 mars relative aux droits des malades et la qualité du système de santé : affirmation des droits collectifs (démocratie sanitaire) et individuels (accès au dossier médical), réparation des risques sanitaires ;
- Loi du 6 mars rénovant les relations conventionnelles entre les médecins et les caisses d'Assurance maladie et créant 3 niveaux de conventions : un accord cadre concernant l'ensemble des professionnels, une convention nationale par profession (généralistes, spécialistes, infirmiers...) et des contrats individuels dits « de santé publique ».
- Juin : Avenant à la convention des généralistes conditionnant la revalorisation des honoraires au respect d'engagements de bonne pratique (prescription en DCI ou génériques notamment, diminution des visites « non médicalement justifiées »).
- Annonce du plan « Hôpital 2007 », prévoyant pour les cinq années à venir : la mise en place de la tarification à l'activité, un gros effort d'investissement, la simplification de la planification, et une plus grande autonomie des établissements pour la gestion du personnel. Les mesures seront concrètement mises en œuvre par des lois et règlements.
- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 qui prévoit notamment la mise en place de tarifs forfaitaires de responsabilité (prix de référence) pour le médicament, la « libéralisation » partielle du prix des molécules très innovantes, la tarification à l'activité pour les hôpitaux dès 2004, la simplification de la planification, les dotations pour l'investissement hospitalier.

2003

- Ordonnance de simplification de la planification hospitalière (4 septembre), supprimant la carte sanitaire et intégrant au SROS l'ensemble de la planification et l'organisation des soins secondaires et tertiaires dans chaque région, déléguant ainsi aux ARH une grande partie des compétences en matière de planification.
- En 2004, présentation au Parlement du projet de loi relatif à la santé publique.
- Création le 7 octobre du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, chargé de proposer des solutions pour la modernisation de l'assurance maladie.
- Projet de loi de financement pour 2004, prévoyant notamment : les modalités de mise en place de la tarification à l'activité pour les hôpitaux (définition du champ des activités et établissements concernés et des prestations rémunérées par d'autres modes).

Mise en place des réformes

Des plans de réforme importants ont été lancés dans les années 90. Notamment la réforme Juppé, lorsqu'elle a été annoncée en décembre 1995, apparaissait comme une reconstruction profonde du système. Son mode d'adoption, par ordonnances et non par voie parlementaire, illustre une volonté politique forte du gouvernement de l'époque.

Ce plan n'a pas été réellement remis en cause après l'arrivée, en 1997, d'un gouvernement socialiste, un certain nombre d'éléments de la réforme (l'intervention du Parlement, l'encadrement des dépenses, la Couverture maladie universelle –annoncée par le gouvernement Juppé mais réalisée par le gouvernement socialiste) faisant l'unanimité au sein de la classe politique.

Une partie des ambitions déclarées n'a cependant pas été mise en œuvre, en raison de l'opposition d'un certain nombre d'acteurs.

L'action des organisations professionnelles

L'exemple le plus flagrant est celui de la maîtrise des dépenses, élément fort de la réforme : le mécanisme global d'encadrement des dépenses et la responsabilisation financière des médecins sur le respect de cet objectif n'ont jamais été effectifs.

Si les dispositions conférant au Parlement la responsabilité de voter une loi de financement de la Sécurité Sociale ont été adoptées et mises en œuvre rapidement, en revanche l'objectif global de dépenses n'a été respecté que la première année, en 1997. Depuis 1998, l'évolution réelle des dépenses a toujours été plus rapide que celle prévue par l'ONDAM, les écarts reflétant les difficultés à appliquer des sanctions dans le secteur libéral d'une part et les mesures prises en cours d'année en faveur des hôpitaux d'autre part. Depuis 2000, le principe de dépassement est entériné et l'ONDAM est basé sur les dépenses réelles de l'Assurance maladie et non plus sur l'objectif théorique de l'année précédente.

Les honoraires des médecins ont dépassé à plusieurs reprises l'évolution qui leur était impartie, sans qu'aucun reversement n'a été opéré. Un premier assouplissement avait d'ailleurs consisté à limiter leur responsabilité financière aux seuls honoraires, alors que la réforme de 1996 prévoyait d'y inclure les prescriptions médicamenteuses.

Le corps médical joue en effet, comme dans d'autres pays, un rôle important dans la mise en œuvre des politiques. En l'occurrence, depuis 1996, l'opposition d'une fraction importante du corps médical, hostile au principe même d'un encadrement des dépenses, n'a jamais fléchi. En 2001–2002, ce conflit a été exacerbé par une grève des médecins relative aux soins d'urgence et aux augmentations illégales de leurs rémunérations.

La réforme Juppé a introduit une innovation importante en permettant aux caisses d'Assurance maladie de signer des accords séparés avec les généralistes d'une part, avec les spécialistes d'autre part. Tactiquement, l'idée était de s'appuyer sur un syndicat de généralistes puissant et prêt à soutenir la réforme – y compris l'encadrement financier des dépenses – en contrepartie d'une revalorisation du statut des généralistes et notamment de l'instauration du médecin référent. La réforme a rencontré cependant peu de succès et les élections de 2000 aux unions régionales de médecins ont plutôt sanctionné ce syndicat de généralistes, au profit du principal syndicat regroupant généralistes et spécialistes, très opposé à la réforme.

La crispation du corps médical a provoqué de nombreux blocages, entraînant des crises conventionnelles. L'attitude du corps médical a contribué à l'échec total du carnet de santé, à l'échec relatif de l'expérience de médecin référent et à des difficultés de mise en place de la formation médicale continue obligatoire.

Le précédent gouvernement a tenté de désamorcer la crise en lançant une mission de concertation avec tous les professionnels. L'une des propositions figurant dans le rapport remis par cette mission (Mission de concertation sur

la médecine de ville, 2002) a été adoptée par la loi du 6 mars 2002 : il s'agit du « conventionnement à trois étages ». Ce système modifie les rapports conventionnels liant les professionnels aux caisses en définissant trois niveaux de convention : au premier niveau, un accord cadre, signé par l'ensemble des professionnels conventionnés, définit les engagements communs à tous les métiers ; au deuxième niveau, des conventions signées avec chaque profession définissent les dispositions qui lui sont propres ; enfin, au troisième niveau des contrats individuels dits « de santé publique » offrant une rémunération forfaitaire aux médecins prêts à prendre des engagements de bonne pratique.

L'avenir dira si ce système, auquel le corps médical n'est pas favorable (notamment les contrats individuels), sera effectivement mis en œuvre. La mission de concertation n'a en tout cas pas réussi à éviter le long conflit qui a opposé les médecins généralistes aux caisses d'Assurance maladie durant l'hiver 2001–2002. Le changement de majorité qui a résulté des élections présidentielles de mai 2002 a permis aux médecins d'obtenir une revalorisation historique de leurs honoraires (plus de 20% par rapport aux tarifs 2001), en échange d'engagements de bonne pratique, notamment en ce qui concerne la prescription pharmaceutique.

On peut noter au passage des évolutions dans l'organisation de la représentation professionnelle. Celle-ci était traditionnellement fragmentée en de multiples syndicats, ce qui avait tendance à les affaiblir face aux pouvoirs publics et aux caisses. Les professionnels ont aujourd'hui tendance à se regrouper : création d'une organisation fédérant toutes les professions libérales, le centre national des professions de santé, fusion des deux organisations de cliniques, etc. Dans le conflit récent avec les médecins généralistes, on peut noter aussi l'émergence de mouvements protestataires actifs en dehors des syndicats constitués.

Les acteurs institutionnels – l'État et caisses d'Assurance maladie

Comme le montrent les changements successifs au gré des lois de financement, les réformes n'ont pas réussi à instaurer un équilibre durable des relations entre le gouvernement et les caisses d'Assurance maladie. Le principe de l'objectif de dépenses délégué, qui devait clarifier les responsabilités, n'a finalement été réellement appliqué qu'en 2000 et n'est plus effectif, même s'il demeure en théorie. La délégation de responsabilité financière aux caisses dans le domaine des soins de ville n'a d'ailleurs jamais été jusqu'à leur donner complètement les moyens d'exercer cette responsabilité.

Parmi les freins institutionnels, on peut signaler aussi la lourdeur du dispositif mis en place pour encadrer les expérimentations de réseaux de soins, qui étaient

aussi un élément de la réforme de 1996. Depuis, le processus d'agrément des expérimentations a été délégué au niveau régional.

La montée en puissance des usagers

Encore timide, l'intervention des usagers dans le système se développe par le biais des associations. Le rôle que celles-ci ont joué dans le domaine du SIDA illustre bien cette émergence. Les associations de malades ont exercé une pression forte pour faire adopter la loi de mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé, qui renforce les droits individuels et collectifs des patients. La mesure la plus emblématique de cette loi est la possibilité pour les malades de consulter leur dossier médical (actuellement, l'accès se fait par l'intermédiaire d'un médecin). La loi prévoit aussi l'instauration d'un système de réparation des accidents thérapeutiques ou diagnostics sans faute médicale (aléa thérapeutique), ce qui a soulevé de nombreux débats. Enfin, la loi renforce la capacité d'action des associations de malades et de consommateurs, et améliore l'information donnée aux usagers du système de soins.

Un rôle émergent pour les assurances complémentaires ?

Les assureurs complémentaires occupent une place non négligeable dans le financement du système, puisqu'ils couvrent 86% de la population (hors CMU) et 12% des dépenses. Pourtant, jusqu'à présent, leur rôle a été celui d'acheteurs passifs, totalement dépendants des décisions de l'Assurance maladie obligatoire concernant les services couverts et les niveaux de remboursement, puisqu'ils remboursent les co-paiements.

Depuis quelques années, les assureurs complémentaires, et notamment les assureurs privés, ont pris des initiatives pour accroître leur rôle. Les plus audacieuses ont été refusées par le gouvernement (comme par exemple la proposition d'un assureur de monter, dans le cadre des expérimentations de réseaux, un « HMO à la française » en proposant à des assurés volontaires de s'inscrire dans un réseau de soins géré par lui).

Les assureurs complémentaires ont été aussi impliqués dans la mise en œuvre de la CMU. Là encore, certains ont demandé à pouvoir sélectionner un réseau de professionnels de santé dans ce cadre, en invoquant qu'ils pourraient, en négociant avec ceux-ci, obtenir de meilleurs services pour la population considérée. Cette option n'a pas été retenue par le gouvernement qui a souhaité maintenir un principe de tarifs nationaux et d'accès à l'ensemble du système de soins.

Ces débats illustrent les tentatives des assureurs privés pour modifier certaines règles du jeu. S'ils n'ont pas obtenu gain de cause sur ces propositions, certains ont, en revanche, pris des initiatives dans le cadre législatif actuel en offrant :

- des services de conseil aux assurés sur les tarifs pratiqués dans des domaines mal couverts, tels que les prothèses dentaires et les lunettes ;
- des réseaux préférentiels de professionnels proposés aux adhérents (par exemple en optique, où les prix ne sont pas fixés et où ils ont des marges de négociation ; les tentatives pour monter des réseaux de médecins se sont en revanche heurtées à l'hostilité de la profession) ;
- la prise en charge de services actuellement non couverts par l'Assurance maladie obligatoire : ostéodensitométrie, chirurgie de la myopie dans les cliniques, etc.

Un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été créé auprès des Ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie en octobre 2003 pour établir un diagnostic partagé sur la situation actuelle et pour proposer des orientations de réformes. Il a rendu ses premières conclusions en 2004.

Conclusion

Le système de santé français est, à l'origine, un système d'inspiration bismarkienne, avec des régimes d'Assurance maladie encadrés par l'État. Il repose sur une offre de soins mixte, où coexistent prestataires publics et privés, y compris dans le domaine hospitalier. Les patients bénéficient d'un accès très libre (choix libre du médecin, accès direct au spécialiste), et d'une offre abondante, notamment de médecins libéraux. Les assurances complémentaires jouent un rôle particulier dans le système, en couvrant presque systématiquement la part laissée à la charge du patient par l'Assurance maladie obligatoire.

Récemment, quelques réformes ont transformé notablement les caractéristiques originelles du système :

- En 1996, la réforme Juppé a accru le rôle du Parlement qui vote désormais chaque année une loi de financement de la Sécurité sociale, prévoyant, pour l'année suivante, les recettes des organismes de sécurité sociale et fixant un objectif de croissance pour l'ensemble des dépenses de santé couvertes par l'Assurance maladie. Par ailleurs, la loi approuve les orientations de la politique de santé et de Sécurité sociale du gouvernement ;
- Depuis 1997, les cotisations sociales assises sur les salaires sont progressivement remplacées par un impôt sur l'ensemble des revenus (la Contribution sociale généralisée).

Cette orientation vers certaines caractéristiques d'un système beveridgien a été accentuée par la mise en place de la Couverture maladie universelle, en 2000, offrant à tous les résidents une Assurance maladie de base.

Dans les années à venir, le système de santé français devra faire face à un certain nombre d'enjeux.

Concernant l'offre de soins, une diminution conséquente de l'offre de médecins est à prévoir. Même si la densité de médecins en France est

actuellement supérieure à la moyenne européenne, des difficultés locales (pour certaines spécialités et dans certaines régions) sont à prévoir dès 2020. Des incitations financières encourageant les médecins à s'installer dans les zones déficitaires doivent être prochainement créées mais au-delà de ces aides, il est possible que s'engagent des débats sur la liberté totale d'installation dont jouissent actuellement les médecins libéraux, ainsi que sur le partage des rôles entre les différents professionnels de santé (spécialistes/généralistes, généraliste/infirmier ...).

Ces débats s'engageront dans un climat qui reste tendu entre médecins d'une part, caisses d'assurance maladie et état d'autre part. En effet, depuis la réforme de 1996, tentant d'imposer aux médecins des plafonds d'activité, les relations n'ont cessé de se détériorer. Depuis 1998, aucune convention n'a été signée par les spécialistes, et l'hiver 2001–2002 a été marqué par un conflit très dur avec les médecins généralistes, qui vient d'être réglé par une revalorisation substantielle des tarifs. L'arrivée du gouvernement a légèrement détendu les relations avec les professionnels, mais des désaccords subsistent.

Sur le plan de la demande de soins, un certain nombre d'évolutions peuvent être anticipées.

La place de l'utilisateur dans le système, renforcée par la toute récente Loi sur le droit des malades et la qualité du système de santé, devrait être amenée à se développer encore, aussi bien au niveau de la prise de décisions collective qu'au niveau individuel de la relation médecin-malade.

Le vieillissement de la population, l'incertitude sur les besoins de soins ainsi que la prise en charge de la dépendance qui en résulteront sont également un sujet de préoccupation.

La régulation du système met en jeu à la fois des questions institutionnelles et financières.

L'équilibre entre les pouvoirs de l'Etat, renforcés par la réforme de 1996, et ceux des caisses d'assurance maladie est régulièrement questionné. La difficulté des caisses à intervenir sur la maîtrise des dépenses et à trouver des accords avec les professionnels et le retrait du patronat des conseils d'administration fragilisent l'assurance maladie. Le processus de régionalisation est au cœur des débats (quelle délégation de pouvoir mettre en œuvre, avec quelles institutions, quelle place pour les élus,...).

La question de la solvabilité du système est également à l'ordre du jour, et alimente un débat sur la gamme des services devant être couverts collectivement.

Jusqu'à présent, le niveau élevé des dépenses de santé a coïncidé avec un bon niveau d'accès aux soins si l'on excepte quelques pénuries locales (accès à

l'IRM dans certaines régions par exemple). Le rationnement explicite n'est pas à l'ordre du jour, mais ceci pourrait changer avec l'évolution de la démographie des professionnels.

Le gouvernement en place depuis juin 2002 a introduit ou annoncé un certain nombre de réformes :

- La loi relative à la santé publique, annoncée dès l'entrée en fonction du nouveau ministre, est actuellement en discussion au Parlement. Elle fixe une centaine d'objectifs à atteindre dans les cinq ans et prévoit la mise en place de cinq plans spécifiques : la lutte contre le cancer ; la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives ; la santé et l'environnement ; la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares. La loi propose également de clarifier les rôles des différents acteurs intervenant en santé publique.
- La réforme du paiement des hôpitaux, annoncée dans le plan « Hôpital 2007 » à l'automne 2002, est également en bonne voie : la « tarification à l'activité » des activités de médecine, chirurgie et obstétrique est actuellement expérimentée sur des établissements volontaires. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale précise les modalités d'application de ce nouveau mode de tarification (champ des établissements et des activités concernés, produits et prestations exclues des tarifs applicables aux « groupes homogènes de séjour » ...).
- Conformément au plan « Hôpital 2007 », une ordonnance de septembre 2003 a simplifié la planification hospitalière. Elle concentre tous les instruments de planification dans le Schéma Régional d'Organisation des soins, supprime la carte sanitaire et ses « indices de besoins » et donne plus de pouvoir aux Agences Régionales d'Hospitalisation. Toutes ces mesures accompagnent un programme ambitieux d'investissements, impulsé par une dotation du gouvernement de 6 milliards d'Euros d'ici 2007 (PLFSS 2004).
- Dans le secteur du médicament : les remboursements de médicaments prévus dès 1999 ont enfin commencé (en juillet 2003) et devraient se poursuivre en 2004 et 2005 ; des tarifs forfaitaires de remboursements ont été établis pour 23 groupes génériques représentant environ 5% du marché total ; une procédure de « dépôt de prix » offre désormais aux laboratoires, sous certaines conditions, la possibilité de fixer eux-mêmes le prix des molécules très innovantes qu'ils mettent sur le marché.
- Enfin, la modernisation de l'assurance maladie, annoncée par le gouvernement dès son arrivée, est toujours à l'ordre du jour : un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été créé en octobre 2003 avec la mission d'établir un diagnostic et de proposer des orientations.

Liste des abréviations

AFSSA :	Agence française de la sécurité sanitaire des produits alimentaires
AFSSAPS :	Agence française de la sécurité sanitaire des produits de santé
AFSSE :	Agence française de sécurité sanitaire environnementale
AMM :	Autorisation de mise sur le marché
ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA :	Allocation personnalisée à l'autonomie
ARH :	Agence régionale de l'hospitalisation
ATIH :	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CANAM :	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CEPS :	Comité économique des produits de santé
CHR-CHU :	Centre hospitalier régional – universitaire
CMU :	Couverture maladie universelle
CSMF :	Confédération des syndicats médicaux français
CNAMTS :	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CRAM :	Caisse régionale d'assurance maladie
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CSG :	Contribution Sociale Généralisée
DDASS :	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS :	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

FMC :	Formation Médicale Continue
FMF :	Fédération des médecins de France
GHM :	Groupe homogène de malades
HAD :	Hospitalisation à domicile
HCSP :	Haut Comité de la Santé Publique
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INVS :	Institut national de la veille sanitaire
IRDES :	Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé
ISA :	Indice synthétique d'activité
LEEM	Les Entreprises du médicaments (ex SNIP)
MG France :	Fédération française des médecins généralistes de France
MICA :	Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité anticipée
MSA :	Mutualité sociale agricole
ODD :	Objectif annuel d'évolution des dépenses
ONDAM :	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PLFSS :	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI :	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH :	Participant au service public hospitalier
RMO :	Références médicales opposables
SML :	Syndicats des Médecins Libéraux
SMR :	Service médical rendu
SNIP :	Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (devenu LEEM)
SNITEM :	Syndicat national de l'industrie des technologies médicales
SROS :	Schéma régional d'organisation des soins
TIPS :	Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires
UCCSF :	Union des Chirurgiens et Spécialistes français
URCAM :	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML :	Union régionale des médecins libéraux

Bibliographie

Aligon, A. & Grignon, M. *Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis*. Les cahiers du Gratice, **15**: 213–241 (1998).

Aligon, A. et al. *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*. Paris, IRDES, 2001.

Audric, S. et al. *Les professions de santé, éléments d'information statistiques*. Solidarité et santé, **1**: 115–135 (2001).

Auvray, L. et al. *Santé, soins et protection sociale en 2000*. Paris, IRDES, 2001.

Beudaert, M. *La situation économique et financière des cliniques privées de 1999 à 2000*. Études et résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er168.pdf>), **168** (2002).

Biot, J. & Corbin, O. *Les technologies médicales en France*. Paris, JNB Développement SA, 1999.

Bocognano, A. et al. *La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements?* Questions d'économie de la santé, **32** (2000).

Boisguérin, B. & Gissot, C. *L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU: résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000*. Études et résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er152.pdf>), **152** (2002).

Boisguérin, B. et al. *La mise en place de la CMU: une synthèse d'études qualitatives sur les premiers mois du dispositif*. Études et résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er151.pdf>), **151** (2002).

Carrasco, V. et al. *L'activité des établissements de santé en 1999: poursuite d'une tendance modérée à la croissance de l'activité*. Études et résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er118.pdf>), **118** (2001).

CEPS. *Rapport d'activité 2001*. Paris, CEPS, 2002.

- Charvet-Protat, S. & Maisonneuve, H. *Évaluation clinique et économique des technologies médicales*. In: Matillon, Y. & Durieux, P., éd. *L'évaluation médicale : du concept à la pratique*, 2ème éd. Paris, Flammarion Médecine Science, 2000.
- CNAMTS. *Le Régime général en 1999*. Carnets statistiques, **106** (2001).
- CNAMTS. *Le secteur libéral des professions de santé en 2000*. Carnets statistiques, **108** (2002).
- CNAMTS. *Médicaments: approche économique et institutionnelle*. Paris, CNAMTS, 2000.
- CNAMTS. *Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2*. Paris, CNAMTS, 1999.
- Code de la santé publique: Édition 2000*. Paris, Dalloz, 2000.
- Code de la sécurité sociale: Edition 2000*. Paris, Dalloz, 2000.
- Commission des Comptes de la Sécurité sociale. *Rapport: septembre*. Paris, Commission des Comptes de la Sécurité sociale, 2000.
- Commission des Comptes de la Sécurité sociale. *Rapport: septembre*. Paris, Commission des Comptes de la Sécurité sociale, 2001.
- Commission des Comptes de la Sécurité sociale. *Rapport: septembre*. Paris, Commission des Comptes de la Sécurité sociale, 2002.
- Cour des Comptes. *Rapport annuel sur la sécurité sociale*. Journal officiel (2001).
- IRDES & DREES. *Éco-santé France 2002* (<http://www.IRDES.fr/ecosante/france.htm>). Paris, IRDES & DREES, 2002.
- IRDES & DREES. *Éco-santé régionale* (<http://www.IRDES.fr/ecosante/region.htm>). Paris, IRDES, 2001.
- IRDES. *Health and social protection survey*. Paris, IRDES, 2000.
- Darriné, S. *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020: les médecins dans les régions et par mode d'exercice*. Études et résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er156.pdf>), **156** (2002).
- Darriné, S. & Niel, X. *Les médecins omnipraticiens au 1er janvier 2000: 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers*. Études et résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er099.pdf>), **99** (2001).
- De Kervasdoué, J. *Le carnet de santé de la France en 2000*. Paris, La Découverte & Syros, 2000.
- De Lathouwer C. & Poullier, J.P. *How much ambulatory surgery in the world*

in 1996–1997 and trends? Ambulatory surgery, **8**: 191–200 (2000).

Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale & IRDES. *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires*. Paris, La Documentation Française, 2000.

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *L'hospitalisation en France : données et chiffres repères Edition 2000*. Informations hospitalières, **53** (2000).

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *L'hospitalisation à domicile: un nouvel essor*. Informations hospitalières, **52** (2000).

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. *La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire*. 1999.

Direction Générale de l'Action Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Le financement des établissements et services sous compétence de l'État 70 : Résultats synthétiques 1999 et séries chronologiques*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1999.

Dupeyroux, J.-J. et al. *Droit de la sécurité sociale*. Paris, Dalloz, 2001.

Duriez, M. et al. *Le système de santé en France*. Paris, IRDES & Presses Universitaires de France, 1996.

Dutheil, N. *Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999*. Études et Résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er091.pdf>), **91** (2000).

Fénina, A. *Les Comptes de la santé en 2000*. Études et résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er132.pdf>), **132** (2001).

Haut Comité de la Santé Publique. *La santé en France : rapport annuel 2002*. Paris, La Documentation Française, 2002.

Haut Comité de la Santé Publique. *Actualités et dossier en santé publique*. Paris, La Documentation Française, 2002.

Lecomte, T. & Paris, V. *Consommation de pharmacie en Europe, 1992: Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni*. Paris, IRDES, 1994.

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2001 et annexes. Journal officiel, (24 décembre 2000).

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002 et annexes. Journal officiel, (26 décembre 2001).

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 et annexes. Journal officiel, (24 décembre 2002).

Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Journal officiel, (18 décembre 2001).

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité & Ministère délégué à la santé. *Annexes au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002*. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité & Ministère délégué à la santé. *Annexes aux projets de loi de financement des années 1997–2001*, édités à l'automne précédant l'année concernée. Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité & Ministère délégué à la santé. *Atlas de la recomposition hospitalière* (<http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/recomp>). Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001.

Mission de Concertation pour la Rénovation des Soins de Ville. *Bilan de la mission*. Paris, 2001.

Niel, X. *La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002*. Études et Résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er161.pdf>), **161** (2002).

OECD health data 2000. Paris, OCDE, 2000.

OECD health data 2001. Paris, OCDE, 2001.

Ordre National des Médecins & IRDES. *Démographie médicale française : situation au 1er janvier 2001*. Paris, Conseil nationale de l'ordre des médecins & IRDES, 2001 (Étude No. 34).

Roumigières, É. *330 000 aides-soignants en 1999*. Études et Résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er054.pdf>), **54** (2000).

Schmitt, B. & Niel, X. *La diffusion des services sanitaires et sociaux depuis 1980: le poids croissant des zones périurbaines*. Études et Résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er032.pdf>), **32** (1999).

SNIP. *L'industrie pharmaceutique: réalités économiques*. Paris, SNIP, 2000.

Sourty Le Guellec, M.-J. *La chirurgie ambulatoire: potentiel de développement pour 17 gestes marqueurs*. Questions d'économie de la santé (<http://www.IRDES.fr/publications/bulletins/questeco/pdf/qesnum50.pdf>), **50** (2002).

Trémoureux, C. & Woitrain, E. *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998: réduction globale des disparités départementales*. Études et Résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er058.pdf>), **58** (2000).

Vilain, A & Niel, X. *Les infirmiers en activité : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années*. Études et Résultats (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er012.pdf>), **12** (1999).

WHO. *European health for all database*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002.

WHO. *The world health report 2000: health systems – improving performance*. Genève, OMS, 2000.

Sites internet

AFSSAPS:	http://afssaps.sante.fr
ANAES:	http://www.anaes.fr
CNAMTS:	http://www.ameli.fr
IRDES:	http://www.IRDES.fr
DREES:	http://www.sante.gouv.fr
Eco-santé France:	http://www.IRDES.fr/ecosante/france.htm
PMSI:	http://www.le-pmsi.fr
INSEE:	http://www.insee.fr
OCDE	http://www.oecd.org

Profils sur les systèmes de santé en transition

– Une série de rapports de l’Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé

Les rapports nationaux sur les systèmes de santé en transition fournissent une analyse de chaque système de santé et des initiatives de réforme en cours. Ils ont pour ambition de fournir au gouvernement et aux experts un outil de comparaison susceptible de contribuer à l’amélioration des systèmes de santé et des réformes dans la région européenne et dans les pays voisins. Ces rapports :

- analysent les différentes approches de financement, d’organisation et de distribution de l’offre de soins ;
- décrivent précisément l’élaboration et la mise en oeuvre des programmes de réformes ainsi que leur contenu ;
- précisent les enjeux communs et repèrent les domaines qui nécessitent une réflexion plus approfondie ;
- constituent un outil qui, en promouvant la connaissance des systèmes de santé en Europe, permet aux législateurs et aux experts de partager leurs expériences en matière de réforme.

Pour se procurer un rapport

Tous les rapports nationaux sur les systèmes de santé en transition sont disponibles en format PDF sur le site www.observatory.dk, où vous pouvez aussi consulter nos mises à jour mensuelles des activités de l’Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, y compris les nouveaux rapports, des ouvrages de notre série publiés en collaboration avec Open University Press (anglais) et Ves Mir (russe), des résumés sur les politiques, la gazette *EuroObserver* et le bulletin *EuroHealth*. Pour toute commande d’un rapport imprimé sur papier, écrire à :

observatory@who.dk

ou nous appeler au (+45) 39 17 17 17.



Les publications de
l’Observatoire européen
des systèmes et des politiques
de santé sont disponibles sur
www.observatory.dk

Rapports nationaux sur les systèmes de santé en transition publiés à ce jour :

Albanie (1999, 2002^{a,g})
Allemagne (2000, 2000^e)
Andorra (2004)
Arménie (1996, 2001^g)
Australie (2002)
Autriche (2001^e)
Azerbaïdjan (1996, 2004)
Belgique (2000)
Biélorussie (1997, 2002)
Bosnie-Herzégovine (2002^g)
Bulgarie (1999, 2003)
Canada (1996)
Croatie (1999)
Danemark (2001)
Espagne (1996, 2000^h)
Estonie (1996, 2000)
Fédération de Russie (1998, 2002^g)
Finlande (1996, 2002)
France (2004, 2004^c)
Géorgie (2002^g)
Grèce (1996)
Hongrie (1999)
Islande (2003)
Israël (2003)
Italie (2001)
Kazakhstan (1999^g)
Kirghizstan (1996, 2000^g)
Lettonie (1996, 2001)
Lituanie (1996)
Luxembourg (1999)
Malte (1999)
Norvège (2000)
Nouvelle-Zélande (2002)
Ouzbékistan (2001^g)
Pays-Bas (2004)
Pologne (1999)
Portugal (1999, 2004)
République de Moldavie (1996, 2002^g)
République tchèque (1996, 2000)
ex-République yougoslave de Macédoie (2000)
Roumanie (1996, 2000^f)
Royaume-Uni (1999, 1999^g)
Slovaquie (1996, 2000)
Slovénie (1996, 2002)
Suède (1996, 2001)
Suisse (2000)
Tadjikistan (1996, 2000)
Turkménistan (1996, 2000)
Turquie (1996, 2002^g)
Ukraine (2004)

Légende

Tous les rapports nationaux sont disponibles en anglais. Les notes indiquent qu'ils sont aussi disponibles dans d'autres langues :

- ^a albanais
- ^b bulgarien
- ^c français
- ^d géorgien
- ^e allemand
- ^f roumain
- ^g russe
- ^h espagnol
- ⁱ turc