

Le déficit prévu, pour 2019, de l'Assurance-maladie est de 900 millions d'euros. Médecins et économistes débattent de l'avenir du système de soins

La santé malade de son argent

Cinquante ans à tenter de « boucher le trou de la Sécu »

Le chercheur Bruno Palier retrace un demi-siècle de réformes gouvernementales menées pour faire face à l'envolée des dépenses de santé

Par BRUNO PALIER

Depuis le début des années 1970, les dépenses de santé en France augmentent systématiquement plus vite que le produit intérieur brut (PIB). Leur part dans le PIB est ainsi passée de 7,6 % en 1980 à 9,4 % en 1994 et à 11 % depuis le milieu des années 2010, soit l'un des ratios les plus élevés du monde. Pour faire face à cette augmentation, la France semble avoir tenté toutes les formes de régulation possibles : par les prix, par la négociation, par l'étatisation, par la privatisation.

Au cours des années 1970, les pouvoirs publics ont d'abord cherché à bloquer les prix. Les hôpitaux ont vu le niveau du « prix de journée », qui permet leur financement et est fixé par l'Etat, ne progresser que très lentement, moins vite que l'inflation. Les tarifs de la Sécurité sociale pour les honoraires des professionnels de santé n'évoluaient pas aussi vite que les salaires. Le prix des médicaments était fixé à des tarifs relativement bas par rapport à ceux des pays étrangers. Mais cette stratégie n'a guère ralenti la hausse des dépenses, car les acteurs compensaient

ce quasi-gel des tarifs en augmentant le volume de leur activité : prolongation des séjours en hôpital, multiplication des consultations médicales et des prescriptions de médicaments.

Faute de parvenir à réguler l'offre de soins par les prix, les gouvernements ont alors diminué les remboursements et augmenté les prélèvements obligatoires : création du forfait hospitalier en 1983 – 20 francs, soit 3 euros à l'époque, 20 euros aujourd'hui ; augmentation des « tickets modérateurs » – passés d'un niveau théorique d'ensemble de 20 % en 1945 à 45 % pour les soins de ville en moyenne, d'après les calculs de Didier Tabuteau et Pierre-Louis Bras dans *Les Assurances maladie* (Que sais-je, PUF, 2012) ; hausse des cotisations d'assurance-maladie et des taxes sur le tabac, l'alcool, les sodas... Naît ainsi le mythe suivant lequel les patients seraient les décideurs en matière de dépenses de santé, et qu'il convenait par conséquent de modérer leur demande par une augmentation de la part des frais de santé laissée à leur charge.

RÔLE CROISSANT DE L'ÉTAT

Mais comme les mutuelles remboursent une grande partie de ce reste à charge, cette hausse n'a fait que transférer des dépenses vers les assurances complémentaires qui, en retour, augmentent leurs cotisations, sans changer les comportements de santé – à l'exception des personnes privées de mutuelle, qui voient ainsi leur accès aux soins limité, ce qui conduira l'Etat à créer la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2000.

Au tournant des années 1990, les gouvernements changent de stratégie en tentant de négocier des enveloppes de dépenses avec les professions médicales. Mais les médecins refusent de signer le moindre accord, et les autres professions ne respectent pas toujours les termes des accords signés : ils subissent alors une non-revalorisation de leurs actes, qu'ils compensent, comme précédemment, par une progression des volumes... Les gouvernements manquent en réalité de moyens



ALE-ALE

de pression sur les professions médicales, qui lancent mobilisation sur mobilisation contre ces tentatives de régulation de leur activité.

L'un des objectifs du plan Juppé de 1995 est d'obliger les professions médicales à négocier, en imposant un cadre qui se veut contraignant : l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (une innovation introduite par la révision constitutionnelle en 1996).

L'Etat joue ainsi un rôle croissant dans la régulation du système, mais sans parvenir à sanctionner les professions médicales qui ne respecteraient pas les objectifs ni à obtenir d'elles une régulation de leur installation. De ce fait, le problème des déserts médicaux s'aggrave, moins par manque de médecins – la France compte autant de médecins par habitant que la moyenne des pays de l'OCDE –, mais faute de pouvoir organiser l'offre médicale sur le territoire.

A partir du milieu des années 2000, les gouvernements tentent de se donner les moyens de mieux peser sur l'or-

ganisation même du système de santé, avec notamment l'éviction des partenaires sociaux de la gouvernance du système d'assurance-maladie et la mise en place des agences régionales de santé, dirigées par des hauts fonctionnaires. Mais les principes de régulation demeurent ambigus. Il y a d'un côté la volonté de mieux coordonner les acteurs (médecine de ville et hôpital) au niveau régional, mais aussi de les mettre en concurrence, notamment par le biais de la tarification à l'activité qui récompense les plus « productifs » des hôpitaux. Le privé prend ainsi une part croissante dans le système, du fait de la fuite de certaines activités de l'hôpital public vers le privé. En termes de couverture, la Sécurité sociale se concentre sur les affections de longue durée, dont le nombre et le coût ne cessent d'augmenter. Ces mesures ont certes progressivement ralenti la croissance des dépenses, mais ont aussi renforcé les inégalités d'accès aux soins.

Le plan santé annoncé s'inscrit lui aussi dans la perspective d'une meilleure organisation du système de santé, en visant le développement des maisons de santé et une meilleure ré-

partition de l'offre de soin sur le territoire. Il continue cependant à faire le pari de la capacité des incitations financières à réorienter les activités des professions médicales, sans envisager un contrôle quelconque de la liberté d'installation (ce qui est une exception française). Le plan ne semble pas non plus particulièrement voué à s'attaquer aux mécanismes de renforcement des inégalités sociales de santé, comme les dépassements d'honoraires, l'absence d'avance de frais ou les refus de soin aux bénéficiaires de la CMU. ■

Bruno Palier est directeur de recherche au CNRS et du Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP, Sciences Po). Il est également l'auteur de « La Réforme des systèmes de santé » (Que sais-je, PUF, 2017, 8^e édition actualisée)

DANS LES ANNÉES 1990, LE PROBLÈME DES DÉSERTS MÉDICAUX S'AGGRAVE FAUTE DE POUVOIR ORGANISER L'OFFRE MÉDICALE SUR LE TERRITOIRE

Santé et inégalités : une comparaison inédite entre France et Etats-Unis

Trois économistes mettent en lumière, dans les deux pays, les effets, parfois surprenants, du creusement des différences de revenu sur la morbidité et la mortalité

Par JANET CURRIE, HANNES SCHWANDT et JOSSELINE THUILLIEZ

Les inégalités de revenus ont augmenté de part et d'autre de l'Atlantique au cours des dernières décennies, entraînant un large débat public sur leurs conséquences négatives. Les répercussions sur la santé et la longévité intriguent particulièrement. Il est en effet difficile de comprendre les liens entre revenu et santé, certainement plus encore sous l'angle des inégalités, et beaucoup plus encore en comparant plusieurs pays au cours du temps.

Les Etats-Unis sont la première puissance économique mondiale, alors que la France arrive au 6^e ou 7^e rang selon les classements. Les Etats-Unis connaissent une plus forte hausse des inégalités que la France, mais l'Hexagone n'est pas épargnée non plus par la montée des inégalités de revenu. Les systèmes de

santé des deux pays sont souvent présentés comme fondamentalement opposés, le système français étant considéré comme meilleur, notamment dans les classements de l'Organisation mondiale de la santé. Les Français se porteraient-ils mieux que les Américains parce qu'il y a moins d'inégalités en France ? Ou est-ce le système de santé qui explique cette différence ?

En analysant l'évolution de la mortalité aux Etats-Unis et en France, nous avons constaté que les inégalités en matière de revenu et de santé n'évoluent pas nécessairement de pair et que les politiques publiques peuvent aider à rompre ce lien. Notre analyse montre que, aussi bien en France qu'aux Etats-Unis, les croyances ne sont pas toujours fondées.

Les Etats-Unis ont par exemple connu une forte diminution des inégalités de mortalité chez les nourrissons, les enfants et les adolescents au cours des dernières décennies, en dépit de fortes augmentations des inégalités de revenu. En

France, pays doté d'une couverture de santé universelle, qui a connu des augmentations récentes des inégalités de revenu, la mortalité des plus jeunes est restée égalitaire au cours du temps selon les départements riches ou pauvres.

DÉPENSES PRIVÉES FAIBLES

A un âge plus avancé, la mortalité a tendance cependant à être plus élevée dans les régions pauvres de France que dans les régions riches, mais ce gradient n'a pas été accentué au cours des dernières décennies malgré, une fois de plus, une hausse spectaculaire des inégalités de revenu en France. Et comparé aux Etats-Unis, les inégalités de santé sont beaucoup plus faibles à tous les âges de la vie en France. De plus, ce niveau élevé d'équité en santé ne se fait pas au détriment d'innovations plus lentes dans le secteur de la santé. La mortalité en France s'est améliorée, à la fois dans les régions pauvres et riches, plus fortement qu'aux Etats-Unis.

Globalement, ces résultats suggèrent qu'il n'y a pas de loi immuable entre l'évolution des inégalités de revenu et celle des inégalités de santé. Malgré l'augmentation des inégalités de revenu aux Etats-Unis et en France, le dévelop-

pement de la mortalité a été très différent entre ces deux pays et selon les groupes d'âge considérés au sein d'un même pays, y compris aux Etats-Unis.

Nous avons de bonnes raisons de penser que les systèmes de soins et de santé constituent un facteur central qui rompt ce lien « inégalités de revenu et de mortalité ». En effet, le système de sécurité sociale français est l'un des plus redistributifs au monde, avec des dépenses privées particulièrement faibles. L'absence d'inégalités de mortalité au plus jeune âge en France peut être considérée comme le résultat de cette couverture universelle en santé de haute qualité. Les inégalités qui persistent à des âges plus avancés indiquent l'importance continue des déterminants sociaux de la santé qui ne peuvent pas être entièrement compensés par les prestations sociales et de santé, comme l'éducation, l'accès à l'emploi et le soutien familial.

Les Etats-Unis ont connu quant à eux une expansion spectaculaire de l'assurance-maladie publique au cours des dernières décennies, en mettant l'accent particulièrement sur les nourrissons et les enfants pauvres, ainsi que sur les femmes enceintes. Plusieurs études récentes relient directement ces exten-

sions de l'assurance-maladie à l'amélioration de la mortalité des nourrissons et des enfants et à de meilleures conditions futures. Les effets joints de ces politiques à grande échelle ciblant les nourrissons et les enfants défavorisés sont probablement la clé de la réduction spectaculaire de la mortalité à ces âges et du rétrécissement de l'écart entre régions riches et pauvres. Ces exemples montrent que l'analyse des inégalités de santé peut être très utile et est loin d'avoir livré tous ses secrets. ■

Janet Currie, professeure d'économie et d'affaires publiques et directrice du centre pour la santé et le bien-être à l'université de Princeton ; **Hannes Schwandt**, professeur assistant d'économie dans le domaine de l'éducation et des politiques publiques à la Northwestern University, à Evanston (Illinois) ; **Josselin Thuilliez**, chercheur au CNRS au Centre d'économie de la Sorbonne et chercheur associé à la Fondation pour les études et recherches sur le développement international