

# **Une analyse des contraintes actuelles de financement des systèmes de santé dans l'Union européenne**

**Bernard Yvars**  
**Chaire Jean Monnet en *Intégration régionale comparée***  
**Université Montesquieu-Bordeaux IV**

§§§

L'une des plus redoutables contraintes auxquelles sont confrontés les systèmes actuels de santé en Europe est la contrainte de financement qui peut conduire au rationnement budgétaire et sanitaire. Cette contrainte peut aussi exercer ses effets inégalitaires de façon directe ou indirecte : un budget sanitaire central en progression plus lente ou une décentralisation du financement de la santé qui conduit à des prestations sanitaires de qualité différente selon le niveau du revenu régional. Le fonctionnement du système de santé devient alors inéquitable. Il est nécessaire aussi que les systèmes de santé deviennent plus efficaces pour coûter moins chers. Aujourd'hui, une nouvelle approche s'impose : plus que la réduction du coût du soin, éviter la morbidité, en réduire la durée et la conséquence négative (le handicap) représentent un enjeu majeur de santé publique. Autrement dit, l'objectif est la réduction de la morbidité et la recherche de la qualité de vie en réduisant l'impact des effets morbides.

Nous nous intéresserons dans notre communication, d'une part, aux contraintes exercées sur les systèmes de soins européens par l'évolution des conditions de financement des dépenses de santé, notamment induites par le vieillissement démographique et l'acuité de la refondation économique internationale, et, d'autre part, aux voies à explorer pour conserver la quantité et la qualité de soins nécessaires à la population la plus large possible, tout en plafonnant la dépense budgétaire.

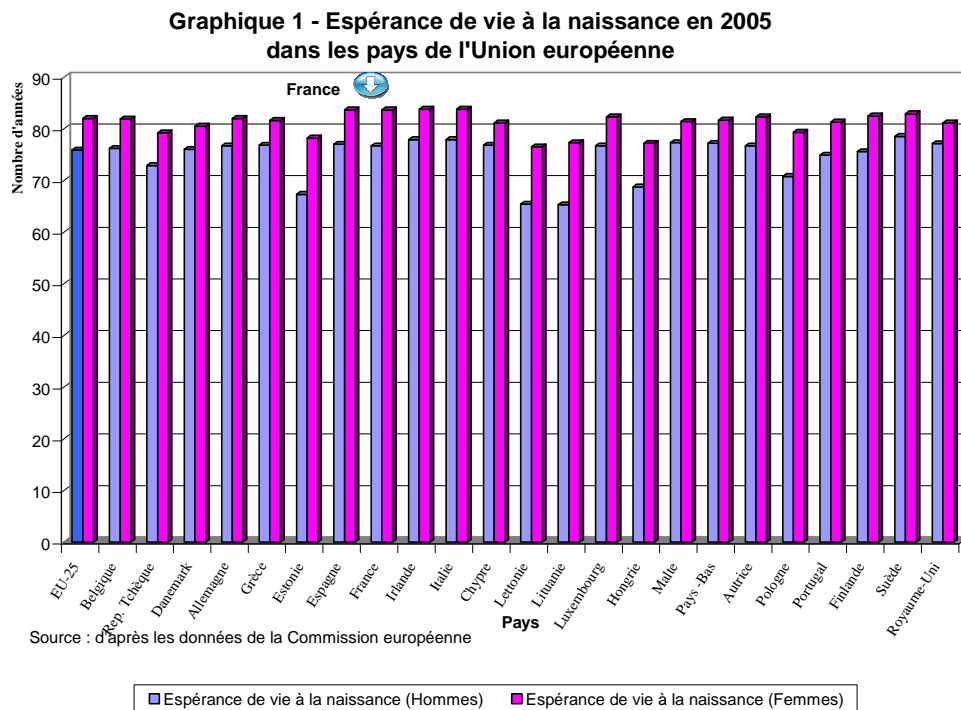
## **I. La prégnance d'une contrainte de financement induite par des évolutions démographiques et économiques défavorables**

Dans une Europe vieillissante, une société en bonne santé et une population active la plus qualifiée possible sont les éléments essentiels d'une productivité durable et d'une croissance économique performante en termes de revenus et d'emplois, et donc les conditions essentielles pour que l'agenda européen de Lisbonne donne des résultats positifs, ce qui n'est

pas le cas aujourd'hui. Cela étant, l'intervention européenne en matière de santé publique s'accroît en s'appuyant sur le principe de subsidiarité.

## I. 1 Le poids du vieillissement démographique

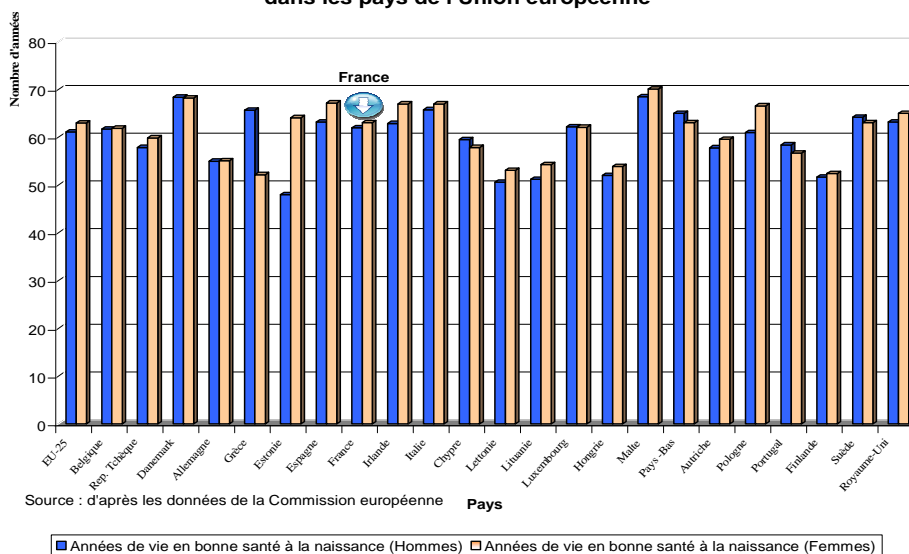
Les systèmes de santé, notamment européens, ont à assumer, dès aujourd'hui et dans les années futures, un phénomène de vieillissement démographique nettement marqué avec à terme des baisses en termes absolus de population (cas de l'Allemagne au milieu du XXI<sup>e</sup> siècle, toutes choses égales par ailleurs). L'espérance de vie à la naissance en 2005 est supérieure à 80 ans pour les femmes et à 75 ans pour les hommes dans la plupart des pays de l'Union européenne, à l'exception des pays de l'Est (Graphique 1).



Il est possible d'affiner l'indicateur précédent en considérant les années de vie en bonne santé (AVBS) ou nombre d'années qu'une personne à la naissance peut s'attendre à vivre en bonne santé. C'est un indicateur d'espérance de santé qui combine des informations sur la mortalité et la morbidité. Les informations utilisées pour son calcul sont des mesures de prévalence (proportions) de la population d'un âge spécifique étant dans des conditions de bonne et de mauvaise santé et des informations de mortalité par âge. Une condition de bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités / l'absence d'incapacités. L'indicateur est calculé séparément pour les hommes et les femmes. Il est aussi appelé espérance de vie sans incapacité (EVSI).

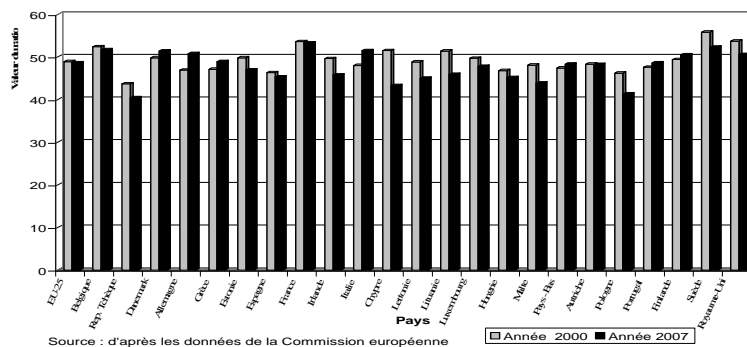
On constate ici aussi qu'à l'exception des pays de l'Est, la plupart des pays européens enregistrent pour les femmes et les hommes un indicateur d'espérance de vie sans incapacité élevé et en progression, en moyenne autour d'une soixantaine d'années (Graphique 2). La population vieillit aujourd'hui dans une meilleure situation sanitaire. Autrement dit, davantage de personnes utiliseront plus longtemps les systèmes de santé. C'est un résultat positif qui se traduit aussi par une augmentation des ressources consacrées à la santé.

**Graphique 2 - Nombre d'années de vie en bonne santé à la naissance en 2005 dans les pays de l'Union européenne**



Le poids de la population âgée s'élève alors que dans le même temps, de nombreux pays européens (excepté la France notamment) n'arrivent plus à assurer le renouvellement des générations. Le graphique 3 ci-dessous montre sans ambiguïté que le poids de la prise en charge des personnes âgées est élevé et reste stable pour un certain nombre de pays relativement peuplés de l'Union européenne : France, Italie, Allemagne, Royaume-Uni.

**Graphique 3 - Evolution du ratio total de dépendance dans les pays de l'Union européenne (2000 - 2007)**



La prise en charge des besoins de la population âgée, en particulier celle qui aura cessé de travailler (les retraités), nécessite davantage de moyens financiers. Or, le financement des biens collectifs, marchands et non marchands, est devenu plus difficile dans de nombreux pays développés occidentaux en raison de la refondation de l'économie internationale (ou mondialisation des activités). Une telle mutation entraîne une compétition internationale sévère où le taux de salaire et la protection sociale sont devenus des variables d'ajustement de la compétitivité des produits.

## **I. 2. La refondation de la division internationale du travail**

Les enseignements principaux de la théorie du commerce international reposent sur une hypothèse aujourd'hui démentie par les faits : l'immobilité internationale des facteurs de production. De ce fait, les États nations, abrités derrière des barrières tarifaires et/ou non tarifaires, ne représentent plus le cadre de référence de la production et des échanges des pays développés. Une des conséquences en est que le modèle ricardien des coûts comparatifs est largement inadapté à rendre compte de la spécialisation internationale. Les conditions du commerce entre les nations ont fortement évolué et contribuent à la polarisation des activités et de l'emploi dans les zones les moins disantes sur un plan fiscal, social ou environnemental. A ce propos, deux arguments méritent d'être davantage explicités :

- l'insuffisante pertinence de la référence aux coûts comparatifs ricardiens comme fondateurs de la spécialisation internationale et de la supériorité du libre-échange sur toute forme d'échanges organisés ;

- la portée limitée de l'argument de la montée continue en gamme ou de l'accès ininterrompu à une plus haute valeur ajoutée pour les appareils productifs concurrencés des pays développés, notamment ceux qui peuvent incorporer intensivement de la recherche-développement. Un échange international hiérarchisé continuerait ainsi de se mettre en place avec une spécialisation où pays développés et pays en développement seraient gagnants à l'échange international. La différenciation continue de produits similaires devrait conduire à un commerce extérieur à capacité de développement théoriquement infini. Le développement de l'échange intra - branche caractérise une telle situation. Mais en réalité, cet argument est essentiellement académique et l'échange intra - branche, partout dans le monde y compris entre les pays les plus développés de l'Union européenne, est surtout un échange intra - branche vertical et non pas horizontal. Du coup, on est confronté à un problème de coûts d'ajustement économique parce qu'aussi bien les échanges inter -branches que les échanges

intra - branche verticaux conduisent à la spécialisation, donc à des chocs asymétriques par perte d'activités. Reprenons chacun des deux arguments.

### **I. 2. 1. Avantages comparatifs versus avantages absolus**

Certes, nous ne sommes pas encore dans une économie mondiale complètement décloisonnée mais la tendance est à une libéralisation commerciale accrue selon deux modalités :

- les progrès de la négociation multilatérale sous l'égide du GATT puis aujourd'hui de l'OMC ;

- les progrès du régionalisme avec la création fréquente de zones de libre-échange et plus rare, d'unions douanières.

Ce sont deux voies complémentaires d'accès au libre-échange, le libre-échange généralisé étant la solution optimale dans l'analyse néo-classique qui établit la réalisation de gains en bien-être les plus élevés pour les nations coéchangistes. La participation « convenable » à l'échange international repose alors sur une spécialisation selon les avantages comparatifs dans un cadre institutionnel des échanges complètement ouvert. Cette approche vient d'être relativisée par l'économiste américain P. Samuelson (Samuelson, 2004). Même si on peut penser que la recherche-développement progressera essentiellement dans les pays les plus développés dans les années à venir, un rattrapage est à l'œuvre et réduira les écarts entre nations. Cependant, les nouveaux procédés, les inventions et innovations viendront encore principalement des États-Unis, du Japon et de l'Union européenne et seront de plus en plus exploités dans les pays à moindre coût social de production. La tentation de protection peut être alors forte dans les pays développés. Des économistes tels que J. Bhagwati (J. Bhagwati, 2003) stigmatisent cette tentation protectionniste en mettant en avant le gain réciproque à l'échange qui résulterait d'approvisionnements moins chers en provenance des pays à bas coûts salariaux, ce qui favoriserait les processus productifs des pays développés incorporant ces intrants. Ce mouvement serait accompagné d'une montée en gamme des produits des pays les plus avancés, pérennisant un modèle de coopération internationale où les pays leaders auraient toujours une étape technologique d'avance sur les pays suiveurs. Ce schéma d'évolution économique, un peu trop mécanique, ne se vérifiera probablement pas et en tout cas, il ne peut répondre aux besoins socialement nécessaires en emplois des pays développés. Cela est d'autant plus vrai que les délocalisations d'entreprises, au demeurant micro - économiquement justifiées, contribuent à la désertification industrielle

des pays développés (les industries et les commerces d'amont et d'aval en subissent les effets négatifs). Ce sont les industries du mode de production fordiste qui sont principalement concernées par ce processus de délocalisation asiatique (les biens non échangeables, les nouvelles activités liées à la santé ou à l'environnement voire aux NTIC échappent dans une certaine mesure à cette régulation impitoyable).

### **I. 2. 2. L'impasse finale de la montée en gamme et de la différenciation des produits**

J. Bhagwati suggère aux pays développés à main-d'œuvre relativement plus coûteuse une montée en gamme pour maintenir le gain à l'échange (J. Bhagwati, 2003). Le schéma mécanique d'une montée en gamme permanente de la production des pays développés pendant que les productions de gamme inférieure seraient délocalisées dans les pays en retard de développement, à coût sociaux de production plus bas et dotés d'une main-d'œuvre relativement moins qualifiée que celle des pays avancés, est un modèle dont la pertinence ne peut être que de courte période (cette courte période correspondant d'ailleurs à celle que nous vivons actuellement). Cela revient à supposer qu'il y aura définitivement une avance technologique des pays actuels les plus avancés sur les autres. Proposition discutable. Par ailleurs, le commerce fondé sur la différenciation des produits pourrait progresser moins fortement en raison de la rapidité des transferts de technologie, contribuant à la similitude des gammes de produits, et des stratégies globales des firmes en position de marché oligopolistique ou monopolistique. A terme, ces produits différenciés substituables deviendraient des produits concurrents en raison de l'étroitesse de la différenciation, ce qui perturbera le développement des productions et des échanges. Aujourd'hui, l'Union européenne est confrontée à un processus de déterritorialisation des activités qui concerne en particulier l'Ouest de l'Union dans deux directions : l'une intra - européenne vers les pays de l'Est à coût de main-d'œuvre relativement bas et l'autre vers la zone asiatique (Inde et surtout Chine) pour des raisons là - aussi de faiblesse du coût du travail. Dans une certaine mesure, on peut dire que les salariés des pays d'origine (pays à haut niveau de protection sociale) sont lésés, les profits étant partagés par la main-d'œuvre à l'étranger et le capital (Bourguinat, 2005). Ce partage est d'ailleurs inégal, les détenteurs des capitaux réels et monétaires récupérant une grande partie des profits réalisés dans les pays émergents, notamment la Chine. L'idée que le commerce international pourrait se développer sur la base de la différenciation infinie des produits similaires n'est pas incontestable dans la mesure où le

transfert des technologies et du savoir-faire est de plus en plus rapide avec le progrès des NTIC et l'élévation de la qualification du travail. On pourrait donc aboutir *in fine* à une différenciation insuffisante qui ferait que les produits seraient davantage concurrents que substituables. De plus, ce type de commerce peut engendrer l'apparition de déséconomies externes (encombrement des voies maritimes avec augmentation des coûts induits, hausse du coût de l'énergie et donc des coûts de transports routiers et maritimes, pollution en résultant, etc).

Simultanément, une nouvelle géographie des économies d'échelle se met en place. On peut la mettre en évidence à un double niveau :

- au niveau européen transitoirement ;
- au niveau asiatique tendanciellement.

Les activités à rendements croissants se sont développées dans le Pentagone européen (zone géographique délimitée par les villes de Londres, Paris, Milan, Berlin et Hambourg). Le reste de l'Union européenne constitue un espace productif de second choix, à niveau de développement moindre, où les revenus et l'emploi qualifié sont moins élevés. Les pays de l'Est, récemment membres de l'Union européenne, constituent un espace de délocalisation d'activités pour des firmes à la recherche d'une main - d'œuvre qualifiée, moins coûteuse que dans le reste de l'Union européenne, avec des conditions de production socialement et fiscalement plus avantageuses. Ces arbitrages ne peuvent être que transitoires parce que les pays de l'Est vont rapidement présenter moins d'avantages concurrentiels que les pays d'Asie. Les marchés asiatiques de production et à terme de consommation représentent aujourd'hui la meilleure expression d'exploitation des économies d'échelle à distance. A l'évidence, la déterritorialisation des activités vers la zone asiatique profitera de plus en plus à la main-d'œuvre de cette zone et aux détenteurs de capitaux réels ou monétaires (américains, européens, japonais, etc). Un basculement de la géographie des spécialisations industrielles est donc en cours. La maîtrise des parties les plus élaborées des produits - systèmes et de la recherche pourraient rester localisées dans les pays actuellement leaders. Les conséquences pourraient donc en être sensibles en ce qui concerne le niveau d'emplois de ces zones. Plus grave encore : les pertes de production induites par les délocalisations dans les zones à faibles normes sociales entraînent des rentrées fiscales insuffisantes pour financer au niveau socialement nécessaire la fourniture des biens collectifs, en particulier ceux relevant du capital humain. Un pays comme la France dont la balance commerciale est structurellement déficitaire montre sa grande difficulté à pouvoir dégager une épargne extérieure qui lui serait pourtant nécessaire pour rembourser son endettement. Il reste que les ménages, par leur épargne, ont une capacité de

financement durable mais celle-ci n'existe que tant que l'appareil productif domestique fonctionne en distribuant suffisamment de revenus.

### **I. 3. - Une action sanitaire européenne croissante mais limitée par l'exercice de la subsidiarité**

Le "modèle social européen", pour reprendre l'expression utilisée par les instances européennes, fait de la santé un droit fondamental pour tous les citoyens, basé sur la solidarité. Parler de modèle social européen nous semble exagéré parce que l'Union européenne intervient en définitive assez peu au nom d'une subsidiarité qui fait que pour les politiques sociales, le cadre d'action pertinent est celui de l'État-nation.

Dans les enquêtes d'opinion, la population européenne place la santé et la qualité des soins parmi ses premières préoccupations. Une nouvelle stratégie est rendue nécessaire par les défis croissants et changeants auxquels l'Union européenne est confrontée et auxquels il n'est possible de répondre efficacement que par une réaction coordonnée à l'échelon communautaire, avec l'ensemble des partenaires et des intervenants. Parmi ces défis figure le vieillissement de la population, comme on vient de le dire, qui modifie les schémas pathologiques et pèse sur la viabilité des systèmes de santé de l'Union européenne. Les menaces pour la santé telles que les pandémies de maladies transmissibles et le bioterrorisme constituent un sujet de préoccupation croissante tandis que les effets du changement climatique représentent de nouveaux facteurs de risque. Les nouvelles technologies révolutionnent la promotion de la santé et les modes de prédiction, de prévention et de traitement des maladies.

Si le domaine de la santé publique relève de la compétence des États membres, chaque pays conservant son propre système de santé et de protection sociale, il est toutefois apparu nécessaire au fil des années que des actions soient menées au niveau de l'Union européenne, en complément des politiques nationales. L'objectif d'une harmonisation des systèmes sociaux n'était pas absent de l'esprit des pères fondateurs du Traité de Rome. Celui-ci, dans son article 136, fixait l'objectif d'une "amélioration des conditions de vie et de travail de la main d'œuvre, permettant leur égalisation dans le progrès", l'article 118 invitant la Commission à "promouvoir une collaboration étroite entre les États membres dans le domaine social". Dans les faits, l'Union a progressivement abandonné la perspective d'harmoniser les systèmes sociaux entre les États membres. Cependant, le principe de libre circulation des personnes et de libre prestation des services, condition nécessaire à la réalisation du marché unique, a impliqué une nécessaire coordination des systèmes de sécurité sociale au sein de la



Communauté. Ainsi, l'article 42 du Traité de Rome prévoyait un mécanisme permettant d'assurer des prestations aux travailleurs migrants et à leurs ayants droit. En application de cet article, le régime juridique applicable aux travailleurs migrants pour garantir la libre circulation des travailleurs a été organisé. Le texte subordonne le remboursement de soins à la délivrance d'une autorisation préalable par l'administration du pays d'affiliation de l'assuré. Cette disposition vise à contrôler les flux de patients au sein des pays de la Communauté.

Absente des traités, la santé fait son entrée dans l'Acte unique de 1987 puis est confirmée dans le Traité de Maastricht en 1992, et développée dans l'article 152 du Traité d'Amsterdam de 1997 qui attribue comme objectif à l'Union européenne "d'améliorer la santé publique, de prévenir les maladies, de favoriser la recherche et d'informer le public". De plus, l'article 137.1 dispose que "la Communauté soutient et complète l'action des États membres" en matière de protection sociale. Enfin, l'ensemble des politiques communautaires doivent désormais prendre en compte les exigences en matière de santé publique. En 1999, la Commission et le Conseil soulignent que le fait d'assurer des soins de santé de qualité et durables est l'un des principaux domaines de la protection sociale dans lesquels un effort concerté de modernisation doit être entrepris. Le Conseil européen de Lisbonne en mars 2000 (agenda de Lisbonne) pose un premier jalon vers la modernisation du modèle social européen, en précisant dans ses conclusions que les régimes de protection sociale devaient "fournir des services de santé de qualité" et en soulignant qu'ils devaient être réformés, notamment pour pouvoir continuer à offrir des services de qualité.

Cependant, le Traité de Nice, en 2001, dans son article 137 alinéa 4, consacre "la faculté reconnue aux États membres de définir les principes fondamentaux de leur système de sécurité sociale". En mars 2002, le Conseil européen de Barcelone adopte trois principes fondamentaux pour la réforme des systèmes de soins de santé :

- . l'accessibilité pour tous ;
- . une haute qualité des soins ;
- . une viabilité financière à long terme.

Il est également souligné que tous les systèmes de santé de l'Union européenne reposent sur les principes de solidarité, d'équité et d'universalité. Il lance également le projet de la carte européenne d'assurance maladie, conçue pour remplacer tous les formulaires papier actuellement nécessaires pour bénéficier des soins lors d'un séjour temporaire dans un autre État membre. Sur la base de ces objectifs, la coopération a commencé sous la forme d'une analyse des soins de santé et des soins à long terme dans les États membres au moyen d'un questionnaire et d'un rapport conjoint de la Commission et du Conseil, en janvier 2003.

S'appuyant sur ce travail, le Conseil européen du printemps 2003 a mis en lumière la nécessité d'intensifier la collaboration dans ce domaine. La Commission européenne, en avril 2004, commence à promouvoir une collaboration plus étroite entre les États membres en matière de modernisation des systèmes de protection sociale à travers l'UE, notamment avec l'élargissement. Elle présente, le 20 avril 2004, une Communication proposant d'étendre la "méthode ouverte de coordination" au secteur de la santé et des soins de longue durée. Ceci afin d'établir un cadre favorisant l'échange d'expériences et de meilleures pratiques en appuyant les États membres dans leurs efforts de réforme.

Le texte du Traité établissant une Constitution pour l'Europe, signé le 29 octobre 2004 donnait à l'Union des compétences élargies dans le domaine de la santé avec l'article III-278. En effet, "Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union" (alinéa 1). Toutefois, "l'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux." (alinéa 7).

Mais elle pose les limites de l'intervention communautaire dans le domaine de la protection sociale. Ainsi, la déclaration interprétative de l'article III-213 sur la coopération des États membres dans les domaines de la politique sociale précise que "les mesures d'encouragement et de coordination [...] revêtent un caractère complémentaire. Elles servent à renforcer la coopération entre États membres et non pas à harmoniser des systèmes nationaux."

Enfin, dans le traité de Lisbonne, l'action de l'Union est menée dans le respect des responsabilités des États membres en ce qui concerne la définition de leur politique de santé, ainsi que l'organisation et la fourniture de services de santé et de soins médicaux. Les responsabilités des États membres incluent la gestion de services de santé et de soins médicaux, ainsi que l'allocation des ressources qui leur sont affectées. Les mesures visées au paragraphe 4, point a), ne portent pas atteinte aux dispositions nationales relatives aux dons d'organes et de sang ou à leur utilisation à des fins médicales". A noter que des structures spécifiques se sont mises en place. Citons, par exemple :

. *Agence exécutive pour le programme de santé publique* dont le but est d'améliorer l'efficacité dans la mise en œuvre du programme communautaire de santé publique, par davantage de flexibilité. Elle permet de mobiliser une expertise de haut niveau dans le domaine de la Santé publique au service des objectifs définis par la Commission et sous son contrôle.

. *Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)* qui, depuis 2005, exploite et renforce les synergies entre les centres nationaux de contrôle des maladies existants. En tirant profit des compétences disponibles partout en Europe, il pourra formuler des avis scientifiques autorisés sur des menaces sanitaires graves, recommander des mesures de contrôle, permettre une mobilisation rapide d'équipes d'intervention et, de la sorte, garantir une réaction rapide et efficace au niveau de l'Union européenne.

. *Agence européenne pour l'environnement (AEE)* dont la mission consiste à rassembler, à mettre en forme et à diffuser, en temps utile, des informations ciblées, pertinentes et fiables sur l'état et l'évolution de l'environnement au niveau européen.

. *Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)* dont la mission consiste à réunir et à diffuser des "informations objectives, fiables et comparables" sur le phénomène de la drogue et la toxicomanie en Europe.

.*Agence européenne pour l'évaluation des médicaments (EMA)* dont la mission principale est la protection de la santé humaine et animale. Elle fonctionne en réseau et coordonne les ressources scientifiques mises à disposition par les autorités nationales des États membres de l'Union européenne et des pays de l'EEE-AELE, afin d'assurer une évaluation et supervision des médicaments du plus haut niveau en Europe.

.*Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA)* qui traite des questions liées à la sécurité et à la santé au travail auxquelles l'Europe est confrontée et qui sont si vastes et diverses qu'elles excèdent les ressources et l'expertise d'un seul État membre ou d'une seule institution. C'est pourquoi l'Agence européenne a été créée: pour rassembler et partager l'énorme masse de connaissances et d'informations régionales en matière de sécurité et de santé au travail, en particulier en ce qui concerne les mesures de prévention.

.*Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA)* dont la principale responsabilité de l'Autorité sera de dispenser des conseils scientifiques indépendants sur tous les sujets ayant des retombées directes ou indirectes sur la sécurité alimentaire. Elle bénéficie d'un large mandat, afin de pouvoir couvrir toutes les étapes de la production et de l'approvisionnement alimentaires, depuis la production primaire jusqu'à l'offre de produits alimentaires aux consommateurs, en passant par la sécurité des aliments pour animaux.

Comment les pays de l'Union européenne et les programmes communautaires de santé publique peuvent-ils répondre aux défis du vieillissement démographique et de la nouvelle donne économique internationale ?

## **II. La maîtrise des contraintes de financement : vers un modèle universel soumis à la vérité des coûts**

Les théories de la croissance endogène assises sur le capital humain soulignent l'existence, notamment dans les pays développés, d'une contrainte dite des prélèvements obligatoires qui aboutiraient à imposer des choix de financement des biens collectifs non marchands aux gouvernants. Dépenses de santé et d'éducation deviendraient substituables et ne seraient plus efficacement complémentaires, comme elles l'étaient dans la période antérieure de relative forte croissance économique. Dans la plupart des nations développées, la progression des dépenses de santé a été plus rapide que celle de la richesse nationale (mesurée par le produit intérieur brut et national brut), ce qui a conduit, d'une part, à organiser une maîtrise des dépenses, d'autre part, à réaliser des choix plus contraints entre de nombreux programmes de santé.

Le problème du financement des systèmes de soins n'est pas récent. Des réformes ont été engagées dans tous les pays du monde pour faire face à l'augmentation des coûts de santé, en faisant porter la réforme principalement sur la médecine curative. Cela n'est évidemment pas suffisant parce que les autres champs de la santé doivent être mobilisés plus intensément : la prévention, l'éducation et la promotion de la santé.

### **II. 1. Les actions et réformes dans le domaine de la médecine curative**

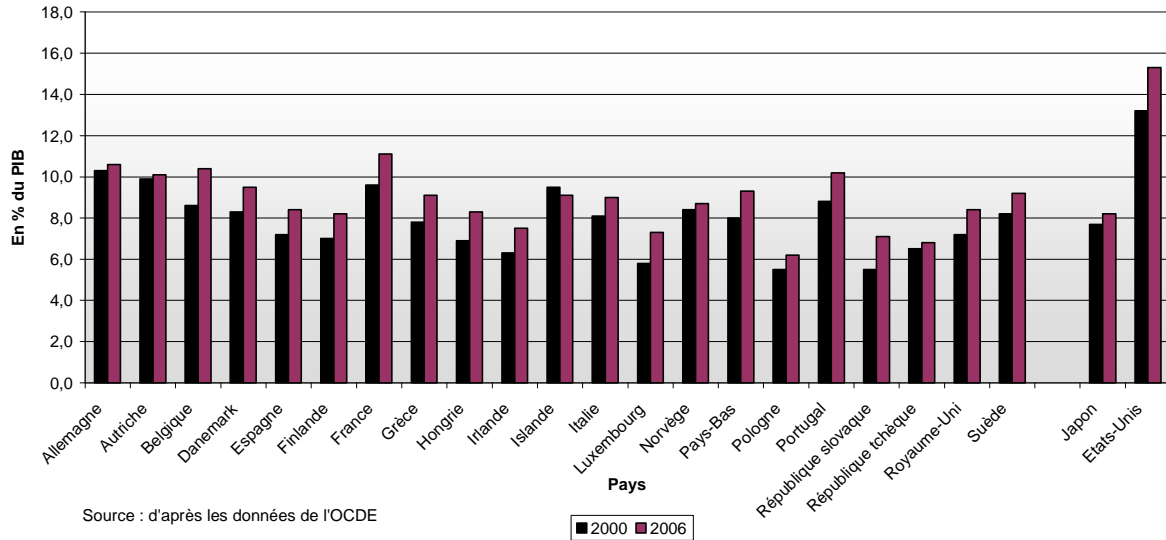
Le problème général est celui du contrôle des coûts sans cesse croissants d'une médecine toujours plus efficace, à laquelle a recours de plus en plus souvent une population plus nombreuse (croissance démographique et accès aux soins). De plus, la situation économique très difficile que traverse l'Union européenne à l'heure actuelle accroît l'acuité de la crise du financement du système de soins. Les dépenses de santé sont souvent comparées au PIB, car ce rapport témoigne directement de l'importance relative qu'une collectivité attribue à sa santé.

#### **1- Les dépenses de santé dans les pays de l'Union européenne**

On a souvent observé que les dépenses de santé augmentaient plus vite que le PIB. Ce constat peut être largement vérifié dans le graphique ci-dessous. Celui-ci montre clairement que les pays à système de santé plutôt bismarckiens dépensent davantage en proportion de

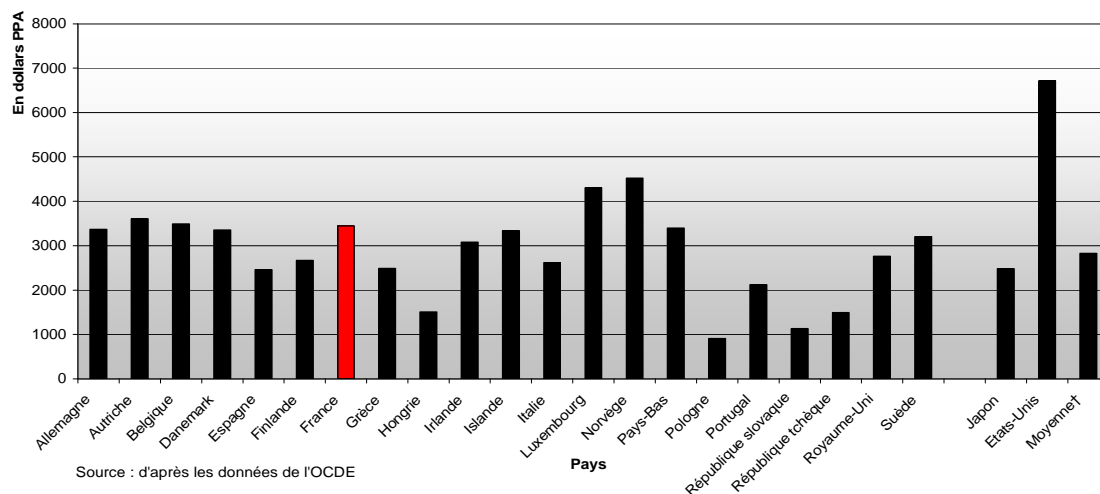
leur PIB. En 2006, c'est la France qui consacre la part la plus élevée de son PIB aux dépenses de santé (Graphique 4).

**Graphique 4 - Evolution des dépenses de santé par rapport au PIB dans les pays de l'Union européenne (2000 - 2006)**



Si l'on analyse les dépenses de santé par habitant, la situation des États membres se précise. Il apparaît en effet une réalité plus nuancée (Graphique 5). On remarque que des pays comme la France ou l'Allemagne n'ont pas un niveau de dépenses par habitant qui n'est pas très éloigné de la moyenne européenne de l'UE à 15 (3100 dollars PPA).

**Graphique 5 - Dépenses de santé par habitant dans les pays de l'Union européenne en 2006**



Un tel surcoût devrait donc être obligatoirement financé au détriment d'un autre secteur, soit en diminuant d'autres dépenses de l'État, soit en augmentant la participation de la population sous forme d'impôts ou de cotisations sociales plus importantes.

### **1 - Le contexte sanitaire des réformes**

La hausse des coûts de santé, si elle est légèrement pondérée par l'inflation, peut s'expliquer de plusieurs façons :

- l'apparition constante de nouvelles techniques qui suscitent une spécialisation croissante des praticiens, et le développement de nouveaux médicaments (sans que l'on retire nécessairement les anciens du marché) ;
- l'augmentation de la demande de santé de la part des populations qui bénéficient de plus en plus de contrats d'assurance maladie publics, parapublics ou privés, et dont le taux de vieillissement est croissant (hausse de la fréquence de pathologies chroniques coûteuses) ;
- l'évolution du mode de vie qui consacre une part de plus en plus élevée de ressources aux loisirs et à la santé (les biens sanitaires étant des biens supérieurs) ;
- l'apparition ou le renforcement de nouveaux fléaux (SIDA, maladie d'Alzheimer, toxicomanie, etc) ;
- le développement important de la démographie médicale, responsable d'une demande induite ;
- la forte médicalisation des problèmes sociaux liée à un manque de prises en charge adaptées ;
- le développement inexorable de nombreuses formes de gaspillage des moyens.

Les politiques de régulation de la progression des dépenses de santé tentent de prendre en compte chacun de ces éléments. Elles sont très délicates à mettre en œuvre, car les systèmes de santé sont toujours le siège de nombreux intérêts corporatistes, industriels et politico-économiques. En matière de financement de la santé, peut-être est-il utile de distinguer entre le financement macro-économique qui concerne les moyens mis globalement à la disposition de la santé et le financement micro-économique qui, lui, va concerner principalement la tarification des services fournis par les professions de santé. Il est probable que la tarification à l'acte en médecine ambulatoire constitue une modalité de tarification plutôt adaptée à des systèmes de santé libéraux tels que le système de santé américain et que la capitation soit plus adaptée à des systèmes de santé beveridgiens ou bismarckiens. Une politique de santé novatrice dans l'Union pourrait être alors de déterminer l'algorithme de tarification optimale en médecine ambulatoire (sur le modèle des pays scandinaves) et hospitalière, étant entendu

que chaque modalité de tarification en médecine ambulatoire et hospitalière comporte ses propres incitations et ses effets pervers.

Mais il existe à l'heure actuelle un contexte défavorable à l'interventionnisme étatique. On a renoncé à la planification- même souple et indicative- et au rôle de l'État comme acteur déterminant de l'allocation des ressources. Les acteurs privés et les mécanismes de marché sont privilégiés : la concurrence est érigée en fondement de toute activité économique et les régulations envisagées sont largement inopérantes parce que mal conçues ou mal appliquées. En matière de santé publique, cette conjoncture favorable au libéralisme a conduit à des effets pervers graves. En France, on peut citer les conditions dans lesquelles le prix de la consultation en médecine générale est passée à 20 euros après avoir été décidé unilatéralement par les professionnels de santé, oubliant ainsi que l'argent qui les rémunère est issu, soit des cotisations sociales, soit des dépenses publiques préalablement alimentées par l'impôt. Cette indiscipline dans une partie de la médecine ambulatoire est aujourd'hui illustrée par les dépassements d'honoraires. En 2007, un rapport de l'IGAS a indiqué que ceux-ci avaient atteint un montant d'environ 2 milliards d'euros, ce qui représente un doublement en valeur réelle en moins de quinze ans. En 2008, un rapport à paraître de la Cours des Comptes évalue les dépassements des tarifs opposables à plus de 10 milliards d'euros (honoraires des médecins, des dentistes, optique, etc). Nous proposerons une dernière statistique pour illustrer cette dérive du système de santé accompagnée d'une passivité critiquable des pouvoirs publics et de l'assurance maladie : les honoraires avec dépassements sont supérieurs à 50% du total pour les chirurgiens et les anesthésistes, 60% pour les ophtalmologues et les dermatologues, 70% pour les gynécologues, etc.

Au niveau micro-économique, la rémunération des professions de santé appelle une régulation plus performante, par exemple pour limiter les dépassements d'honoraires..

## **2 - les réformes pragmatiques des États de l'Union européenne**

Prenons quelques exemples de système de santé européens : le système allemand, celui des pays nordiques et enfin celui en vigueur au Royaume-Uni. Le système allemand est fondé sur les principes d'une assurance professionnelle dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale. Une assurance maladie est obligatoire en dessous d'un certain seuil de revenus mais au-delà de ce seuil, les personnes peuvent opter pour le régime légal ou pour une assurance privée. L'assurance maladie est confrontée à des difficultés financières mais aussi à des difficultés en termes de démographie médicale et de coordination et de qualité de soins. En clair, les difficultés sont au nombre de trois :

- un écart permanent entre l'évolution des recettes et des dépenses qui aboutit à un déficit structurel en progression constante (2,9 milliards d'euros en 2003).

- une aggravation de ce déficit du fait d'un décalage permanent entre l'évolution forte des dépenses et celle, nettement moindre, des recettes.

- un déficit persistant qui pose problème car il exerce une pression à la hausse sur les cotisations d'assurance maladie, qui *in fine* est perçue comme une menace pour la compétitivité de l'économie allemande, notamment dans le domaine industriel. En effet, les cotisations maladie représentent plus de 14% des coûts salariaux et pèsent ainsi fortement sur les coûts de production. L'objectif des politiques de maîtrise des dépenses de santé depuis la fin des années 1980 vise ainsi la stabilisation des taux de cotisation, à savoir une "économisation" de la politique d'assurance maladie.

Cela va se traduire par l'imposition progressive de l'objectif de la maîtrise budgétaire des dépenses de santé et de la préférence accordée à la responsabilisation des patients. En effet, la loi de modernisation du système d'assurance maladie met fortement l'accent sur la participation financière (directe ou indirecte) des patients à la prise en charge du risque maladie. L'augmentation générale de la contribution des patients par des paiements directs va s'inscrire dans la loi de 2003 sous trois formes :

- l'augmentation des tickets modérateurs, là où ils existaient déjà. Par ailleurs, est introduit un ticket modérateur pour les consultations médicales, le patient devant s'acquitter d'une taxe dite *de cabinet médical* de 10 euros, versée une seule fois par trimestre pour une pathologie donnée (et non pas pour chaque consultation).

- la diminution globale des prestations. Sont supprimés la prise en charge des médicaments ne nécessitant pas d'ordonnance, les montures et verres de lunettes, la stérilisation, les cures thermales, les frais d'ambulance etc .

- le financement de l'assurance maladie. La loi stipule de faire financer un certain nombre de prestations par l'impôt : les indemnités et les soins liés à la grossesse, l'IVG, les indemnités pour enfant malade et les indemnités en cas de décès. A cet effet, la fiscalité sur le tabac a été augmentée. L'objectif affiché est de faire baisser le taux de cotisations d'avant la réforme de 14,3 % à moins de 13 %.

En ce qui concerne le système de santé des trois pays nordiques, on peut dire qu'il est caractérisé par les traits dominants suivants : un financement assuré par la fiscalité, une couverture et un accès universels aux soins, un secteur public dominant, dans le cadre d'une organisation des soins très décentralisée. Cependant, ces pays d'Europe septentrionale ont fait face à une crise économique sévère au début des années 90. Des coupes sombres dans les



dépenses de santé ainsi que des mesures de limitation de l'offre ont été prises par les gouvernements scandinaves. Parallèlement, des réformes structurelles d'inspiration libérale ont tenté de maîtriser les dérives de dépenses de santé en rationalisant l'organisation et le financement du système de santé. Outre l'assouplissement de la fonction de planification de l'État central, les réformes des années 1990 ont accentué la décentralisation, accru la responsabilisation financière des collectivités locales et introduit les méthodes de management privé.

Le mode de contribution financière de l'État a été modifié dans les années 90, à la suite du renforcement de la décentralisation territoriale et financière: des allocations financières sont attribuées aux comtés ou municipalités, calculées en fonction de la richesse de la collectivité et des besoins évalués et non plus en fonction des dépenses engagées. L'objectif était de responsabiliser les collectivités devant assumer la charge financière de leurs propres décisions. En Finlande, la réforme de 1993, parallèlement à l'augmentation de l'autonomie financière des municipalités et de leur liberté de décision, réduit la contribution financière de l'État aux dépenses de santé : l'enveloppe budgétaire allouée aux régions en 1999 est passée de 35% à 18%.

Les trois pays scandinaves ont adopté, dans les années 90, un nouveau système de rémunération des "médecins référents" qui est réparti en trois composantes : la part salariale, la part dite de paiement à la capitation (en fonction du nombre de clients du cabinet médical) et la part paiement à l'acte. Le but de la rémunération des médecins à la capitation était de les encourager à offrir des soins de qualité afin de garder leur clientèle.

La Finlande autorise, en cas de pénurie de médecins dans une spécialité, que des infirmières accomplissent, après une formation adaptée, certains actes médicaux. La Suède donne compétence aux infirmiers, ayant suivi une formation adaptée, de prescrire un nombre limité de médicaments. La prévention, le suivi des pathologies chroniques sont les principaux domaines où les infirmiers suédois ont étendu leurs compétences, l'intérêt de cette délégation de compétence étant de réduire les dépenses salariales.

Deux critiques récurrentes sont souvent adressées au système de santé des trois pays scandinaves : l'inégalité dans l'accès aux soins et la persistance des listes d'attente dans les hôpitaux. En effet, on constate des disparités importantes dans l'accès aux soins soit d'une région à une autre, soit d'un centre de soins à un autre. Les soins privés se trouvent souvent regroupés dans les zones les plus riches et peuplées, ce qui génère des inégalités dans l'accès aux soins sur le plan territorial. C'est l'une des conséquences de l'autonomie très forte des municipalités. Au Danemark, on note des écarts importants dans les délais d'attente dans les

hôpitaux ainsi que dans l'implantation des nouvelles technologies. En Suède, la prise en charge estimée coûteuse des personnes âgées et des personnes handicapées est transférée aux familles et aux services sociaux des collectivités locales. Par ailleurs, l'inégalité d'accès aux soins primaires est constatée entre les régions isolées et les grandes villes où ont été créés des centres de soins privés, et la restructuration du système hospitalier a entraîné la fermeture de petits hôpitaux et la réduction des emplois du secteur de la santé.

Les disparités de soins en Finlande sont aussi constatées au niveau des régions éloignées et des soins dits sanitaires des personnes âgées. Le manque de financement de dépenses de santé dans certaines régions est dû au fait que les élus locaux, par souci de réélection, hésitent à augmenter les impôts locaux. Ainsi, les statistiques révèlent que les dépenses de santé par résident en Finlande varient de 1 à 2,5 selon les comtés. Plus généralement, toutes les expériences de décentralisation du financement des systèmes de soins conduisent à l'accentuation des inégalités sanitaires régionales (pays scandinaves, Russie, Canada, etc). Autrement dit, la décentralisation du financement sanitaire est le moyen de résorber les difficultés du financement centralisé en acceptant le creusement des inégalités régionales. Se développe alors *le cercle vicieux du dénuement sanitaire* : la main d'œuvre qualifiée finit par se délocaliser dans des régions plus riches où les biens collectifs sont fournis au niveau socialement nécessaire, contribuant ainsi à paupériser les régions d'émigration dont la base fiscale s'érode ainsi que leur capacité de financement des biens collectifs.

Devant la longueur des listes d'attente et les inégalités de l'accès aux soins, les gouvernements des trois pays scandinaves ont engagé une réflexion pour trouver le niveau optimal de décentralisation qui concilie à la fois une certaine égalité des soins sur l'ensemble du territoire et une responsabilisation et une autonomie accrues des acteurs du système de santé. Ainsi, en Finlande, un vaste programme de santé publique "Santé 2015" issu d'une large consultation de tous les professionnels de santé et des usagers, a été présenté en avril 2002

Enfin disons quelques mots du système de soins britannique. Le NHS (National Health Service) ou Service national de santé, a connu trois modes d'organisation depuis sa création en 1948 : un système de soins très intégré et soumis à un contrôle hiérarchique, puis un modèle de quasi marché concurrentiel impliquant des relations contractuelles entre les acheteurs et producteurs de soins initié en 1991 par les gouvernements Thatcher et Major, et enfin le modèle de coopération en réseaux des professionnels locaux mis en place par le gouvernement Tony Blair. En arrivant au pouvoir en 1997, le parti travailliste du Premier Ministre Tony Blair, dénonçant une dégradation de la qualité des soins et l'instauration d'une

médecine à deux vitesses, a proposé une nouvelle réforme du système de santé dont la nouveauté est la collaboration en réseau entre les acteurs de santé.

A la lumière des récentes mesures prises par le gouvernement Tony Blair, la plupart des commentateurs estiment que si la mission de service public du NHS est réaffirmée et la relance des dépenses publiques de santé décidée, l'introduction récente des mécanismes de concurrence, l'ouverture au financement privé et la montée d'un secteur d'assurances privées constituent autant de signes d'un retour aux méthodes libérales. Outre une réduction non négligeable des délais d'attente, plusieurs résultats positifs sont constatés : un meilleur emploi des ressources publiques, une modernisation du système de soins, et le libre choix accordé aux patients.

## **II. 2. Investir les champs de la santé non liés à la morbidité<sup>1</sup>**

Depuis les années 90, l'adaptation des systèmes de soins s'est effectuée dans deux directions principales : l'introduction de mécanismes concurrentiels dans leur fonctionnement (tarification à l'activité dans les établissements, par exemple) et la décentralisation du financement avec des modalités différentes selon les pays mais qui *in fine* soulèvent de nouveaux problèmes, notamment celui de l'accroissement des inégalités territoriales de santé partiellement atténuées par les péréquations financières envisagées (cas de la décentralisation récente dans le système de soins canadien). Ces adaptations ont concerné principalement les champs de la médecine curative, développés à une époque (les Trente Glorieuses) où une croissance économique relativement forte permettait de financer sans aucune difficulté toutes les dépenses de santé publique. Il est donc nécessaire aujourd'hui d'investir plus fortement et durablement dans les autres champs de l'action sanitaire de façon à agir sur tous les facteurs d'accroissement des coûts de santé. C'est une question essentielle si l'on souhaite maîtriser les évolutions budgétaires imputables à la croissance inévitable des coûts de santé, notamment dus au vieillissement démographique.

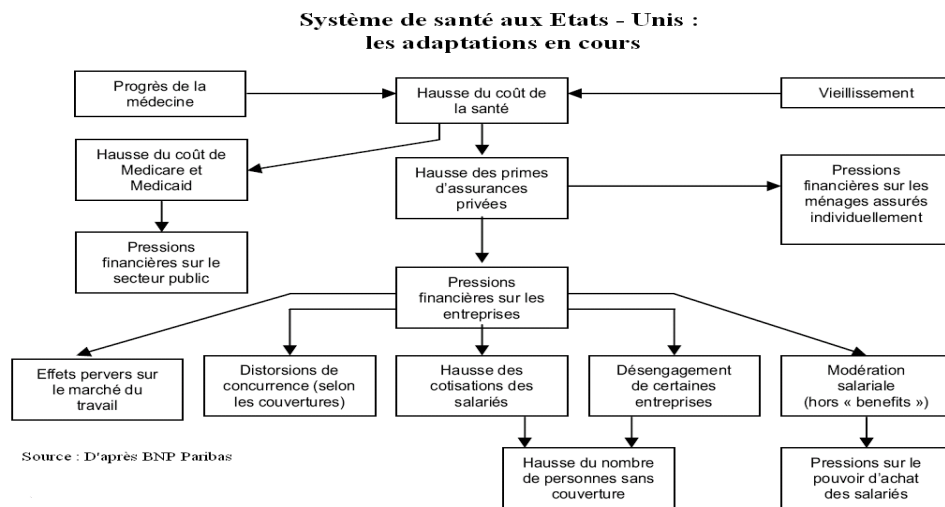
Deux voies de sortie de la crise de financement actuelle :

- la première réduirait le périmètre des biens et services remboursables (incluant la participation des mutuelles) et laisserait les services exclus du panier remboursable à la prise en charge directe des patients ou des assurances privées. Le système deviendrait alors inégalitaire mais fonctionnerait de façon efficace pour ceux qui pourraient supporter le coût

---

<sup>1</sup> Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, l'initiative de Bamako de 1987 a mis l'accent sur les soins de santé primaire, relevant le plus fréquemment de la prévention primaire (vaccination) d'une très grande efficacité sur l'incidence des maladies infectieuses, source de mortalité élevée dans la population, notamment chez les enfants de moins de cinq ans.

de ces soins (hausse de la dépense de santé privée solvable). Plusieurs variantes sont possibles : exclure du panier minimal les catégories sociales d'un certain niveau de revenu, qui pourraient se couvrir en s'adressant alors aux assurances privées<sup>2</sup>, programmes publics d'action en direction des milieux défavorisés, etc. En clair, les systèmes de santé tendraient à se rapprocher du système libéral américain, les systèmes européens se situant au final entre les systèmes beveridgiens actuels et le système sanitaire en vigueur aux États-Unis. Celui-ci s'est d'ailleurs adapté dans la période contemporaine pour prendre en compte la hausse des coûts de santé (hausse des primes d'assurance, exceptions au paiement à l'acte, etc)<sup>3</sup>.



Le vieillissement démographique et le coût d'une médecine de plus en plus technologique ont fait exploser les dépenses de santé aux États-Unis. Le système de santé y est à dominante privée : directement ou par le truchement des entreprises, environ 69% de la population bénéficie d'une couverture de santé. Le reste de la population n'est pas assuré (15,9 %) ou est prise en charge par les deux grands programmes de santé publics (Medicare et Medicaid), ce qui représente 1/4 de la population (en y incluant les dépenses publiques militaires de santé). On peut noter que les dépenses des deux grands programmes publics de santé s'élevaient à 7,2 % du PIB des États-Unis en 2004, ce qui constitue un niveau élevé. Ce qu'il est important de souligner aujourd'hui dans l'évolution du système américain de santé, c'est la mise en question du paiement à l'acte comme mode de rémunération exclusif des professionnels de santé en raison des effets pervers qu'il engendre (émergence d'une médecine fortement prescriptrice qui conduit de façon induite à une augmentation sensible des dépenses de santé). Une telle évolution serait souhaitable en France où le paiement

<sup>2</sup> Bien entendu, les pouvoirs publics devront veiller à ce que les catégories sociales les moins pauvres ne soient pas cumulativement taxées ou pénalisées, en étant sollicitées pour le financement de tous les problèmes sociaux d'un pays.

<sup>3</sup> J.-M. Lucas, Système de santé américain : pronostic vital réservé (sans intervention), revue Conjoncture, BNP Paribas, janvier 2007.

forfaitaire commence à être introduit à titre expérimental à côté du sacro-saint paiement à l'acte (la Loi de financement de la sécurité sociale 2008 met en place un tel dispositif sur cinq ans à partir de 2008).

- l'autre voie est celle qui agit fortement sur tous les champs de la santé à côté des soins curatifs: éducation, promotion, prévention en santé. Le but est alors de réduire l'incidence et la prévalence des pathologies évitables et la lourdeur d'un tel coût de façon à mieux prendre en charge les effets sanitaires du vieillissement démographique. Au-delà des politiques en la matière des États membres (inégalement développées), l'Union européenne a un rôle de première importance à jouer, en particulier dans le domaine de l'éducation à la santé. Cela dit, la responsabilisation des acteurs (patients, professionnels de santé, pouvoirs publics et associatifs, etc) est déterminante de la réussite de telles politiques. De ce point de vue, on ne peut qu'être perplexe sur l'efficacité de cette prise de conscience nécessaire quand on voit avec quelles difficultés les comportements à risque régressent (en matière de conduite automobile, de discipline alimentaire, de tabagisme, de contrôle de la consommation d'alcool, etc). Cependant, des évolutions dans les comportements semblent se dessiner lentement. Examinons quelques perspectives en ce qui concerne les systèmes de santé en Europe, notamment en France.

### **II. 3. Un exemple de réforme sanitaire composite : le cas de la France**

Si l'on prend l'exemple du système de santé en France, on peut dire que ses performances sont inégales. Le secteur hospitalier public enregistre une détérioration qualitative dont rendent compte un certain nombre d'indicateurs (taux de mortalité périnatale, taux d'infections nosocomiales...). En moyenne, les résultats sont insuffisants. Ce caractère est accentué par des disparités sociales et spatiales qui peuvent notamment se traduire par une discontinuité du service de santé dans les zones rurales ou à certaines dates (par exemple aux alentours du 15 août et maintenant autour des autres grandes fêtes de l'année et des ponts). En ce qui concerne les soins hospitaliers, la capacité d'investissement direct des hôpitaux publics en France s'est considérablement infléchie au cours de la dernière décennie. Le danger d'un vieillissement et d'une insuffisance de leur patrimoine est donc réel. Un retard apparaît dans un bon nombre de techniques de pointe, en particulier concernant le diagnostic des cancers. Par rapport notamment à nos partenaires européens à la fin des années 90, on peut relever un sous-équipement en matière d'IRM (avant dernière position de la France en Europe devant la Turquie : 178 appareils autorisés contre 1050 en Allemagne). De la même façon, l'équipement en tomographes par émission de positons qui permet une détection précoce des

lésions tumorales qui n'auraient pas été décelées par d'autres techniques d'imagerie. Un dernier exemple peut être cité : les implantations de défibrillateurs en matière de cardiologie sont insuffisants (11 implantations par million d'habitants en France contre 65 en Allemagne) alors que leur efficacité est avérée dans la lutte contre la mort subite<sup>4</sup>.

Cette incertitude dans le cas français est accrue par la structure du financement de la protection sociale, encore trop assis sur les revenus de la conjoncture. Augmenter la CSG semble donc une solution à développer mais encore faut-il définir avec précision les dépenses de santé à prendre en compte, ce qui pourrait contraindre le financement «à guichets ouverts» de toutes les dépenses !<sup>5</sup>

En France, selon le rapport de la Cour de Comptes, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)<sup>6</sup> pour 2004 avait été fixé à 129,7milliards d'euros. Le dépassement constaté a été de 1,3 milliard d'euros. Au total, le déficit de la branche maladie du régime général a atteint le niveau abyssal de 11,6 milliards d'euros. Aujourd'hui, ce chiffre après avoir baissé est de nouveau en hausse pour se situer à plus de 10 milliards d'euros) tout en demeurant non soutenable dans le long terme. Cela explique les efforts actuels des pouvoirs publics pour tenter un retour à l'équilibre des comptes de la branche maladie. Ce déficit apparaît difficilement compressible en dépit de son niveau en cours de réduction. Les nouvelles pistes empruntées par la régulation tarifaire, loin de remettre en question le mode de rémunération des médecins, notamment celui des médecins spécialistes (en France, relativement peu de prescriptions par rapport au nombre d'actes) fait peser sur les patients la contrainte spécifique de l'évolution du forfait hospitalier ou des franchises : l'instauration de franchises médicales sur les médicaments (50 centimes), les actes paramédicaux (50 centimes) et les transports sanitaires (2 euros) sera applicables au 1er janvier 2008, avec toutefois un plafond fixé à 50 euros par an. Ces franchises devraient à elle seule rapporter 850 millions. Ce montant devrait être consacré au financement du plan Alzheimer et à la lutte contre le cancer. Autre élément de politique tarifaire qui pèse sur les patients : le déremboursement partiel ou total des médicaments. Ainsi, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008, les médicaments à vignette orange sont entièrement dé-remboursés par la Sécurité sociale.

---

<sup>4</sup> D. Laurent, Assurance - maladie: diagnostic et remèdes, Sociétal, N° 30, 4<sup>ème</sup> trimestre 2000.

<sup>5</sup> De ce point de vue, le fonctionnement de la CMU (en incluant la CMU complémentaire) est un dispositif qui à l'usage s'avère très coûteux (6 milliards d'euros par an selon l'IFRAP). Il faut y ajouter l'aide financière dégressive aux personnes qui sont au-dessus du seuil pour bénéficier de la CMU complémentaire. Une meilleure régulation apparaît nécessaire pour limiter l'évolution de cette dépense. Elle doit s'appuyer sur une autodiscipline plus grande des acteurs (patients et professions de santé). Elle impose aussi une réflexion sur le périmètre des solidarités, étant donné l'importance du poids du financement reposant sur les contribuables ou/et les classes moyennes. Des choix s'imposent qui doivent prendre en compte le fait que l'accès à la santé doit rester la solidarité la plus fondamentale et donc la plus prioritaire.

<sup>6</sup> L'ONDAM a été créé par la loi organique du 22 juillet 1996. Il est réparti entre les grandes catégories de dépenses : établissements de santé, soins de ville, domaine médico-social. La loi du 13 août 2004 a amélioré le suivi de l'exécution de l'ONDAM en mettant en place une procédure d'alerte censée conduire à des mesures de redressement, en cas de risque sérieux de dépassement supérieur à 0,75 point de l'objectif initial.

On peut souligner qu'en France, l'effort en matière de prévention s'intensifie. C'est un phénomène important mais on est loin du compte ! Soulignons à cet égard le rôle que peuvent jouer les mutuelles. La MGEN par exemple développe des "Parcours de santé mutualistes"<sup>7</sup>. Ils concernent aujourd'hui les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les addictions. Elle offre aux mutualistes et à leur famille des informations, des conseils et des services. En région Lorraine, elle développe une initiative dont l'objectif est la prévention des maladies cardio-vasculaires et l'éducation pour la santé (deux domaines sont donc investis : la prévention et l'éducation en santé). Avec d'autres mutuelles, elle a conclu un accord avec des médecins généralistes et recherché le concours de l'École de santé publique pour l'évaluation scientifique. Le centre de santé de Nancy de la MGEN a été désigné comme étant le pivot du dispositif. Ce sont 2500 adhérents qui seront potentiellement concernés et une cinquantaine de médecins traitants volontaires. Les patients pourront bénéficier d'une synthèse périodique des risques cardio-vasculaires et d'un plan de suivi de santé personnalisé (mauvaises habitudes alimentaires, conduites addictives, stress, obésité, hypertension artérielle). Les médecins respecteront les bonnes pratiques professionnelles (prescriptions d'antibiotiques, anxiolytiques, statines, etc).

Une telle initiative est intéressante parce que une étude de l'IRDES portant sur la morbidité ressentie et diagnostiquée et concernant plus particulièrement l'obésité, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie a montré que la population enquêtée sous-estimait à 30 % son obésité et à plus de 50 % son hypertension et son hypercholestérolémie<sup>8</sup>. Par conséquent, des actions de prévention en matière de risque cardio-vasculaire sont tout à fait justifiées en France aujourd'hui.

Cependant, il n'est pas certain que le dépistage de patients à risque voire à très grands risques soit suffisant pour que les susdits patients modifient leurs comportements (lutte contre la sédentarité, perte de poids, suppression du tabac, etc) et *in fine*, aboutisse à atténuer le facteur de risque. Peut-être faudrait-il envisager des mesures d'incitation éducatives ou financières. La meilleure incitation semble devoir venir de l'éducation. De ce fait, des effets tangibles ne seront pas perceptibles dans l'immédiat. Ou alors, par exemple, en matière de pathologies liées au tabac, mettre en place un fonds alimenté par une nouvelle hausse du prix du tabac qui prendrait en charge ces pathologies à la place de la Branche maladie de la Sécurité sociale. On pourrait mettre en place des systèmes similaires pour des pathologies

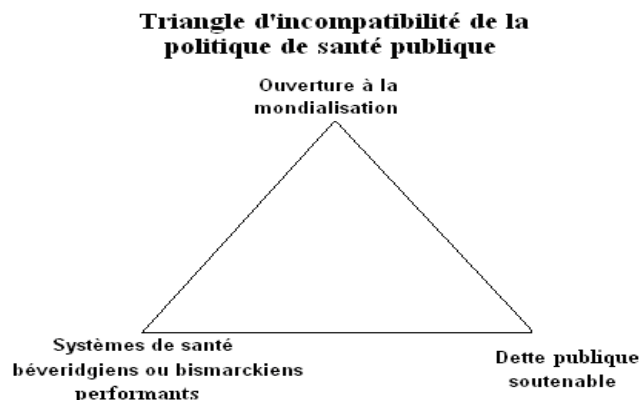
---

<sup>7</sup> MGEN, Construire un parcours de santé, *Valeurs mutualistes*, N° 249, mai - juin 2007

<sup>8</sup> V. Dauphinot et al., Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, *Questions d'économie de la santé*, N° 114, novembre 2006

induïtes par de mauvaises habitudes comportementales (pathologies liées à l'abus de boissons alcoolisées, etc).

Pour tous les systèmes de santé actuels, le risque est celui d'un délitement induit par le rationnement budgétaire. Cela conduirait à un secteur public universel en régression (dépenses publiques plus faibles, restructuration des établissements de soins, etc), de qualité moindre, et au développement d'un secteur privé de haute qualité pour une demande privée solvable de soins. Pour autant, ces pays ont-ils une base productive suffisamment pérenne pour garantir un financement suffisant du système de soins ? Telle est la question majeure de la période contemporaine où les pays (développés et en développement) sont confrontés à une compétition économique impitoyable dans un contexte dominé par le dynamisme économique de la zone asiatique. Les États se heurtent désormais au triangle d'incompatibilité de la politique de santé publique qui indique que l'on ne peut maintenir des systèmes de santé performants avec une dette publique soutenable dans un contexte d'ouverture à la mondialisation. Seuls, deux de ces objectifs peuvent être simultanément atteints. En clair, des systèmes efficaces de santé évoluant dans un contexte national d'endettement public soutenable nécessitent une ouverture maîtrisée et régulée à la mondialisation. Cette réalité est valable tout autant pour les pays européens que pour les pays du Maghreb (précisons que de ce point de vue, la politique commerciale commune de l'Union européenne est sous-optimale pour les systèmes de protection sociale de ses États membres).



Les problèmes de population deviennent aujourd'hui incontournables avec une croissance démographique mondiale continue, un vieillissement démographique particulièrement net dans les pays développés et des migrations internationales accentuées par la mondialisation. Une des dimensions majeures de ces problèmes est la santé humaine. Elle implique dans les pays en développement ou émergents, la mise en place de systèmes de santé cohérents et efficaces et dans les pays développés, la réforme de ces systèmes pour optimiser



leur fonctionnement sous contraintes budgétaires (États, mutuelles ou personnes privées). Parallèlement au développement et à l'amélioration des structures de santé est posée la question de la formation des hommes. Pendant longtemps, celle-ci s'est limitée à celle des professionnels de santé, privilégiant de plus la dimension curative de la santé. Or aujourd'hui, en raison, d'une part, de la croissance des besoins de santé et du coût de leur satisfaction et, d'autre part, des contraintes de financement qui pèsent sur les budgets des ménages et des États, il est nécessaire d'introduire le calcul économique comme l'un des fondements d'une décision sanitaire cohérente et soutenable. Pour aider l'administration sanitaire et les personnels soignants, il apparaît nécessaire aussi de former des experts en évaluation économique sanitaire dont la vocation sera de soumettre au calcul économique le fonctionnement du système de soins, notamment en matière de choix des programmes de santé. Pour conclure, il n'existe pas de modèle sanitaire européen en dehors de l'acceptation des règles de la bonne gestion qui passe par une révision des modalités de financement micro et macro-économiques. Confrontés à la lourdeur de la charge financière sanitaire et ne pouvant éviter la contrainte de finances publiques soutenables, les pouvoirs publics ont utilisé une panoplie de mesures que l'on peut classer en deux catégories :

- les mesures de réaménagement spatial des soins ;
- les mesures sectorielles de réorganisation des soins.

La prévention, la promotion et l'éducation en santé sont négligés, même si des campagnes de prévention ciblées (lutte contre le tabac, dépistage des cancers du côlon et du sein, lutte contre l'alcoolisme et l'obésité, etc) peuvent être repérées, par exemple en France. Mais toujours en France, existe-t-il des traitements médicamenteux pris en charge par l'assurance-maladie pour prévenir l'obésité ? ou encore dans l'enseignement primaire ou secondaire, existe-t-il une sensibilisation de la population jeune aux problèmes de santé et qui appelleraient des modifications des comportements, en particulier pour les causes de mortalité élevées chez les jeunes. Sur cette dernière question, à l'exception des campagnes de préventions des accidents de la route, souvent effectuées en dehors du milieu scolaire, peu voire pas d'actions sont entreprises.

Enfin, pour bénéficier d'un financement suffisant et pérenne de leur système de soins, les pays européens ont besoin d'un appareil de production efficace, dense et abrité d'une concurrence externe, trop assise sur les éléments sociaux des coûts de production. De ce point de vue, l'Union européenne doit adapter sa politiques économique pour mieux soutenir l'émergence de structures d'offre communautaire.

## Références bibliographiques

**J. Bhagwati et al.**, Lectures on International Trade, New Delhi, OUP, 2003.

**H. Bourguinat**, Le libre-échange : un paradigme en situation d'inconfort, Revue d'Économie politique, N° 5, septembre-octobre 2005.

**V. Dauphinot et al.**, Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, *Questions d'économie de la santé*, N° 114, novembre 2006.

**M. Kadar**, Quel est l'avenir des systèmes de santé au Maghreb ?, *Santemaghreb*, décembre 2005.

**D. Laurent**, Assurance maladie : diagnostic et remèdes, Sociétal, N° 30, 4<sup>ème</sup> trimestre 2000.

**J.-M. Lucas**, Système de santé américain : pronostic vital réservé (sans intervention), revue Conjoncture, BNP Paribas, janvier 2007.

**MGEN**, Construire un parcours de santé, *Valeurs mutualistes*, N° 249, mai - juin 2007.

**OMS**, Rapport du Secrétariat sur les Systèmes de santé, janvier 2007.

**D. Polton**, Décentralisation des systèmes de santé - Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères, *Questions d'Économie de la santé*, n° 72, octobre 2003.

**P. A. Samuelson**, Where Ricardo and Mill Rebut and Confirm Arguments of Mainstream Economists Supporting Globalization, *Journal of Economic Perspectives*, été 2004

§§§