

La maîtrise des dépenses de santé en France

Daniel BENAMOUZIG ⁽³⁾, Robert LAUNOIS ⁽¹⁻²⁾

PROJET EUROPEEN

Fernando Antonanzas (Spain), Anthony J Culyer (Great Britain), Robert Launois (France),
Janne Martikainen (Finland), Carlos Pinto (Portugal), J.Matthias Graf v.d. Schulenburg
(Allemagne)

(Contrat de l'Union Européenne n° QLG6-CT-1999-00554)

⁽¹⁾ REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

⁽²⁾ UFR SMBH – Université de Paris XIII – 74 rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex

⁽³⁾ CERMES - Centre de Recherche Médecine Sciences, Santé Société - Site CNRS, 7, rue Guy Môquet - 94 801 Villejuif Cedex Email : benamouz@vjf.cnrs.fr

ELEMENTS DE CADRAGE

- **Contexte démographique et macro-économique**

D'un point de vue démographique, la situation de la France est assez comparable à celle de ses voisins européens. La France compte près de 60,2 millions d'habitants. Sa population augmente au rythme de 0,5% par an. Lors des trois derniers recensements, en 1982, 1990 et 1999, la population française était ainsi évaluée à 54,3 millions, 56,6 millions et 58,5 millions d'habitants. En croissance, la population française est cependant vieillissante. La proportion de personnes âgées augmente et Les plus de 60 ans représentent aujourd'hui 21,3% de la population, contre 19,9% en 1990.

Ce vieillissement résulte de différents facteurs. Il s'explique d'abord par une baisse continue du taux de mortalité, qui est estimé à 8,9 pour mille habitants. Le vieillissement de la population résulte aussi de l'augmentation de l'espérance de vie, sensible mais inégale selon le sexe. Avec une espérance de vie à la naissance de 74,9 ans, les hommes se situent ainsi au 15^e rang mondial, tandis que les femmes ont une espérance de vie à la naissance de 82,3 ans et se placent au second rang mondial, derrière les japonaises. Ces chiffres traduisent un net allongement de l'espérance de vie, qui n'était que de 70,2 ans pour les hommes et de 78,4 ans pour les femmes en 1980.

Le vieillissement de la population française a toutefois été amorti par une natalité relativement élevée à l'échelle européenne, avec taux de natalité de 13,1 naissances pour mille habitants. Evalué à 1,7 enfants par femmes en âge de procréer, l'indice synthétique de fécondité des françaises se maintient à un niveau plus élevé que celui de la plupart des pays européens. Cette originalité s'explique par le fait que les femmes actuellement en âge de procréer sont issues du baby-boom, dont les effets ont été plus durables en France que dans d'autres pays européens. Cette différence devrait toutefois s'estomper au cours des prochaines années, pour rejoindre les indices plus médiocres des autres pays européens. Le vieillissement de la population a également été amorti par une chute spectaculaire de la mortalité infantile, qui a été divisée par dix depuis les années 1950, passant de 52 pour mille en 1950 à 4,7 mille en 1997. Cet indice pourrait encore baisser ces prochaines années, en raison du nombre décroissants de morts subites du nourrisson. Au total, la démographie de la France est globalement comparable à celle des autres pays européens, avec un vieillissement amorti pour quelques années encore.

Du point de vue économique, la France a connu une relative amélioration de sa conjoncture dans la seconde partie des années 1990. Après avoir connu une croissance médiocre au début de la décennie 1990, avec un taux de croissance inférieur à 2% en volume entre 1990 et 1997, la France a vu sa situation s'améliorer à partir de 1997, avec des rythmes de croissance plus soutenus, atteignant une moyenne de 2,8% par an sur la période comprise entre 1997 et 2001. En France comme ailleurs, cette embellie semble cependant révolue. Un fléchissement apparaît aujourd'hui, avec des prévisions de croissance inférieures de 1,7% par an. Sur le long terme, ces variations cependant n'ont jamais remis en cause la stabilisation de l'inflation, acquise depuis les années 1980. Alors que la hausse des prix était un phénomène caractéristique de l'économie française jusque dans les 1970, avec un taux d'inflation de 14% au début des années 1980, ce taux a progressivement été ramené à 3% au début des années

1990. Ces dernières années se caractérisent par une stabilité des prix, avec des augmentations de l'indice des prix à la consommation comprises entre 1,3 et 1,5% par an.

En France comme dans les autres pays européens, le chômage reste le problème économique le plus préoccupant, même si la situation s'est améliorée au cours des dernières années. Au milieu des années 1990, la France comptait ainsi un taux de chômage élevé, de l'ordre de 12% de la population active. Avec la reprise de la croissance, ce taux a régressé à partir de 1997, pour se situer autour de 9% de la population active, ce qui correspond à un nombre de demandeurs d'emplois d'environ 2,5 millions de personnes. Depuis plusieurs mois, le chômage est cependant de nouveau en hausse. Cette tendance pourrait s'affirmer dans un proche avenir en raison du ralentissement attendu de la croissance. Ces évolutions recouvrent toutefois d'importantes disparités. Avec un taux de chômage de 15%, les femmes sont plus touchées que les hommes. Les personnes les moins diplômées sont également plus exposées, avec un taux avoisinant les 30% pour les personnes sans diplôme. Au cours de cette période, le volume global de la population active a en outre enregistré de significatives variations. Évaluée à 25 millions de personnes en 1991, la population active est passée à 26,3 millions dix ans plus tard. Pour des raisons démographiques, l'augmentation du nombre d'actifs devrait se poursuivre jusqu'en 2006, date à laquelle un retournement devrait se traduire par une baisse sensible de la population active, de l'ordre de 700 000 actifs en moins par an.

L'importance du chômage et le volume de la population active expliquent en partie les médiocres performances de la France en termes de PIB / habitant. Avec un PIB global de 1 380 milliards d'euros en 2001, la France se classe parmi les grandes puissances économiques européennes, voire mondiales. Mais sa situation est nettement moins favorable lorsque le PIB est rapporté au nombre d'habitants. Souvent utilisé pour évaluer la « richesse » d'un pays, ce ratio situe la France au douzième rang européen. Avec un PIB par habitant de 22 000 euros, la France se situe juste devant l'Espagne, le Portugal et la Grèce. Sur le long terme, cette situation traduit une dégradation de la situation française par rapport au milieu des années 1990. La France se situait alors au septième rang européen. Cette évolution est toutefois moins due à un « appauvrissement » du pays qu'aux progrès très rapides enregistrés par d'autres pays européens, comme l'Irlande ou la Finlande, dans une moindre mesure l'Italie, la Suède ou la Grande Bretagne.

- **Evolutions des dépenses de santé**

Le système de santé français est l'objet d'une régulation prioritairement budgétaire. Cette dernière laisse régulièrement apparaître des déficits sociaux, liés non seulement à l'activité des acteurs du système de santé, mais aux évolutions de la conjoncture économique. Le financement du système de santé doit être apprécié dans le contexte institutionnel français, hérité des réformes d'après guerre.

Aux lendemains de la guerre, le gouvernement instaure une Sécurité Sociale destinée à couvrir progressivement l'ensemble de la population. Absorbant un grand nombre de régimes de protection sociale propres à diverses activités professionnelles, la Sécurité Sociale est financée par des prélèvements obligatoires sur des revenus salariaux et patronaux. Elle est gérée sur la base du paritarisme, entre représentants du monde du travail et représentants du patronat. Dans un contexte de croissance, les recettes connaissent alors d'importantes augmentations, qui assurent la rapide progression des dépenses de santé, jugée unanimement nécessaire à la satisfaction des besoins de la population.

Avec la crise des années 1970, apparaissent cependant les premières tensions. Elles obligent les gouvernements successifs à mettre en œuvre des « plans de redressement », aussi réguliers que répétitifs dans leurs principes. Au rythme d'un plan en moyenne tous les dix-huit mois à partir de 1976, différents gouvernements augmentent et diversifient les recettes de la Sécurité Sociale, tout en réduisant le niveau de prise en charge des prestations. L'objectif est moins de bouleverser la régulation du système de santé, dont les bénéficiaires continuent de s'étendre à l'ensemble de la population, que d'équilibrer le budget de la Sécurité Sociale.

Dans ce contexte de maîtrise des dépenses, les années 1990 voient apparaître de nouvelles orientations. Elles visent à encadrer plus étroitement la progression des dépenses de santé en agissant non plus sur les seuls agrégats budgétaires, mais aussi sur le comportement même des acteurs du système de santé. Malgré des succès inégaux, ces mesures permettent dans un premier temps de contenir le rythme de croissance des dépenses de santé, qui passe à une moyenne annuelle de 3,5% au cours de cette période, contre plus de 8% au cours des années 1970. Les effets de ces mesures semblent pourtant essentiellement transitoires. Au vu d'évolutions récentes, les dispositions prises semblent difficilement parvenir à limiter la progression des dépenses, qui atteignent depuis deux ans des taux de croissance annuels supérieurs à 5%.

Plus que la hausse des dépenses de santé elle-même, c'est surtout le différentiel entre la hausse des dépenses de santé et la croissance du PIB qui pose problème. Comme dans beaucoup d'autres pays européens, les dépenses de santé ont tendance à croître plus vite que le PIB. Il s'agit là d'une tendance ancienne, dont les effets se manifestent jusqu'aujourd'hui. Alors que les dépenses de santé ne représentaient en France que 7,6% du PIB au début des années 1980, elle représentent désormais près de 9,5% du PIB, l'un des plus forts taux en Europe. Or les recettes de la Sécurité Sociale sont issues de cotisations sociales salariales et patronales, ainsi que de recettes fiscales. Elles dépendent de ce fait de l'activité économique du pays. Lorsque la croissance est forte, les recettes sont plus abondantes. Le budget de l'assurance maladie est alors équilibré, ou même excédentaire. A l'inverse, lorsque la croissance ralentit, les recettes suivent la même voie et des déficits apparaissent. De sorte que l'évolution du financement n'entretient en fait aucun lien direct avec la structure des dépenses, dont l'évolution dépend de l'activité médicale, des progrès techniques ou du vieillissement de la population. Cette dissociation entre recettes et dépenses est à l'origine des déséquilibres récurrents du financement du système de santé français.

Cette situation est structurellement problématique. Elle pose presque autant de problèmes en période de ralentissement conjoncturel qu'en période de forte croissance économique. Dans les deux cas, des décalages ne manquent pas d'apparaître. Lorsque la conjoncture se dégrade et que l'écart entre le taux de croissance et l'augmentation des dépenses de santé s'accuse, comme c'est le cas aujourd'hui, les déficits apparaissent. Menaçant le financement, ils exigent une réaction dans l'urgence des pouvoirs publics. Généralement un train de mesures veille au déremboursement de certaines prestations, et à l'augmentation de certains prélèvements. Lorsque la croissance est au rendez-vous, la situation est à peine plus favorable. Le financement de l'assurance maladie est certes assuré, comme ce fut le cas dans la seconde partie des années 1990, mais la situation reste problématique. Les budgets sociaux peuvent être équilibrés ou excédentaires, et les dépenses de santé filer bon train sans que les pouvoirs publics ne s'en inquiètent. Au moindre ralentissement de conjoncture, l'écart entre la croissance économique – qui garantit le volume des recettes – et les dépenses de santé s'accuse brutalement, exigeant des réponses d'autant plus sévères que la progression a été importante. Que la conjoncture soit bonne ou mauvaise, la gestion budgétaire du financement exige ainsi des ajustements périodiques, plus ou moins espacés et drastiques selon les

périodes. Ces ajustements ne remettent pas en cause l'origine structurelle des déséquilibres. Cette logique a certes été quelque peu amendée à travers l'introduction de mécanismes de maîtrise dans les années 1990, mais le système de santé reste principalement gouverné par une logique budgétaire consistant à équilibrer les comptes.

Pour cette raison, l'examen du système de santé exige une attention aux agrégats traduisant l'évolution des dépenses et recettes du système de santé. Ces agrégats sont définis dans le cadre de la comptabilité nationale et sont par conséquent différents des agrégats utilisés par l'OCDE pour ses comparaisons internationales. La « dépense nationale de santé » de l'OCDE en particulier ne correspond pas exactement aux « dépenses courantes de santé » (DCS) de la comptabilité nationale. Evalué à quelques 148 milliards d'euros en 2001, cet agrégat représente l'ensemble des dépenses engagées par les différents acteurs participant au financement du système de santé. La Sécurité Sociale contribue à hauteur 75,4% aux dépenses courantes de santé, les ménages à hauteur de 11,1%, les organismes de protection complémentaire financent un peu moins de 10% des DCS, répartis entre organismes mutualistes (7,5%), assurances privées (2,4%) et institutions de prévoyance (2,3%). Enfin les pouvoirs publics participent à hauteur de 1,3% aux dépenses courantes de santé. Au cours de la dernière décennie, la part de la Sécurité Sociale dans les DCS s'est stabilisée, celle des ménages a régressé tandis que celle des mutuelles a sensiblement augmenté, leur contribution passant de 6,1% en 1990 à 7,5% aujourd'hui.

La « consommation médicale totale » est un sous-agrégat des DCS. Elle s'élève à 131 milliards d'euros. Elle comprend tous les postes des DCS, sauf les indemnités journalières versées aux malades en arrêt de travail, les dépenses de recherche et de formation médicale et les dépenses de gestion du système de santé. Il comprend en revanche les dépenses de prévention et inclut surtout le dernier sous-agrégat important, la « consommation de soins et de biens médicaux » (CSBM). Ce dernier est lui même composé des dépenses de soins hospitaliers, de soins ambulatoires et de médicaments, ainsi que divers postes de moindre importance, comme l'optique, les petits matériels ou les pansements. La CSBM s'élève à 128 milliards d'euros en 2001.

La décomposition de la CSBM révèle la structure des dépenses de santé. Au niveau le plus global, l'ensemble des postes de la CSBM concourent à sa progression. La progression des dépenses de médicament, de l'ordre de 6 à 9% par an, est cependant relativement plus rapide que les autres postes. Avec 27 milliards d'euros, les dépenses de médicaments représentent près de 21% de la CSBM. Cette croissance correspond aussi bien à l'augmentation du nombre d'unités vendues qu'à l'arrivées de nouveaux produits, plus chers que les produits auxquels ils se substituent.

Avec 57 milliards d'euros en 2001, les dépenses hospitalières représentent 45% de la CSBM. En France, les soins hospitaliers sont assurés conjointement par un millier d'établissements publics, tenus d'accueillir tous les malades, et environ 2100 établissements privés, souvent orientés vers la chirurgie et l'obstétrique. Les hôpitaux publics disposent de 65% des 490 000 lits d'hospitalisation de court séjour (8,5 lits pour mille habitants) mais concentrent aujourd'hui près de 80% des dépenses de soins hospitaliers, contre 75% en 1990. Cette évolution traduit un renforcement de l'hospitalisation publique aux dépens du secteur privé.

Enfin, les soins ambulatoires représentent 26% de la CSBM, avec 34 milliards d'euros. La moitié des dépenses de soins ambulatoires correspond aux dépenses de soins des médecins, 20% aux dépenses de soins des auxiliaires médicaux, 20% aux dépenses de soins des dentistes

et 10% aux dépenses des biologistes. Avec 175 000 médecins en 2000, la France compte 3 médecins pour 1000 habitants. 47% d'entre eux sont généralistes et 53% spécialistes. Parmi l'ensemble des médecins français, 113 000 exercent dans un cadre libéral. Le choix du lieu d'installation des médecins étant libre, leur répartition géographique est cependant inégale. Certaines régions, comme la région parisienne ou le sud de la France sont ainsi mieux dotées que la moyenne nationale, alors que d'autres régions, comme le Nord, présentent une moindre densité médicale, alors même que leurs indicateurs de santé sont plus médiocres.

- **L'impossible maîtrise des dépenses de santé**

Face aux écarts récurrents entre les dépenses de santé, en constante augmentation, et les recettes, variables selon la conjoncture, les gouvernements successifs ont envisagé différents types de mesure. Globalement, deux démarches ont successivement prévalu.

Caractéristique de la période 1970-1990, la première démarche a consisté en une régulation de l'offre, accompagnée d'une gestion annuelle des budgets de l'assurance maladie. L'instauration de *numerus clausus* à l'entrée des études devait permettre de maîtriser les effectifs des professions médicales et para-médicales, alors en forte augmentation. Parallèlement, les pouvoirs publics mirent en place une « carte hospitalière », destinée à réguler les capacités hospitalières. Au début des années 1980, les établissements hospitaliers se virent parallèlement attribuer un budget annuel global, remplaçant une tarification à l'acte jugée inflationniste. Des objectifs annuels d'évolution des dépenses furent en outre définis pour la biologie, les soins infirmiers et les cliniques privées. Accompagnant ces mesures, la gestion budgétaire de l'assurance maladie les gouvernements continua à ajuster le niveau de remboursement aux possibilités de financement, ou bien en augmentant les recettes sur la base de nouveaux prélèvements, ou bien en déremboursant certaines prestations, le plus souvent en faisant les deux à la fois. Sans limiter la croissance des dépenses de santé, ces mesures ont eu deux types d'effets. Les recettes de la Sécurité Sociale ont tout d'abord fait l'objet d'une fiscalisation croissante. L'introduction de nouvelles taxes eut pour effet d'augmenter la proportion des recettes collectées sous forme d'impôt, aux dépens des charges sociales salariales et patronales. Ces mesures ont en outre contribué à éroder le niveau de couverture maladie. Estimant que cette dégradation nuisait à l'équilibre du dispositif de couverture, de plus en plus en plus onéreux, les gouvernements ont envisagé d'autres types de mesures, mises en œuvre dans les années 1990.

A partir de cette époque, les pouvoirs publics se penchent non plus seulement sur le financement du système de santé, mais aussi sur son fonctionnement. Entre 1990 et 1990, la mise en place d'une « maîtrise médicalisée » des dépenses de santé associe les professionnels de santé. Le respect de normes de bonnes pratiques préalablement définies par les pouvoirs publics en association avec les médecins est supposée éviter des actes inutiles ou dangereux. En cas de non respect, un mécanisme de sanction est prévu, mais n'entrera jamais en vigueur dans les faits. Même si elle marque un tournant dans la politique de maîtrise, l'impact économique des normes de bonne pratique reste difficile à évaluer. Dans le domaine du médicament, une économie de 51 millions d'euros a cependant été chiffrée¹. Malgré ces efforts, les dépenses de santé continuent alors à progresser, à un rythme certes moins élevé qu'auparavant, de l'ordre 3 à 4% par an. Ce rythme ne permet pourtant pas de résorber l'écart avec une croissance alors elle-même ralentie. De sorte qu'à la fin de l'année 1995, la

¹ CREDES

dégradation brutale de la situation financière de la Sécurité Sociale exige une réponse vigoureuse, qui débouche sur le plan Juppé.

Le Plan Juppé comprend des dispositions financières à court et moyen terme et des réformes structurelles plus ambitieuses. Sur le plan financier, on relève, outre les mesures classiques, l'instauration d'une taxe destinée à rembourser le déficit de la Sécurité Sociale au cours des 13 années suivantes, ultérieurement prolongée de 5 années. Cette taxe inaugure un financement de l'assurance maladie « à crédit », faisant porter sur les générations futures le poids des dépenses actuelles.

Sur le plan structurel, la réforme préserve les caractéristiques libérales du système de santé français, tout en s'attaquant à l'organisation de l'offre de soins. Le Plan Juppé met tout d'abord en oeuvre un encadrement *a priori* des dépenses, votées par le Parlement dans le cadre d'une loi de financement de la Sécurité Sociale. Chaque année, cette loi fixe un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il est cependant indicatif et n'a en fait été respecté qu'en 1997. Depuis lors, cet objectif a été systématiquement dépassé, dans des proportions de plus en plus importantes, allant de 1,4 milliards d'euros en 1998, à 2,8 milliards d'euros en 2001. Global, cet objectif est décomposé en une série d'enveloppes. Recouvrant les dépenses des établissements publics hospitaliers et des cliniques privées, l'enveloppe des dépenses hospitalières est répartie entre régions selon un dispositif de péréquation. La répartition des ressources est assurée par de nouvelles structures, les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), qui ont par ailleurs vocation à restructurer le tissu hospitalier régional. Les dépenses de médecine ambulatoire pour leur part sont encadrées par deux enveloppes, l'une pour les généralistes et l'autre pour les spécialistes. Contrôlées par les services médicaux de l'assurance maladie, puis par l'Etat lui-même, ces enveloppes devaient initialement donner lieu à des versements d'honoraires de la part des médecins en cas de dépassement. S'avérant délicate à mettre en oeuvre d'un point de vue tant politique que juridique, cette disposition a été abandonnée. Nombre d'observateurs ont plus généralement souligné que la séparation des enveloppes pouvait avoir pour effet d'encourager les acteurs du système de santé à « déplacer » les dépenses d'une enveloppe à l'autre, sans nécessairement favoriser des comportements plus efficaces.

Le Plan Juppé visait en outre à poursuivre la « maîtrise médicalisée des dépenses » entamée quelques années auparavant, notamment à travers le respect de normes de bonnes pratiques. Les médecins sont aussi soumis à l'obligation de formation médicale continue et doivent s'informatiser. Enfin, la réforme encourage les expérimentations développant des pratiques coordonnées, associant des professionnels et des établissements de santé au sein de réseaux et de filières de soins. Si un certain nombre d'études se sont efforcées d'évaluer certains réseaux ou filières de soins, l'impact de ces structures sur les dépenses de santé reste difficile à évaluer. C'est du reste le cas de la plupart des dispositions mises en oeuvre ces dernières années, dont les conséquences budgétaires apparaissent seulement à un niveau agrégé. Au vu de l'évolution récente des dépenses de santé, et des déficits qui ne manqueraient pas d'apparaître si les perspectives de croissance économique devaient rester moroses, il est probable que la gestion de l'assurance maladie s'achemine prochainement vers de nouvelles dispositions, relevant probablement d'une gestion budgétaire traditionnelle, visant à équilibrer les comptes sociaux. Si les acteurs du système de santé sont aujourd'hui certainement plus conscients des contraintes économiques pesant sur ce secteur, les mécanismes de régulation mis en oeuvre au cours des dernières années ne semblent plus guère suffisants pour endiguer la croissance des dépenses, de nouveau en hausse. Mais au-delà de leur impact économique, ces

réformes ont également eu pour effet de transformer assez profondément la physionomie générale du secteur.

- **La nouvelle physionomie du système de santé**

Si un mot devait résumer ces évolutions, celui de coordination aurait l'avantage de désigner deux phénomènes complémentaires. Le système de santé connaît un double mouvement d'intégration des pratiques médicales par le bas, et de redéploiement de la tutelle par le haut. Il y a encore quelques années, le système de soins français se caractérisait par la coexistence de deux logiques. La très grande liberté laissée aux professionnels de santé s'articulait tant bien que mal aux tentatives de planification sanitaire. La viabilité de ce système hybride, dirigiste par le haut et libéral par le bas, était assurée par une couverture sociale fonctionnant à guichet ouvert. Des raisons à la fois conjoncturelles et structurelles (progrès technologique, amélioration du niveau de vie, vieillissement de la population) ont progressivement déséquilibré ce système et réformes mises en œuvre ces dernières années ont accentué des tendances laissant apparaître en filigrane les contours du nouveau système de santé. Le rapprochement des deux pôles dirigiste et libéral du système semble conduire à l'émergence d'un espace de coordination intermédiaire, en cours de constitution. Au sommet du système, la tutelle publique a connu un redéploiement à la fois fonctionnel et géographique, tandis que les professionnels ont pour leur part vu leur activité intégrée à des pratiques collectives.

L'intégration des pratiques conduit à une articulation plus poussée de la médecine hospitalière et de la médecine ambulatoire. Traditionnellement cloisonnés, ces deux catégories de soins, s'appuient sur des formes de légitimité différents : la médecine de ville fait valoir l'importance du « colloque singulier », tandis que la médecine hospitalière met en avant d'incontestables performances techniques. Ces systèmes présentent la propriété de dénier toute légitimité au contrôle extérieur, notamment économique. Le tiers est tout juste admis à payer. Or au gré des réformes, ce modèle s'affaiblit au bénéfice d'une régulation plus intégrée.

En France comme dans les autres pays européens, la médecine voit s'atténuer la place du traditionnel colloque singulier. Depuis le début des années 90, la notion de qualité, souvent articulée à celle d'efficacité économique, a fait son entrée dans la définition formelle des bonnes pratiques. Ces dernières s'interposent désormais entre le médecin et son patient. Les conférences de consensus réunissant les meilleurs experts sur une question donnée, aussi bien que les références médicales opposables définies dans le cadre de la maîtrise médicalisée, conduisent en effet à une définition plus collective et plus normalisée des pratiques. L'informatisation du secteur de la santé va dans le même sens, en accentuant l'intégration des pratiques médicales. Le colloque singulier est remis en question par les patients eux-mêmes, qui n'accordent plus aussi facilement leur confiance qu'autrefois. Même si l'on est loin du système américain, le nombre de litiges entre médecins et patients, en augmentation de plus 75% en dix ans, traduit cette évolution. Ainsi, la dégradation du colloque singulier au détriment de normes à la fois médicales, juridiques et économiques fragilise l'autonomie du médecin, dont l'activité est plus intégrée qu'il y a quelques années.

Ces évolutions ne sauraient être assimilées à une dégradation du service médical. Les contraintes pesant sur les pratiques favorisent une réorganisation collective des soins. L'émergence de réseaux et de filières de soins prenant en charge des patients à une

échelle locale devrait contribuer à réduire le cloisonnement ville-hôpital. Des expériences conduites dans le domaine de la toxicomanie, du Sida ou de l'Hépatite C valorisent ce type de coordination. L'organisation collective du système trouve une autre illustration dans une meilleure prise en compte de la santé publique, historiquement déficiente en France. La création du Haut Comité de Santé Publique en 1991, des conférences nationale et régionales de santé en 1996, témoignent de ce renouveau de la santé publique. Cette dynamique s'articule à un redéploiement de la tutelle publique.

Avant même le plan Juppé, d'importantes réformes avaient concerné l'organisation des responsabilités publiques en matière de santé. Différentes affaires, comme l'affaire du sang contaminé, ont révélé l'incapacité des services administratifs à assurer leurs missions de contrôle. Elles ont dramatiquement mis en lumière le manque d'expertise technique et l'insuffisante réactivité des pouvoirs publics face aux crises sanitaires. Aussi, l'Etat a-t-il choisi d'externaliser une partie de ses responsabilités. La création d'agences de sécurité sanitaire fait suite à la mise en place plus ancienne d'agences spécialisées dans le domaine de l'évaluation médicale, du médicament, des greffes ou encore du sang. Dans le cadre du plan Juppé, ce redéploiement fonctionnel a en outre été renforcé par un redéploiement géographique, accordant plus de place au niveau régional. Les réformes de 1995 ont mis en place deux importantes institutions, les Agence régionales d'hospitalisation (ARH), responsables du volet hospitalier, et les Unions Régionale des Caisses Assurance Maladie (URCAM), qui réunissent dans le cadre d'une région administrative l'ensemble des caisses de sécurité sociale des multiples régimes de couverture. Ces organismes ont vocation à collaborer dans le domaine hospitalier afin de ne plus dissocier la production de soins de son financement. Dans le domaine ambulatoire, les URCAM doivent travailler avec d'autres institutions régionales à peine plus anciennes, les Unions Professionnelles Régionales, créées en 1993 pour représenter les médecins de ville.

Ce mouvement de redéploiement des responsabilités publique n'est pas sans danger. Il se heurte au risque connu d'une « captation » des agences par les acteurs qu'elles sont censés contrôler. Cette difficulté se pose, par exemple, à propos des expertises demandées par l'Agence du médicament. En dépit des précautions prises, les experts compétents sont parfois liés aux laboratoires dont il s'agit d'évaluer les produits. Le mouvement de redéploiement risque par ailleurs de faire apparaître des problèmes de coordination entre différentes instances. Les compétences des agences peuvent se chevaucher et donner lieu à des recommandations divergentes. Au total, le redéploiement de la tutelle publique doit néanmoins permettre aux responsables d'être au plus près des questions techniques sur lesquelles ils doivent se prononcer.

L'émergence d'une forme de pluralisme pourrait enfin permettre à de nouveaux acteurs de participer à la régulation du système. L'un des enjeux des transformations du système de santé est l'arrivée éventuelle d'acteurs mettant en oeuvre des mécanismes concurrentiels au sein du système de santé. Au-delà des réflexions académiques s'appuyant sur des précédents étrangers, quelques propositions ont été formulées en ce sens au cours des dernières années. Certains hommes politiques libéraux, au demeurant peu nombreux, se sont ainsi prononcés occasionnellement en faveur de mécanismes de concurrence régionale entre caisses d'assurance maladie, un peu sur le modèle allemand. Parallèlement, certains syndicats de médecins, cherchant il est vrai avant tout à s'opposer au plan Juppé, ont évoqué l'éventualité d'une « concurrence de gestion »

mise en oeuvre par des opérateurs privés, dans le respect d'un cahier des charges universel garantissant l'égalité des prestations. Enfin, depuis plusieurs années certains groupes d'assurances, comme AXA, examinent les conditions d'une entrée plus franche sur le marché de l'assurance santé. Ces initiatives sont jusqu'à présent restées essentiellement à l'état de projet, que d'aucuns considèrent même d'ores et déjà comme caduques.

Plus qu'une mise en concurrence accrue des acteurs du système de santé, c'est en fait son évolution vers des formes de coordination innovantes, mettant en jeu de nouveaux acteurs ou de nouvelles formes de pratiques qui est en jeu. Ces transformations renouvellent le paysage sanitaire français. En valorisant les dispositifs d'intégration, elles remettent en cause la centralité des services hospitaliers et le pouvoir des spécialistes au bénéfice de nouveaux acteurs, comme les médecins généralistes acceptant de travailler plus collectivement. Ce faisant, les réformes se heurtent à d'importantes résistances, dont leurs promoteurs doivent s'assurer qu'elles ne mettent pas en péril la gestation du nouveau système de soins. Surtout, la poursuite de ces transformations devra encore longtemps s'accommoder d'une gestion budgétaire et conjoncturelle des dépenses de santé. D'importantes contradictions risquent alors d'apparaître entre ces deux logiques contradictoires. La logique d'encadrement budgétaire plus ou moins autoritaire, visant à contenir à court terme les dépenses de santé, risque en effet de fragiliser des dispositifs structurels accordant une plus grande autonomie aux acteurs et aux institutions chargés de développer des mécanismes de coordination au sein du système.