

## 35 Santé-providence ou santé publique ?

Au cours des dernières décennies, l'état de santé des Français s'est grandement amélioré et la durée de leur vie s'est allongée. Cependant, La France consacre 10 % de son PIB à la santé, c'est-à-dire 25 % de plus que la moyenne des pays de l'OCDE. Ce coût élevé de la santé contribue à ce que le niveau des cotisations ou impôts français soit plus élevé que celui des pays qui sont nos concurrents. La croissance de l'économie et celle des emplois s'en trouve limitée.

Si notre *santé-providence* rembourse un volume élevé de soins individuels, notre *santé publique* est à la portion congrue. Les plus favorisés tirent largement parti de la première ; les moins favorisés souffrent des carences de la seconde. L'état de santé et la mortalité des Français sont, en effet, très variables selon la catégorie socioprofessionnelle qui est la leur. L'élévation du ticket modérateur — un des plus sévères d'Europe — nous avait éloignés d'une couverture universelle : pour une partie de la population l'accès aux soins a été d'autant plus difficile que nos services d'urgence ont été débordés. Les inégalités ont été accentuées par les insuffisances de la politique de prévention. La lutte contre l'alcoolisme et les accidents de la route n'a pas été franchement menée et nous battons, en ces domaines, des records lamentables qui frappent au premier chef les plus défavorisés. Dans le corps médical la proportion de spécialistes mieux rémunérés s'est accrue, celle des généralistes diminuant ; or, ce sont les personnes aisées qui recourent le plus aux premiers.

Ni du point de vue social ni du point de vue économique nous ne gérons donc notre système de santé de façon efficiente. Que cette gestion relève du domaine « paritaire » est devenu une fiction. Sans être suffisamment parvenu à convaincre le corps médical d'user de pratiques à la fois efficaces et économes, L'État agit de façon brouillonne et parfois désastreuse. Les directeurs d'hôpitaux n'ont la maîtrise ni des nominations des chefs de service ni des principaux paramètres des coûts de personnel (75 % de leur budget). Les lois instituant les 35 heures ont provoqué dans le système de santé de formidables désorganisations.

De leur côté, au nom du « dialogue singulier » avec les patients, les médecins, ont résisté à l'introduction de normes et d'évaluations comme à l'informatisation et notre consommation de produits pharmaceutiques comme notre densité d'officines est très élevée.

Les charges relatives à la santé résultent ainsi d'une multitude de décisions *individuelles* mal maîtrisées. Elles n'ont aucune raison d'être spontanément couvertes par des recettes *collectives* assises sur la masse salariale ou provenant de la CSG.

Trop impliqué dans la gestion au jour le jour, l'État exerce fort mal les trois grandes missions qui devraient être les siennes :

- organiser le débat public en vue de définir les finalités de la politique de la santé et bâtir une stratégie dans ce domaine ;
- présider à la définition des normes que les prestataires de soins doivent respecter, organiser la réalisation par des organismes indépendants des contrôles et évaluations nécessaires ;
- présider à la mise en place d'un système clair et équitable de financement ; couverture intégrale des soins de santé pour les moins favorisés.

Le système ne serait-il pas davantage clair et gérable si la majorité de la population était couverte par un système de soins qui, relevant de la solidarité, serait financé par l'impôt tandis que la minorité la plus aisée aurait recours à une assurance obligatoire auprès d'un organisme agréé ? L'État assurerait une meilleure maîtrise des dépenses hospitalières en décentralisant énergiquement leur gestion pendant que les organismes de financement ajusteraient leurs prestations au niveau des primes reçues.

|                                                        |         |
|--------------------------------------------------------|---------|
| 35.1 — La santé mal gérée ; un état des lieux          | page 3  |
| 35.2 — Les blocages ; une analyse                      | page 21 |
| 35.3 — Santé publique, santé régulée ; des suggestions | page 35 |

*Pour des raisons techniques, la table des matières détaillée et les graphiques sont rejetés à la fin du chapitre. Nous suggérons fortement à nos visiteurs d'avoir les graphiques sous les yeux lorsqu'ils liront le texte.*

### **35.1 La santé mal gérée**

En France, la branche santé emploie 2 millions de personnes, plus que le bâtiment et le génie civil. Les prestations maladie — 200 euros par mois (1 300 francs) et par Français,

140 milliards d'euros globalement (900 milliards de francs) en 2001 — ont, depuis 1970, progressé deux fois plus que les salaires ; la santé, qui représentait 6 % du budget des ménages en 1960, en représente plus de 10 % aujourd'hui ; 12 % lorsqu'on inclut les cotisations aux mutuelles complémentaires. Même évolution quand on observe les dépenses de santé en proportion du PIB ; cette dernière a, en 2001, dépassé 10 %. Voir le **graphique 1** en fin de document.

Dans l'histoire et dans le monde entier les pays les plus riches sont ceux qui sont en meilleure santé ; la corrélation est forte, en effet, entre le niveau des revenus et l'état de santé mesuré notamment par l'espérance de vie. La conclusion est claire : qui veut un pays en bonne santé doit œuvrer à ce que son économie le soit et à ce que les moins favorisés disposent d'un revenu suffisant. Or, compte tenu de son poids, le coût de la santé n'est pas indifférent à la bonne marche de l'économie. Une santé trop chère handicape la croissance et notamment celle des emplois. Il est donc essentiel de comprendre les raisons pour lesquelles nos coûts de santé sont supérieurs de près de 25 % à ceux de la moyenne des pays industrialisés. Voir, à nouveau, le **graphique 1** en fin de document. Pour quelles raisons nos ministres doivent-ils lancer, de façon répétitive, des plans pour rééquilibrer les finances de la santé ? Ces dépenses ne sont-elles pas maîtrisables ? En 1996, un « objectif national des dépenses d'assurance-maladie » avait été arrêté par le Parlement. Cinq ans plus tard le niveau des dépenses se révélait être supérieur de 11 % aux objectifs ; de 25 % en ce qui concerne les « soins de ville ». En 2002, le rythme de progression de l'ensemble des dépenses a été proche de 7 % et celui des soins de ville d'environ 8 % (le taux annuel d'inflation étant de quelque 2 %).

Esculape, dieu de la médecine, avait deux filles : Panacée, vouée à la thérapeutique, et Hygiène, consacrée à la prévention. Depuis longtemps, la France, donne une priorité écrasante à l'activité chère à Panacée — la « santé-providence » — au détriment de la santé publique, domaine d'Hygiène. « La culture de notre pays n'est pas une culture de la santé mais une culture de soins. » (1)

### 35.1.1 Les défauts de la santé providence

Dans le système de la *santé providence* les citoyens versent des cotisations ou des impôts à une caisse d'assurance-maladie. Celle-ci est tenue de rembourser les dépenses décidées, sou-

1 Bernard Kouchner, ancien ministre de la santé, *Le premier qui dit la vérité*, Robert Laffont, 2002.

verainement, par le « colloque singulier » entre un médecin, librement choisi par le patient, et ce dernier. Il en résulte que les dépenses de l'assurance-maladie sont commandées, pour l'essentiel, par les effectifs et les revenus des médecins et des personnels soignants.

### 35.1.1.1 Une gestion mal maîtrisée

Les recettes des caisses maladie dépendent, quant à elles, des cotisations c'est-à-dire de l'évolution de la masse salariale globale de la nation et, désormais, de la CSG. **Recettes et charges, dépendant ainsi de facteurs hétérogènes, n'ont guère de raison de s'équilibrer spontanément.** Aussi bien l'accroissement des dépenses de santé s'est-il accompagné, chroniquement, de déficits substantiels qui ont expliqué plus de la moitié de celui de la Sécurité sociale. Voir les **graphiques 2 et 3** en fin de document.

Contrairement à une idée répandue et qui a servi d'excuse à l'absence de progrès réel des méthodes de gestion, le vieillissement de la population n'a justifié *jusqu'ici*, qu'une très faible partie — sans doute moins de 5 % — de l'augmentation des dépenses de santé. Mais il est appelé, dans les années qui viennent, à rendre plus difficile l'équilibre des caisses maladie ; d'abord parce que, comme pour les retraites, la proportion de cotisants dans la population va baisser ; ensuite si les dépenses sont surtout importantes pendant la dernière année de la vie, quel que soit l'âge du décès (1), elles grandissent tout de même chez les personnes qui vieillissent. Celles-ci, au lieu d'être prises en charge par leurs familles, le sont en effet, de plus en plus souvent, par le réseau de soins.

Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devant, dans les vingt années qui viennent, progresser de plus de 40 %, il est donc impératif que la France maîtrise davantage ses dépenses de santé. Une étude du Conseil d'analyse économique (2) estime que le vieillissement de la population fera passer, toutes choses égales par ailleurs, de 10 à 11,5 % la part du PIB consacrée à la santé. Cette majoration s'ajouterait aux 5 ou 6 points de PIB que des régimes de retraite inchangés exigeraient. C'est beaucoup trop pour un pays dont les entreprises et les emplois sont soumis à la compétition internationale.

### 35.1.1.2 Une forte augmentation des moyens

1 Professeur Claude Got, *La santé*, Flammarion, 1992.

2 Michel Mougeot et alii, *Régulation du système de santé*, rapport au Conseil d'analyse économique près du Premier ministre, 1998.

L'augmentation des recettes de l'assurance-maladie a financé l'accroissement des dépenses de santé et, au premier chef, celui des effectifs des personnels. « Le taux de progression des actes a été pratiquement égal à celui des effectifs médicaux et la croissance des dépenses a permis à la population médicale, en forte expansion, de maintenir globalement son pouvoir d'achat. » (1) Un *numerus clausus* frappant les étudiants en médecine a été introduit en 1971 mais il n'a été appliqué qu'en 1979, de sorte que le nombre de médecins est passé de :

- 40 000 en 1955 à
- 180 000 aujourd'hui pour tendre vers
- 200 000 dans les années qui viennent.

Avec 280 médecins pour 100 000 habitants, la densité médicale de la France était, en 1996, élevée (elle était passée en 2002 à 332) ; l'Allemagne, avec 330 médecins, la dépassait mais les États-Unis n'ont que 200 médecins et la Grande Bretagne 170. Une densité élevée va de pair avec une pénurie de médecins dans certaines disciplines médicales ou dans certains départements.

Le *numerus clausus* avait été appliqué tardivement ; c'est tardivement aussi que sa révision est intervenue. De 4 100 étudiants admis chaque année en médecine on va passer par étapes à 6 000 de façon à faire face à la fois au départ en retraite de la génération de médecins appartenant au *baby boom* et à l'application des 35 heures. Loi sur les 35 heures et relèvement tardif du *numerus clausus* illustrent les difficultés de l'État à mener une politique de personnel digne de ce nom. Les phénomènes démographiques ont pourtant l'avantage d'être assez aisément prévisibles. Absorbé par la gestion quotidienne notre État centralisateur est un bien piètre stratège.

Les relations fortes qui existent entre maints patients et leur médecin, le fait que nombre de prestations ne sont pas standardisées et enfin l'existence de minima tarifaires empêchent que l'excès de moyens provoque, comme dans d'autres domaines et par le jeu de la concurrence, une baisse des prix des consultations. Dans la *médecine de ville*, un secteur aux honoraires « libres » a au contraire été créé au profit des spécialistes dont le nombre a augmenté beaucoup plus vite que celui des généralistes, pour atteindre presque la moitié de l'effectif médical (contre un tiers en Grande-Bretagne) ; la Caisse de retraite des médecins indique qu'en 2000 la rémunération moyenne des spécialistes était supérieure de

1 *Livre blanc*, Le système de santé et d'assurance maladie, Raymond Soubie et alii, Commissariat général du Plan, 1994.

40 % à la rémunération moyenne des généralistes. (1) Ce développement a typiquement provoqué celui des actes et les pouvoirs publics ont tardé à freiner ce processus.

Devant faire face à des déficits chroniques, ne pouvant compter sur la concurrence entre praticiens, la CNAM cherche à différer le relèvement du tarif des actes. Mais cette politique n'est pas entièrement étanche. On peut estimer que le refus de relever le tarif conduit nombre de médecins à multiplier le nombre des actes. (2) Les longues négociations de 2002 entre la multiplicité de syndicats de médecins représentant une minorité de praticiens, la CNAM et les pouvoirs publics n'ont pas été un modèle de concertation réussie. On peut d'ailleurs se demander si les généralistes ont raison de rester attachés au paiement à l'acte ; celui-ci convient bien aux spécialistes mais la capitation ne serait-elle pas plus appropriée pour les généralistes ? (3)

Par ailleurs, les spécialistes, en fixant leurs tarifs, déterminent, *de facto*, l'ampleur du ticket modérateur qu'acquitteront finalement leurs clients ; un ticket élevé écartera les impécunieux de leur intervention. En outre, le développement de la médecine spécialisée semble contraire à la tendance qui est observée dans maints pays occidentaux. La pathologie dépend dans une large mesure de la vie familiale, professionnelle, sociale que mène le patient et le généraliste est, normalement, le mieux à même de la connaître. Un découpage excessif du patient « en tranches » peut minimiser le rôle de facteurs sociaux ou psychiques. Il accentue la préférence donnée aux actes curatifs par rapport aux soins préventifs et au total coûte cher (4).

De leur côté, les *hôpitaux* publics ont vu l'effectif de leur personnel passer de 200 000 en 1960 à près de 700 000 aujourd'hui. « Les moyens accordés aux hôpitaux publics ont été régulièrement augmentés alors que leur maillage est excessif en quantité et insuffisant en qualité » (5). Ils maintiendraient près de 60 000 lits qui excèdent les besoins, soit que les progrès de la médecine les aient rendus inutiles, soit que les municipalités aient voulu les maintenir « coûte que coûte ». Dans ses hôpitaux publics, la région PACA bénéficie de 30 %

1 76 229 euros contre 54 209 euros.

2 Béatrice Majnoni D'Intignano, *Commentaire*, printemps 2 002.

3 Béatrice Majnoni D'Intignano, *Commentaire*, printemps 2 002.

4 Michel Mougeot et alii, *Régulation du système de santé*, rapport au Conseil d'analyse économique près du Premier ministre, 1998.

5 Gilles Johanet, *op.cit.*

de lits excédentaires par rapport aux besoins et l'Île-de-France de 16 % tandis que d'autres régions manquent de places. (1)

La pénurie d'infirmières qui s'est manifestée en 2002, aggravée par la décision de principe de faire passer l'horaire hebdomadaire des personnels hospitaliers à 35 heures, a manifesté l'incapacité où se trouve l'État de pratiquer une gestion centralisée des effectifs en procédant, en temps voulu, aux recrutements et aux formations nécessaires.

Pour expliquer l'augmentation des dépenses on met en avant certaines techniques nouvelles très onéreuses. Mais d'autres évolutions existent heureusement qui ont permis de réduire les coûts : en un peu plus de dix ans le nombre moyen de journées des séjours a diminué de 25 %. Voir le **graphique 5** en fin de document sans empêcher que, dans le même temps, les dépenses des hôpitaux augmentent de 50 %. Globalement, la progression de l'activité de ces derniers est désormais faible mais les budgets continuent à augmenter de façon soutenue. (2)

En 1994 la proportion de personnes hospitalisées était, en France, double de ce qu'elle était aux États-Unis et au Canada, et supérieure d'un tiers à la proportion anglaise. Les chirurgiens français pratiquent plus d'actes que la plupart de leurs confrères étrangers (appendicectomies par exemple) (3) et le nombre d'opérations chirurgicales d'un type donné varie fortement d'un département à l'autre ; il semble donc possible de réduire sensiblement le nombre des actes.

Par ailleurs, la carte des hôpitaux compte nombre d'incohérences et les inégalités sont considérables entre les dotations budgétaires au profit, en particulier, de la région parisienne. Ainsi, des hôpitaux et des services en sureffectifs coexistent avec un manque de personnel, médecins et infirmières notamment, dans d'autres services ou établissements ; on proteste contre ce dernier en oubliant les autres situations. Il est vrai que les modes de gestion de nos hôpitaux publics peuvent difficilement être efficaces (voir plus loin) : les responsables n'ont ni les pouvoirs de nommer les chefs de service, ni ceux de gérer effectifs ou rémunérations.

Il n'est pas étonnant, dès lors, que les coûts des interventions classiques soient, eux aussi, très variables d'un hôpital à l'autre. Celui d'un accouchement normal, sans complica-

1 Béatrice Majnoni D'Intignano, *Commentaire*, printemps 2002.

2 Michel Mougeot, *op.cit.*

3 Michel Mougeot, *op.cit.*

tion, va, selon les établissements, de 1 200 à 4 000 euros (8 000 à 26 000 francs). (1) Les premières estimations, tirées d'un nouveau système d'évaluation expérimenté en Languedoc-Roussillon, montrent que les hôpitaux publics ont des coûts supérieurs de 50 % à ceux des cliniques privées (2) sans que l'on soit certain que ces dernières n'aient pas pratiqué une sélection des risques.

Sur le plan de la qualité des soins et de la sécurité sanitaire les « performances » des hôpitaux sont si diverses qu'on a pu dresser, à partir de chiffres officiels et comme pour les lycées, des palmarès, certes discutés, des meilleurs hôpitaux et *a contrario* des listes noires des plus mauvais. Dans ce domaine aussi, le service public ne parvient guère à satisfaire les ambitions égalitaires des Français. Tous ces signes confirment que la gestion de nos hôpitaux publics pourrait faire de gros progrès.

Autre signe du luxe de nos moyens sanitaires, la France, en 1995, comptait 40 pharmacies pour 100 000 habitants contre 26 en Allemagne et 21 en Grande Bretagne.

### 35.1.1.3 Des excès sans garantie de qualité

L'offre étant, au total, excédentaire, le Français est le premier consommateur au monde de soins de toute nature (en volume). Le rapport réalisé en 1992 par le Professeur Béraud pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés — CNAM — citait un grand nombre de cas dans lesquels les prescriptions n'étaient pas conformes aux indications admises par la communauté scientifique : examens biologiques et d'imagerie non nécessaires ou non pertinents, prescription de médicaments dangereux, inutiles ou inutilement coûteux, hospitalisations non justifiées, multiplication abusive d'arrêts de travail. Il chiffrait à 15 milliards d'euros (100 milliards de francs) le montant des économies annuelles qu'il lui paraissait possible de réaliser, soit 20 % des dépenses de santé de l'époque. Si ces mesures étaient appliquées, la France retrouverait un niveau de dépenses de santé équivalent à celui de la moyenne des pays européens. (3)

« Finalement en France, au cours des quinze dernières années, le nombre d'actes médicaux par habitant et la consommation de médicaments ont doublé. Sommes-nous deux fois mieux soignés qu'en 1978 ? » (4) En 2001, les remboursements de produits pharmaceu-

1 Michel Mougeot, *op.cit.*

2 Michel Mougeot, *op.cit.*

3 Michel Mougeot, *op.cit.*

4 *Livre blanc, op.cit.*

tiques ont encore progressé de 8,6 % ; on est ainsi sur une pente allant au-delà du doublement de la consommation en volume tous les dix ans ! « Le médecin développe des habitudes de prescription en fonction de son acquis initial à la faculté, de l'influence de journaux médicaux très dépendants de l'industrie pharmaceutique, ainsi que des visiteurs médicaux. [...] 56 % d'augmentation de l'ensemble des psychotropes entre 1970 et 1980. » (1)

Le Français est, en effet, devenu avec le Japonais et l'Américain, un champion de la consommation de produits pharmaceutiques.

| Indices de consom. (2) | France | Allem | GB |
|------------------------|--------|-------|----|
| Psycholeptiques        | 100    | 28    | 40 |
| Antihypertenseurs      | 100    | 83    | 62 |
| Vasodilatateurs        | 100    | 53    | 40 |
| Antibiotiques          | 100    | 40    | 53 |

Un ministre de la santé a estimé que la moitié des prescriptions d'antibiotiques était injustifiée (3) or on sait que l'usage excessif de médicaments peut aller au-delà de l'inefficacité ou du gaspillage et devenir nocif. Les bactéries, notamment, s'habituent, s'adaptent, mutent et deviennent résistantes. Une population qui consomme trop d'antibiotiques devient vulnérable.

L'Agence française de sécurité sanitaire, ayant examiné une première tranche de spécialités pharmaceutiques, a considéré que 835 médicaments avaient un « service médical rendu » insuffisant ; ils représentaient néanmoins 20 % de la consommation et 11 % des remboursements par les caisses maladie. En 2001, Lionel Jospin avait cependant refusé de supprimer le remboursement de ces spécialités pour, semble-t-il, ne pas mettre en difficulté les laboratoires qui les produisent.

En juin 2002 la majoration du tarif de la consultation du généraliste s'est, enfin, accompagnée d'un engagement moral des signataires de respecter les « bonnes pratiques médicales » et, notamment, de favoriser la prescription de médicaments génériques. Compte tenu de l'audience limitée des syndicats signataires et des termes assez vagues de l'accord, il n'est pas certain que ce dernier reçoive une application large. Mais c'est un petit pas dans la bonne direction.

1 Claude Got, *op.cit.*

2 Nombre de « doses quotidiennes définies » délivrées pour 1 000 personnes et par jour par classe thérapeutique ; doses délivrées en France = 100.

3 Bernard Kouchner, *Le Monde*, 21 nov. 2001.

Jusqu'ici, en effet, pour limiter la dépense, les pouvoirs publics ont eu recours à la vieille arme du contrôle des prix. En ce qui concerne les médicaments, ils sont parvenus à ce que leurs prix soient, chez nous, les plus bas d'Europe. Cependant les laboratoires ont, comme maints médecins face au blocage du prix de l'acte, réagi, notamment par leurs visiteurs, et sont parvenus, comme on l'a vu, médecins et patients les accompagnant, à développer le volume des prescriptions de médicaments. Reste que, paradoxalement, la France est devenue un des plus gros consommateurs de produits tout en voyant disparaître un à un les champions de son industrie pharmaceutique. Ministère, caisses, médecins et pharmaciens n'ayant saisi que tardivement l'intérêt des produits génériques, ceux-ci constituaient encore, en 2001, moins de 10 % de la consommation française contre 50 % au Danemark.

En ce qui concerne les actes médicaux les coûts sont liés au nombre de praticiens ; les soins de santé sont, en effet, une activité de service. La standardisation étant rarement praticable, la productivité progresse plus lentement que les rémunérations. Ceux qui profitent du système « providentiel » font croire qu'une réduction des dépenses nuirait à la qualité des soins ; on vient de voir que c'est une vue sommaire.

Autre grand défaut de notre puissante machine de soins : elle est moins égalitaire qu'on ne le croit.

#### **35.1.1.4 Les exclus des soins**

La loi dite de la Couverture Maladie Universelle a récemment permis à plus d'un million de Français d'être affiliés à la Sécurité sociale et à près de 5 millions de personnes de bénéficier d'une couverture complémentaire qui leur faisait défaut. C'est un grand progrès tant était élevé le nombre de personnes résidentes en France qui n'avaient pas un accès normal aux soins.

On a escompté, jadis, qu'un ticket modérateur accru freinerait la consommation médicale et, par étapes, ce ticket a été porté à un niveau élevé de sorte que « notre pays est celui où les cotisations d'assurance maladie sont les plus élevées et où le remboursement des dépenses de santé est le plus faible. » (1) Pour la majorité des assurés l'effet de frein du ticket ne joue guère car des mutuelles complémentaires le prennent en charge pour l'essentiel de sorte que la consommation médicale de cette majorité a pu augmenter fortement. En revanche, pour une minorité qui ne dispose pas de mutuelle, l'importance du ticket a été

1 Daniel Laurent, Professeur des Universités, *Sociétal*, 4<sup>e</sup> trim. 2000.

un obstacle souvent dirimant à l'accès aux soins. (1) Plus le revenu est élevé, plus le recours au médecin est fréquent ; moins il est élevé et moins ce recours a lieu. Voir le **graphique 5** en fin de document. Un cadre supérieur consulte près de quatre fois plus souvent un spécialiste qu'un ouvrier non qualifié (2).

La fraction des dépenses non hospitalières restant à la charge des patients ayant fini par atteindre 40 % (3), le CREDES a estimé qu'un Français sur quatre — un chômeur sur deux — avait en 1996 renoncé à se soigner pour des raisons financières et maints signes révèlent le mauvais état de santé de la partie la plus défavorisée de la population. Les personnes qui y appartiennent sont plus touchées que les autres par les accidents du travail comme par ceux de la circulation (4). L'état de santé des ouvriers, surtout non qualifiés, est moins bon que celui des cadres ; ils sont affectés de pathologies endocriniennes, respiratoires, infectieuses, d'obésité et de troubles du système nerveux. Dans certaines banlieues de grandes villes on a vu réapparaître la tuberculose qui avait pratiquement disparu en France (5).

Les services d'urgence des hôpitaux publics — 30 % des malades hospitalisés — révèlent que « neuf personnes sur dix reçues, présentent des troubles dus essentiellement à l'exclusion sociale. » (6) Ces services jouent ainsi un rôle social essentiel, mais ils sont parmi les moins bien dotés en moyens. *A contrario*, des hôpitaux publics abritent des secteurs privés bien équipés. Si ces services ne concernent qu'un tout petit nombre de médecins très qualifiés que l'hôpital a, par ce biais, pu garder, ils contribuent à ce que nous ayons un « système à deux vitesses. »

La Santé-providence, en mobilisant des moyens souvent surdimensionnés, et au prix de très fortes dépenses, a assuré à l'ensemble des Français un niveau de santé qui, bon, n'a rien d'exceptionnel. Elle n'avait pas su éviter, jusqu'ici, qu'une minorité ait un accès difficile aux soins et connaisse des décès prématurés.

1 Michel Mougeot, *op.cit.*

2 B. Majnoni d'Intignano, *Que sais-je?* PUF, 2001.

3 Livre blanc, *op.cit.*

4 Inserm, *Inégalités sociales face à la santé*, sept. 2000.

5 Jean-François Girard, *Quand la santé devient publique*, Hachette, 1998. Docteur en médecine, l'auteur a été Directeur Général de la Santé publique.

6 Marie-José Imbault-Huart, *Hôpital : la réforme inévitable*, in *État-providence*, Folio actuel, le Débat, 1996.

La combinaison de la volonté d'autonomie du corps médical et des modes d'intervention archaïques de l'État a permis que se développe un système dont la régulation, comme on vient de le voir, est très imparfaite.

### **35.1.1.5 Des modes de régulation archaïques**

Premier constat, l'intervention massive de la Sécurité sociale n'a pas assuré une réelle coordination des divers moyens de soins. Un clivage existe souvent entre, d'une part, les médecins qui, ayant été reçus à l'internat, travaillent à plein temps dans les CHU et, d'autre part, les médecins de ville : il n'existe quasiment aucun lien entre l'hôpital et la médecine de ville ; lorsqu'un généraliste adresse un patient à l'hôpital il ne remet pas systématiquement le dossier à son confrère hospitalier et, même si le patient a effectué en ville une série d'exams, ceux-ci sont refaits à l'hôpital. (1)

Les cloisonnements du corps médical peuvent, pour certains patients, être à l'origine de contradictions thérapeutiques ; en tout cas, les intervenants risquent de perdre de vue le patient dans sa globalité. Les cloisons sont, aussi, un facteur de coût ; elles freinent, par exemple, l'extension de l'hospitalisation à domicile qui suppose une collaboration entre l'hôpital et le médecin de ville. Elles augmentent la consommation de soins.

Comme dans les autres éléments de notre puissante machine sociale, la gestion de la santé souffre d'un défaut majeur : un interventionnisme brouillon de l'État. On le repère dès l'hôpital où l'administration centrale, elle-même dotée de très peu de moyens, rend très difficile une gestion efficace en nommant les chefs de service et en pilotant la gestion du personnel qui représente l'essentiel des budgets hospitaliers.

« Depuis la fin des années soixante-dix, le système de santé français fait l'objet d'une gestion centralisée dont les instruments sont le rationnement quantitatif et les prix administrés. » (2) Carte sanitaire, budgets hospitaliers, fixation centralisée des prix des médicaments et des honoraires conventionnés, ces modes classiques de gestion administrative, mal adaptés à la complexité médicale et à la diversité des acteurs, ont été d'une faible efficacité. La santé publique française n'a pas vraiment participé à la grande novation dans le domaine de la gestion : la décentralisation des responsabilités.

Au niveau local, régional et national, des caisses d'assurance maladie existent bien mais l'État refuse de leur déléguer franchement la gestion des dépenses. Il a non seulement

1 Marie-Thérèse Joint Lambert, *op.cit.*

2 Michel Mougeot, *op.cit.*

gardé le contrôle des hôpitaux et du remboursement des médicaments, deux postes qui représentent les *deux tiers* des dépenses de santé, mais il interfère dans les négociations avec les médecins de ville quand il ne les conduit pas lui-même.

| <b>Consommation médicale française (1)</b> | milliards  | en %        |
|--------------------------------------------|------------|-------------|
| <i>1997, milliards de francs</i>           |            |             |
| Soins hospitaliers                         | 353        | 49 %        |
| Médicaments                                | 135        | 18 %        |
| Sous total                                 | <u>487</u> | <u>67 %</u> |
| Médecins de ville et dentistes             | 139        | 19 %        |
| Tous autres soins                          | 86         | 12 %        |
| Médecine préventive                        | 16         | 2 %         |
| Total                                      | 729        | 100 %       |

Certes, l'État est parvenu, de façon récurrente, à faire fléchir les dépenses de santé lorsque de nouvelles dispositions ont été en discussion ou mises en application mais, on a vu, aussi, que les dépenses recommençaient rapidement à dérapier allégrement, à l'occasion, notamment, des campagnes électorales où ont été tenus, à droite comme à gauche, des propos souvent démagogiques.

En 1995, le candidat Chirac, désireux de rallier le corps médical, avait rejeté tout projet d'une gestion plus rigoureuse de la santé. Dévoilé à l'automne de la même année, le plan Juppé, qui visait à contrôler les dépenses de santé, apparut à nombre de médecins comme une trahison. Lors des élections législatives du printemps de 1997, de nombreuses joutes triangulaires eurent lieu en raison du maintien des candidats du front national. Le mécontentement du corps médical joua un rôle non négligeable dans la défaite de la droite parlementaire.

Nous avons relevé qu'aucune pathologie n'étant totalement semblable à une autre, rares sont les soins standardisables. Mais de la spécificité des actes médicaux il ne faut pas induire que les dépenses de santé ne sauraient être gérées de façon rationnelle. Il est certain, notamment, que des actions collectives plus énergiques auraient pu améliorer l'état de maints patients tout en permettant une diminution des dépenses globales. Mais la santé publique a été négligée.

1 France, portrait social, INSEE, 1998.

## 35.1.2 La santé publique négligée

L'allongement de la durée de la vie humaine et l'efficacité des antibiotiques ont fait espérer que l'ère des épidémies, comme des énergiques mesures de santé publique qu'elles provoquaient, était close. La santé est devenue un droit pour les individus que l'État-providence se doit d'honorer. Mais comment y parviendra-t-il ? « La médecine doit agir sur des individus, elle n'est pas destinée à agir sur des collectivités, des peuples » cette affirmation de Claude Bernard (1) n'imprègne-t-elle pas, malheureusement, notre société et notre système de santé ?

### 35.1.2.1 Un parent pauvre

« La France dépense, chaque année, 1 400 euros (11 000 francs) par habitant pour les soins et 40 euros (250 francs) pour la médecine préventive » (2) (avant dernière ligne du tableau de la page précédente). Disciple de Claude Bernard, la France, qui, pourtant, est aussi le pays de Pasteur, n'a rendu la vaccination antivariolique obligatoire qu'en 1902, plus tard que la Bavière (1807), la Suède (1816), l'Italie (1859), l'Angleterre (1867), ou l'Allemagne (1874). En 1918, elle avait été l'un des pays les moins bien équipés pour lutter contre la grippe espagnole. Elle a tardé, aussi, dans les années récentes, à faire face à la toxicomanie ou au sida et on verra que le drame du sang contaminé résulte du fait que de nombreux acteurs ont négligé les impératifs de santé publique. En effet, les décès des hémophiles dus au virus du sida n'ont pas été provoqués par le seul comportement de quelques individus ; « il s'agit de la faillite d'un système tout entier. » (3) Voir le **graphique 6** en fin de document.

Lorsque l'État-providence a pris de nouvelles dimensions, les pouvoirs publics ne disposaient pas dans le domaine de la santé comme c'était le cas dans d'autres secteurs (forces armées, ponts et chaussées ou éducation) ni de moyens étoffés ni de fortes traditions. La « puissance publique » était et reste, en l'occurrence, faible. Les conséquences ont été parfois dramatiques. L'État connaissait les mesures qui, chez nous comme ailleurs, devaient assurer la sécurité des transfusions sanguines. Il s'avéra incapable de les faire appliquer. « La

1 Claude Bernard, *Pensées*, notes détachées.

2 Jean-François Girard, *op.cit.* Les derniers chiffres donnent des dépenses de santé de 200 euros (1300 francs) par mois et par citoyen.

3 Aquilino Morelle, *La défaite de la santé publique*, Forum Flammarion, 1996.

prévention est la parente pauvre de la politique de santé. » (1) Bien qu'en Europe la France vienne largement en tête du tabagisme, de l'alcoolisme et des accidents de la route combinés, les politiques menées face à ces grands fléaux, comme à la pollution due à l'automobile — qui provoquerait plus de morts que les accidents de la route (2) — ont été, en général, tardives, timides et mal appliquées.

Il est probable que la France, si conservatrice à maints égards, a une indulgence coupable pour des comportements de seigneur qu'elle juge virils : boire et fumer sans retenue, conduire à grande vitesse et chasser en toutes saisons. Est-ce un hasard si nous connaissons à la fois le plus d'accidents de la route et la plus faible représentation féminine au Parlement ?

En ne luttant pas assez énergiquement contre le tabagisme et l'alcoolisme on a été conduit à soigner des cirrhoses, des cancers des voies aérodigestives ou du poumon comme les conséquences corporelles des accidents de la route. De leur côté, les maladies nosocomiales contractées dans les hôpitaux provoquaient non seulement de très nombreux signalements d'accidents mais aussi des décès. (3) Dans ce dernier domaine des mesures ont été prises à la fois pour diminuer les cas d'infections et indemniser les victimes.

Certains, il est vrai, ont intérêt à la consommation du tabac ou de l'alcool : producteurs de ces substances, distributeurs, vendeurs de publicité et l'État lui-même qui encaisse de substantielles rentrées fiscales, même s'il doit régler, par ailleurs, des coûts bien supérieurs à ces recettes ; ceux du seul tabagisme ont été évalués à 14 milliards d'euros (90 milliards de francs) par an. (4)

### 35.1.2.2 Tabagisme et alcoolisme

La Loi Evin contre l'alcoolisme et le tabagisme allait-elle, en 1991, provoquer un grand tournant ? N'y avait-il pas urgence ? Si la France présente des taux de cancer chez les hommes nettement supérieurs à ceux qui prévalent chez nos voisins n'est-ce pas dû pour une bonne part au tabac et à l'alcool (5) ? Parmi ses nombreux mérites figure l'évaluation a posteriori de son application. Avec quelque retard celle-ci est intervenue en 2000. Elle constate

1 Jean-Pierre Camilleri, Institut Curie.

2 Étude de l'OMS sur l'Europe, 1999.

3 Bernard Kouchner, *op.cit.*

4 Rapport remis à la mission interministérielle contre la drogue et la toxicomanie, octobre 1999.

5 Rapport d'une mission sénatoriale, Calude Huriet et Lucien Neuwirth, juin 2001.

des progrès dans la lutte contre l'usage du tabac et, globalement, une baisse de sa consommation. Voir le **graphique 7**. Le cas est intéressant car, lorsqu'en 1976, Simone Veil, ministre de la santé, a lancé la première campagne de prévention, l'opinion ignorait les dangers du tabac ; les producteurs niaient son rôle dans les cancers des voies respiratoires. La loi Evin a supprimé la publicité relative au tabac, les prix ont été augmentés (une nouvelle fois, de 15 % en janvier 2003) et une interdiction de fumer dans les lieux publics, instaurée. Toutefois cette dernière est inégalement respectée. On fume encore dans maints hôpitaux ou établissements scolaires, notamment. Un médecin, n'est pas parvenu à ce que la cigarette soit interdite en réunion de ministres. (1)

Des mesures de prévention ont été édictées, tant en ce qui concerne le tabac que l'alcool, mais les moyens pour les appliquer font défaut. Les centres de sevrage sont rares. Finalement si, en 1997, 35 % des hommes étaient des fumeurs réguliers contre 47 % en 1980, dans le même temps, la proportion des fumeuses régulières est passée de 17 à 22 % (2) et cette consommation explique, pour une bonne part, que le nombre de cancers féminins ait presque doublé depuis vingt ans. Plus de la moitié des jeunes de 18 à 25 ans fument et l'augmentation de la pratique chez ces jeunes et chez nombre de très jeunes aura, demain, des conséquences graves sur la santé publique.

En ce qui concerne l'alcool, la France compte cinq millions de personnes que leur consommation expose à des problèmes d'ordre médical, dont plus de deux millions considérés comme alcoolo-dépendantes. Le coût social de l'alcoolisme pour la collectivité est estimé à 17 milliards d'euros (115 milliards de francs) par an. (3) Les enquêtes montrent que les Français sont encore peu sensibilisés aux méfaits de l'alcoolisme. Ils sont moins de 20 % à penser que l'alcool est la première cause d'insécurité routière.

Cependant l'évaluation de l'application de la loi Evin, en ce qui concerne l'alcoolisme, est des plus sévères. Elle constate d'abord qu'après le débat auquel la loi avait donné lieu, de façon subreptice et à la demande de nombreux parlementaires, les textes d'application l'ont vidé de sa substance. Elle considère que « le droit est presque plus « libéral » qu'avant la loi. » La publicité n'a pas fléchi, la distribution d'alcool dans les stades continue. En décembre 2002, le Parlement a voté un amendement d'un député UMP des

1 Bernard Kouchner, *op.cit.*

2 France, portrait social, INSEE, 1998.

3 *ibidem.*

Vosges, reportant à 2007 la fin du privilège des 450 000 bouilleurs de cru qui devait s'éteindre.

Comme pour le tabac, on note une recrudescence de la consommation d'alcool chez les jeunes, filles aussi bien que garçons. La lutte préventive contre l'alcoolisme, notamment chez les jeunes, semble donc tout à fait insuffisante et la visite médicale annuelle dans les lycées ne serait plus respectée. Les actions curatives ne sont également pas à la hauteur : les centres de soins spécialisés ne peuvent aider que 2 ou 3 % des alcooliques. Les ravages que le tabagisme et l'alcoolisme que nous venons d'évoquer ont un aspect social marqué. « le sida, la cigarette et l'alcool frappent beaucoup plus les familles défavorisées. » (1)

### 35.1.2.3 Aspects sociaux de ces fléaux

Des phénomènes relevant de la santé publique expliquent, pour une bonne part, le fait que la mortalité des ouvriers et employés soit nettement plus élevée que celle des cadres supérieurs et professions libérales ; elle la dépasse 4 fois en Bretagne. En effet, les décès prématurés des manœuvres sont autant liés à l'alcoolisme qu'à leur travail et le taux de mortalité élevé des hommes de 30 à 50 ans inactifs semble également dû, pour une part, à l'alcoolisme. (2) Celui-ci touche fortement ces deux groupes de personnes. Le nombre des manœuvres décroît rapidement et, avec lui, une des formes de l'alcoolisme ; l'alcoolisme des chômeurs, leur nombre ayant augmenté, s'est, lui, accru.

Ce n'est pas un hasard, par ailleurs, si la France est un des pays occidentaux qui connaît à la fois un nombre élevé d'accidents de la route et une forte consommation d'alcool. Claude Got (3) montre que la corrélation est étroite entre les deux phénomènes et que la présentation des statistiques des accidents la minimise ; en réalité, la moitié des conducteurs à l'origine des accidents a un taux d'alcoolémie excessif. Les vendredis et samedis soir ou la nuit **l'alcoolémie s'avère positive dans deux accidents mortels sur trois.** (4) L'alcool au volant frappe notamment les jeunes :

| <b>Morts dues à l'automobile (5)</b><br><i>pour 100 000 habitants</i> | Suède | France |
|-----------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| Ensemble de la population                                             | 7     | 13     |

1 Bernard Kouchner, *op.cit.*

2 Claude Got, *op.cit.*

3 Claude Got, *op.cit.*

4 Étude publiée par la *Revue du praticien-Médecine générale*, 25 novembre 2002.

5 Alexandre Jardin, *1 + 1 + 1...* Grasset, 2002.

Nous avons dépensé des milliards pour minimiser « le risque potentiel de la maladie de la vache folle qui, en France, a frappé six fois les humains et nous laissons mourir près de 9 000 accidentés de la route par an. » (1) Au total, largement à cause de ces accidents et des conséquences sur la santé de l'alcool et du tabac — les effets de ces deux produits font plus que se juxtaposer, ils se combinent entre eux — la France se distingue des pays voisins par une forte surmortalité des hommes âgés de 15 à 59 ans.

« Les habitudes de vie participent à la genèse de la majorité des cancers et, malgré les données épidémiologiques, les efforts de prévoyance déployés sur le terrain semblent voués à l'impuissance. » (2) « 98 % des malades atteints de cancers des voies aérodigestives sont des fumeurs ou ex-fumeurs. Fumer 20 cigarettes par jour depuis 20 ans augmente de 10 fois le risque de cancer. » (3) Pourtant, à la Direction générale de la santé, une seule personne est en charge du suivi du plan anti-cancer.

Si notre système de soins ne s'est attaqué qu'avec un grand retard et de façon insuffisamment énergique à la toxicomanie, à l'alcoolisme, au cancer ou aux accidents de la route, que dire de la façon dont il aura longtemps traité la toxicomanie et l'épidémie de sida ?

#### 35.1.2.4 Toxicomanie et sida

La loi de 1970, votée par un Parlement élu après la grande peur de mai 1968, loin de favoriser le traitement médical de la toxicomanie a, d'abord, organisé sa répression. La détention d'une seringue devenant une « présomption d'usage », leur utilisation multiple s'est répandue et le virus du sida s'est développé. Cette loi a eu pour conséquence de peupler les prisons de toxicomanes — la moitié des détenus ont des difficultés avec l'alcool ou les drogues illicites (4) — ce qui contribuera à ce que le sang collecté en vue des transfusions soit contaminé.

Il a fallu attendre 1987 pour qu'un décret autorise la vente libre en pharmacie des seringues. Les pouvoirs publics et le corps médical ont, ensuite, tardé à admettre et prescrire les produits de substitution aux drogues dures. Cependant, « avant 1996 la majorité des

1 Bernard Kouchner, *op.cit.*

2 Jean-Pierre Camilleri, Institut Curie.

3 *Comprendre et Agir*, n°55, Institut Curie.

4 Nicole Maestracci, ancienne Présidente de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, *Observatoire international des prisons*, novembre 2002.

médecins était opposée à la substitution. » (1) Ces produits de substitution permettent aujourd'hui à près de 100 000 toxicomanes de rétablir des relations avec autrui et, notamment, avec des médecins généralistes. Il est en outre probable qu'il existe un lien entre la nouvelle pratique et la chute, depuis 1995, des deux tiers des infractions relevées à la loi sur les stupéfiants. (2)

Ainsi, laisser les médecins faire face, individuellement, à des phénomènes sociaux tels que la toxicomanie ou le sida a été une grave lacune de la santé publique française. La lutte très insuffisante contre la pollution de l'eau par l'agriculture ou de l'air par l'automobile en a constitué une autre. Qu'Hygiène, soit traitée en parente pauvre, coûte très cher aux individus comme à la collectivité.

### 35.1.2.5 Pauvre Hygiène

Si la santé-providence abuse des soins dispensés à une partie de la population, la portion de la santé publique est vraiment congrue. 2 % seulement des dépenses de santé sont consacrés à la prévention et, notamment, à la connaissance de la situation sanitaire : l'épidémiologie (au sens large qu'elle a pris) qui est la base indispensable à toute action publique, n'a pas été assez poussée.

L'obésité infantile vient d'être qualifiée d'épidémie par l'INSERM. Le pourcentage d'enfants obèses de 5 à 12 ans serait passé de 5 % dans les années quatre-vingt à 15 % aujourd'hui. Or, l'obésité provoque nombre de maladies graves, d'ordre cardio-vasculaire notamment. Elle est donc bien un sérieux problème de santé publique. Et, à nouveau, « qui grossit le plus dangereusement ? Les plus démunis, les plus pauvres, les moins éduqués. » (3) Autre exemple : une expertise de l'INSERM évalue entre 150 000 et 200 000 le nombre d'enfants exposés au risque du saturnisme ; 85 000 seraient intoxiqués mais moins de 5 % auraient été repérés. (4) Négligée est aussi la médecine du travail. On a beaucoup parlé de l'amiante mais les éthers de glycol qui servent de solvants dans de nombreux produits tels la peinture sont extrêmement toxiques sans que des précautions suffisantes soient prises par ceux qui les manipulent. « Le ministère de la santé ne peut rien faire, » (5) la médecine du

1 Nicole Mastracci, source citée.

2 Rapport au ministre de la santé sur l'accès à la méthadone en France, mars 2002.

3 Bernard Kouchner, *op.cit.*

4 Médecins du monde, juin 2002.

5 Bernard Kouchner, *op.cit.*

travail ne lui est pas rattachée, anomalie comparable à celle qui existait jadis pour les médecins des prisons. Cependant la société moderne, si elle soigne globalement mieux, génère nombre de pathologies, celles qui sont liées au stress par exemple (1).

Notre société aura également beaucoup tardé à aider les parents d'enfants handicapés, notamment lorsque ceux-ci deviennent majeurs. L'arrêt de la Cour de cassation, dit arrêt Perruche, a provoqué de vifs débats. On peut d'ailleurs se demander si son but n'était pas de nous alerter sur une carence collective.

**« D'un côté nous tirons sans compter sur les ressources de la Sécurité sociale ; de l'autre une partie de moins en moins marginale de la population subit les conséquences redoutables du chômage et de la pauvreté. »** (2) Quand on observe divers pays — diverses sociétés — du monde occidental, on voit à l'œuvre des phénomènes cumulatifs. Chez les uns, comme la Suède ou le Japon, la différence des revenus entre classes sociales est relativement faible et la politique de la santé bénéficie à la quasi totalité de la population ; l'espérance de vie à la naissance y est la plus forte et la plus homogène. *A contrario* les États-Unis se classent très mal. (3) La France se rapproche des États-Unis et, dans le domaine de la santé comme dans celui de l'éducation, des services publics font plus qu'entériner les différences sociales ; ils les renforcent.

## 35.2 Les blocages

Pendant les « trente glorieuses » la croyance des citoyens qu'en matière de santé tout était possible paraissait justifiée. La croissance permettait de financer l'amélioration de l'état de santé des Français que chacun pouvait constater. Puis, à partir de 1970, la Sécurité sociale et sa branche maladie devaient connaître dix-sept plans de rééquilibrage de leurs finances : un tous les dix-huit mois en moyenne. Ces plans, manœuvrant les diverses manettes des recettes et des dépenses ne sont pas parvenus à moderniser l'organisation du système de santé et ses graves dysfonctionnements — coûts non maîtrisés et caractère peu social — ont persisté. Comme on ne réforme pas par décret une société qui comporte tant de blocages, rien de

1 Entre autres travaux, voir ceux du Dr Dejours, directeur du laboratoire de psychologie du Conservatoire National des Arts et Métiers.

2 François Stasse, in *État-providence*, Folio actuel, le Débat, 1996. François Stasse a été Directeur Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

3 Jean de Kervasdoué, in *Notre État*, Roger Fauroux et alii, Robert Laffont, 2001.

significatif ne se fera, sans doute, sans l'appui de l'opinion et l'évolution des conceptions ainsi que des comportements ; de ceux du corps médical au premier chef.

### 35.2.1 Le corps médical

Ni le cursus des médecins ni leur mode de rémunération ne semblent adaptés à un système de santé que les Français ont, jusqu'ici, considéré comme étant finalement de la responsabilité de la nation.

#### 35.2.1.1 La formation des médecins

La formation et la sélection des médecins sont bien conformes au « modèle français ». Si le concours — clef, l'internat, se passe à un âge plus tardif qu'à l'X ou à l'ÉNA, il reste trop précoce pour pouvoir tester les qualités humaines de futurs « patrons ». En outre, les matières utilisées dans les sélections, telles les mathématiques — « Je n'ai pas obtenu que cesse la stupide sélection des étudiants en médecine par les mathématiques qu'ils n'emploieront jamais » (1) — ont peu de rapport avec l'exercice de la médecine par la grande majorité des praticiens. Testant surtout les acquis abstraits de jeunes en phase d'apprentissage, elles valorisent, comme dans nos Grandes Écoles, une lutte solitaire ce qui convient mal à une profession au caractère social si marqué. En outre « avec ce système, les généralistes, pivots du système de santé, étaient sélectionnés par l'échec à un pseudo concours. » (2) La logique des grands corps s'imposant, en forçant le trait, on a pu dire que « les généralistes sont des spécialistes qui n'ont pas été reçus au concours. » (3) La réforme des études médicales, annoncée en octobre 2001, devrait permettre, en première année, d'établir une culture commune aux diverses professions médicales et soignantes. La médecine générale va devenir, en 2004, une spécialité.

La stratification des médecins qui résulte des sélections ne facilite pas leur coordination et, comme dans toute la société française, les classements prématurés, sont contradictoires avec la nécessité de formations continues alors que la science médicale progresse à vive allure. Certes des revues médicales de qualité permettent à leurs abonnés de se mettre à jour mais tous les praticiens ne le font pas. Compte tenu de leurs responsabilités, il ne serait

1 Bernard Kouchner, ancien ministre de la santé, *Le premier qui dit la vérité*, Robert Laffont, 2002.

2 Bernard Kouchner, ancien ministre de la santé, *Le premier qui dit la vérité*, Robert Laffont, 2002.

3 Jean de Kervasdoué, *op.cit.*

pas choquant que leur « permis de soigner » soit remis en cause périodiquement comme on le fait pour les pilotes de ligne et les capitaines de navire. Au demeurant, l'OCDE recommande une évaluation périodique des médecins et leur réaccréditation.

### 35.2.1.2 Les rémunérations des médecins

L'internat n'induit pas, par lui-même, une rémunération élevée ; internes et chefs de clinique des hôpitaux sont fort mal rémunérés et, « en ville », leurs confrères auront, en moyenne, un revenu supérieur. Cette faible rémunération des médecins hospitaliers a, de son côté, des conséquences néfastes. Elle pousse à la fois au système, fort discutable, du secteur privé au sein des hôpitaux publics (1) et à l'exercice en ville, à temps partiel, par des médecins hospitaliers qui peut nuire à une bonne gestion de l'hôpital.

Nette de frais, la rémunération annuelle d'un généraliste serait, en moyenne, de 51 000 euros par an, celle d'un spécialiste de 67 500 euros et jusqu'à 150 000 pour un radiologue. (2) Le **graphique 8**, qu'on trouvera en fin de document, retrace l'évolution des rémunérations moyennes des médecins. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que, majoritaires en nombre en 1987, les généralistes soient devenus minoritaires, et que la proportion de femmes, chez les généralistes se soit accrue.

On peut se demander si la généralisation du tiers payant, pratique commune en Europe, ne serait pas logique dans un pays où les citoyens souhaitent que la santé soit, pour l'essentiel, prise en charge par la collectivité : par leurs cotisations, les assurés n'ont-ils pas « déjà payé » ? Or elle suscite l'opposition des médecins qui la perçoivent comme un préalable, informatif aidant, au contrôle de leurs actes et à l'évaluation de leur pratique, lesques pourraient avoir des incidences sur leurs revenus. Trois ans après son entrée en service, la carte vitale n'était utilisée que par une minorité de médecins.

On a pu affirmer que les médecins « acceptent les bénéfices de la socialisation sans en tolérer les contraintes. » (3) « Si les médecins français ont toujours accepté l'argent des assurés sociaux, ils n'ont jamais voulu rendre des comptes aux caisses d'assurance-maladie ; elles ne sont pas, pour eux, légitimes. Procès, recours, non-signature des conventions, désobéissance administrative, retard dans l'informatisation des cabinets médicaux, procédures

1 Livre blanc, *op.cit.*

2 Béatrice Majnoni D'Intignano, *Commentaire*, printemps 2 002.

3 Jean de Kervasdoué, *op.cit.*

dilatoires pour retarder le codage des actes et des pathologies... tout est bon. » (1) Les nombreux rapports qui ont traité des pratiques médicales françaises soulignent leur caractère individualiste. Faut-il croire, avec un médecin, ancien ministre de la santé, qu'« avec la Justice, le plus traditionaliste des métiers est sans doute la médecine » ? (2)

La collectivité paye l'essentiel de la note, mais les médecins ne l'aident guère à savoir si elle en a « pour son argent ». En réalité, n'y a-t-il pas une contradiction fondamentale entre le « colloque singulier » et une prise en charge des coûts par la collectivité dès lors que celle-ci se veut économe ? Le libre choix du médecin et le *paiement à l'acte*, pratiques dominantes dans notre système de soins, sont-ils compatibles avec le tiers payant ? Il est frappant de voir qu'en quelques années les États-Unis, dans le cadre d'une gestion privée attentive aux coûts, ont renoncé à ce mode de rémunération et salarié la majorité de leurs médecins.

Ne devons-nous pas nous interroger sur une pratique dans laquelle médecin et patient s'isolent en se référant à l'éthique de leur choix mais où, néanmoins la collectivité publique ou privée (par le biais d'une mutuelle ou d'une compagnie d'assurance) couvre l'essentiel des frais ?

### 35.2.1.3 Des pratiques citoyennes ?

Si les pratiques médicales évoluent, « la profession ne s'est pas réellement organisée pour diffuser, à travers des conférences de consensus, les stratégies thérapeutiques ou diagnostiques ayant le coût le moins élevé. Ces conférences n'ont pas encore obtenu l'impact favorable qu'on est en droit d'attendre ». (3)

En outre, comme tous les Français, nos médecins répugnent à se syndiquer alors que leur profession est conduite à dialoguer en permanence avec la collectivité qui la finance ; les négociations, indispensables, entre médecins et organismes de financement ne peuvent pourtant se réaliser que par le truchement de représentants. Elles se déroulent, aujourd'hui, dans de mauvaises conditions. Les médecins sont représentés par trop de syndicats antagonistes au faible nombre d'adhérents. Certains d'entre eux refusent le dialogue, l'interlocuteur étant, il est vrai, assez indéterminé : l'État ou la Caisse maladie ?

Cependant, l'opinion publique évolue. Dans la société actuelle, le « Docteur », celui qui sait, n'a plus l'aura qui fut la sienne. Nombre de citoyens, mieux éduqués que jadis, le

1 Jean de Kervasdoué, in *Notre État*, *op.cit.*

2 Bernard Kouchner, *aop.cit.*

3 Livre blanc, *op.cit.*

savent faillible et les poursuites en justice, même si elles sont peu nombreuses, pèsent désormais comme une menace. Inquiets, pour se protéger, les médecins sont tentés de s'entourer d'un luxe de précautions qui sont d'ailleurs un nouveau facteur de coûts. L'affaire du sang contaminé a accéléré ces évolutions : « une sorte de séisme culturel a secoué des experts qui planaient dans l'euphorie du progrès ; ils ont compris que leurs connaissances et leurs pratiques devaient être utilisées avec modération. » (1). Cette même affaire a révélé de graves dysfonctionnements au sein des organismes étatiques.

### 35.2.2 L'État

C'est dans une grande confusion que l'État a, le plus souvent, conduit la politique de la santé. Il a multiplié les mesures sans être parvenu à définir clairement les responsabilités des différentes institutions et acteurs. Simone Veil avait obtenu la tutelle conjointe de la santé et de la Sécurité sociale mais cette articulation, logique, n'a pas été constante.

Déléguant fort peu et contrôlant mal, l'État dans ses échelons les plus élevés, se mêle de tout. Dans la crise du sang contaminé, l'inculpation de Laurent Fabius s'est révélée injustifiée mais était-il raisonnable que notre centralisme maladif ait permis à Matignon de s'intéresser à un test de dépistage du virus du sida ?

En novembre 1995, Alain Juppé a voulu mettre les choses en ordre en présentant un vaste plan d'ensemble. Rappelons — en les grandes dispositions :

- vote annuel par le Parlement sur l'équilibre prévisionnel des recettes et dépenses des régimes de base de la Sécurité sociale ;
- réforme des conseils d'administration des caisses et de leurs relations avec l'État ;
- transfert progressif d'une partie des cotisations maladie sur une CSG élargie ;
- création d'agences régionales chargées de gérer les crédits ;
- contractualisation des relations entre agences régionales et hôpitaux ;
- accréditation et évaluation des services hospitaliers ;
- coordination, au plan local, entre hospitalisation publique et privée ;
- mise en place d'un dispositif d'ajustement automatique des rémunérations des médecins en fonction du respect des objectifs ;
- renforcement des « références médicales opposables » ;
- incitation à consulter un généraliste avant un spécialiste ;

1 Claude Got, *op.cit.*

- codage des actes et des pathologies ;
- incitation à l'usage de médicaments génériques ;
- carnet de suivi médical.

Ce plan, voyant haut et large, comportait d'excellentes mesures. Il avait malheureusement été préparé dans le secret et, loin d'être appuyé par l'opinion publique, il affronta l'opposition d'une large part de celle-ci, encouragée, non sans démagogie, par certains leaders syndicaux ou politiques. Un grand nombre de dispositions du plan sont restées en vigueur mais, souvent, de façon plus formelle que réelle. Le Parlement vote bien un budget de la santé mais sans discuter la politique qu'il traduit en chiffres et sans mettre en place de vrais moyens de pilotage. Et quand il prévoit une hausse des dépenses dans l'année de 3 % elle atteint 6 % !

Les défauts du « management » public sont évidents lorsqu'on observe les relations qu'il entretient tant avec les hôpitaux qu'avec les caisses maladie.

### **35.2.2.1 L'État et les hôpitaux**

L'hôpital public typique emploie entre 500 et 1 000 personnes et dispose d'un budget annuel d'une centaine de millions d'euros (plusieurs centaines de millions de francs). C'est une entité qui devrait être gérable mais les interventions de l'État, dont les responsables ont une expérience souvent limitée et parfois nulle de la gestion, ont tout fait pour qu'il n'en soit pas ainsi.

L'hôpital public a un conseil d'administration mais c'est le Ministère de la santé qui désigne son directeur. Bien que nommé par l'État, celui-ci ne choisit pas les chefs de service dont les larges pouvoirs limitent les siens. C'est le Ministère qui y procède. Pire, ce n'est pas nécessairement le ministre de la santé qui décide mais, lorsqu'il en a un, son tuteur : le (ou la) ministre des affaires sociales (ou de la solidarité). Les désignations des responsables hospitaliers et, à Paris, de ceux de l'énorme machine de l'Assistance publique — 90 000 salariés — sont devenues des enjeux politiques. Les chefs de service, une fois désignés, demeurent presque inamovibles (bien qu'ils ne soient plus nommés désormais que pour une période de 5 ans).

Si l'on avait voulu rendre impossible une bonne coordination au sein d'un hôpital, on ne s'y serait pas pris pas autrement. Ces pratiques, contraires aux règles les plus élémen-

taires de gestion, favorisent notamment « un sur dimensionnement de la capacité de presque tous les services médico-techniques et, à moindre degré, des services cliniques. » (1)

De son côté, le Président du conseil d'administration, le plus souvent maire de la ville, est peu enclin à une gestion économe de l'hôpital qui est généralement le premier employeur de l'agglomération. De surcroît, répétons-le, le conseil qu'il préside n'a pas nommé le directeur.

Depuis que les salariés des hôpitaux ont été quasiment assimilés à des agents de la fonction publique, l'État a la haute main sur les grands paramètres de la gestion du personnel : rémunérations et effectifs, c'est-à-dire sur plus de 75 % du budget des hôpitaux. Ainsi, pendant l'été 1992, fut imposé aux hôpitaux publics le recrutement de salariés supplémentaires et l'application des 35 heures aux services hospitaliers a atteint un *summum*. Le gouvernement de Lionel Jospin avait longtemps pensé que la loi ne s'appliquait pas au secteur public (des enquêtes montraient qu'une grande partie du secteur public travaillait moins de 35 heures) — voir le chapitre 32. Mais les syndicats de personnel hospitaliers ont rappelé que tel n'était pas le cas dans nombre de services et ils ont obtenu que la loi s'applique. Or,

- maints postes n'étaient pas pourvus : Jean-François Mattéi, ministre de la santé, devait constater que 1 500 postes de médecins et 10 000 à 12 000 postes d'infirmières étaient vacants (à 2 000 près le ministre n'a pu être précis.) ;
- la démographie médicale laissait prévoir, dans les années proches, le départ en retraite de nombreux soignants.

On peut se demander si les 35 heures n'ont pas provoqué, par leur brutalité, une véritable fracture dans un organisme qu'il aurait fallu traiter en souplesse et de manières diverses ? (2) « En imposant des horaires on a pétrifié les rapports humains (..) Notre erreur de méthode a été profonde, la plaie sera longue à cicatriser. » (3) Généralement prompts à répondre aux demandes des patients, certains hôpitaux publics imposent désormais des délais à des examens ou interventions, délais qui paraissent insupportables aux patients.

Et le coût va être gigantesque. En 2002, Jean-François Mattéi a repris à son compte l'engagement pris par Martine Aubry de créer 45 000 emplois dans la fonction publique hospitalière et 3 500 postes de médecins en trois ans. (4) Les médecins de ville, dont les

1 Jean de Kervasdoué, *op.cit.*

2 Jean de Kervasdoué, *Le Monde*, 19 juillet 2002.

3 Bernard Kouchner, *op.cit.*

4 Interview au *Monde*, 100 septembre 2002.

honoraires n'avaient pas été relevés depuis longtemps, ont vu dans l'application des 35 heures aux hôpitaux une raison supplémentaire d'exiger des revalorisations.

### 35.2.2.2 Le paritarisme français en question

La gestion paritaire assurée par les représentants des salariés et des employeurs, conçue pendant la Résistance et qui avait abouti, dès 1947, à la création du régime de retraite des cadres, a représenté un progrès considérable dans un pays où les corps intermédiaires sont faibles et où la pratique de négociations entre employeurs et salariés, aboutissant à des compromis, est limitée. Permettant la mise en œuvre des contrats collectifs — instruments précieux, situés entre la loi et le contrat individuel — le « paritarisme » assure aux réalisations relevant du domaine *social* une certaine autonomie par rapport au pouvoir *politique*. Malheureusement la légitimité de la gestion paritaire a été mise en cause, celle de son fonctionnement comme celle de la représentativité de ses acteurs.

Il était paradoxal que les patrons, familiers du statut du PDG, demeurent membres d'un conseil d'administration qui ne désignait ou ne révoquait pas le Directeur Général. Nomination et limogeage, comme on l'a vu encore en 2002, figurent parmi les multiples formes de l'ingérence de l'État ; c'est également lui qui arrête le montant des cotisations et des prestations ; lui, encore, qui impose aux « caisses » de verser aux hôpitaux les sommes correspondant aux budgets arrêtés par le ministère ; lui enfin, qui valide les sanctions financières visant les professions de santé. Le CNPF/MEDEF a fini par s'élever contre les absurdités de la construction : « si c'est l'État qui gère tout, les partenaires sociaux sont assis là comme des potiches. » (1)

L'assurance-maladie relève-t-elle vraiment du domaine de l'entreprise ? La question se pose à une époque où les individus sont de plus en plus soucieux de leur autonomie par rapport aux institutions. On soulignera aussi la contradiction qui peut se manifester entre la mobilité professionnelle et l'intérêt que présente le recours continu à un même médecin généraliste. Restent deux réalités : d'une part, pour de très nombreux salariés, le choix de la mutuelle qui complète les prestations de la Sécurité sociale est opéré au sein de l'entreprise à laquelle appartient le salarié ; d'autre part si l'on croit, comme les auteurs de ce site, que les personnes aux revenus les plus élevés devraient s'assurer contre le risque maladie, elles auront intérêt à le faire dans le cadre d'un contrat collectif et non individuel de façon à avoir du poids vis-à-vis d'organismes généralement puissants et volontiers bureaucratiques.

1 Le Président du CNPF, 28 juin 1998.

Reste qu'au plan national, pour gérer la CNAM, la représentativité des syndicats de salariés est devenue problématique : non seulement ceux qui détiennent les sièges d'administrateurs ont peu de militants et d'adhérents, mais leurs mandats n'ont pas été renouvelés depuis plus de quinze ans. Au mois de mai 2000, la CFDT a d'ailleurs proposé une refonte des règles de représentativité syndicale ; la Cgt s'est ultérieurement ralliée s'est ralliée à ce vœu. Enfin, l'importance croissante de la fiscalité dans le financement de la maladie et la part déclinante des cotisations constituent des raisons supplémentaires de remettre en cause le paritarisme dans le domaine de la maladie.

### 35.2.2.3 L'État et les caisses maladie

« Les ordonnances de 1995 (Plan Juppé, voir plus haut) abandonnent (en principe) la tutelle tatillonne de l'État sur la gestion des caisses à qui elles reconnaissent, dans le cadre des dépenses votées, une véritable autonomie. Ces beaux principes volent en éclats dès l'été 1998 quand Martine Aubry décide et annonce des mesures d'économie, empiétant sur les nouvelles prérogatives de la CNAM. » (1) En menant elle-même des discussions tarifaires avec les radiologues, la ministre, a confirmé sa volonté d'assurer la gestion directe de la santé, y compris dans le domaine restreint confié à la CNAM même si on peut douter de l'efficacité de cette frénésie.

En réalité, tandis que le secteur privé décentralisait énergiquement, c'est une « silencieuse et profonde étatisation de notre système de santé » (2) qui a eu lieu. La raison en est simple : la santé publique était sous-administrée et nos « responsables », combinaison de hauts fonctionnaires et d'hommes politiques anciens fonctionnaires, en majorité sortis de grandes écoles, l'ont renforcée. Ils l'ont fait comme ils savent le faire : de façon jacobine. La « nationalisation » des personnels hospitaliers, elle-même si conforme au « modèle français », illustre parfaitement cette politique. On a souligné qu'elle était un obstacle dirimant à toute gestion responsable des hôpitaux.

Ainsi, l'État n'a su présider à un partage fonctionnel des responsabilités entre lui-même et les partenaires sociaux — responsables théoriques de la CNAM — les régions ou les hôpitaux. Cependant ses propres règles budgétaires — sans comptabilité analytique ni patrimoniale — et statutaires — sans délégations franches ni équipes autonomes — ne conviennent pas aux exigences d'une gestion moderne, notamment dans un secteur comme

1 Jean de Kervasdoué, *op.cit.*

2 Jean de Kervasdoué, in *Notre État, op.cit.*

celui de la santé où les progrès et donc les changements sont rapides et les actes peu standardisables. L'État s'est également montré incapable de conduire une politique du personnel digne de ce nom, recrutement et formation notamment. Il n'a pas réussi à généraliser les évaluations. Celles-ci sont encore rares. « On refuse encore de comparer les résultats des différents services de cardiologie et de neurologie ; seule la presse le fait. » (1)

Certes, les caisses maladie ont le droit de contester le remboursement d'actes médicaux qui s'écartent des « références médicales opposables » définies par une Agence nationale. Il en va de même des prescriptions de médicaments si elles ne sont pas conformes aux recommandations de *l'Agence du médicament*. Mais ces mesures n'ont emporté l'adhésion ni des citoyens ni du corps médical et, jusqu'ici, elles semblent n'avoir eu qu'une portée limitée.

On notera soigneusement cette observation récente de Jean de Kervasdoué : il y a moins de dix ans États-Unis et Canada consacraient à peu près la même fraction de leur PIB à la santé et la proportion de personnes non couvertes par une assurance-maladie était voisine dans les deux pays. Au cours des dernières années, le Canada a mené une politique systématique de décentralisation de la gestion de la santé. Il a pu, par une amélioration de la gestion compenser les facteurs d'alourdissement de la dépense. Les États-Unis, au contraire, ont vu leurs dépenses augmenter très fortement tandis que la proportion de personnes non assurées s'accroissait.

Loin d'imiter les Canadiens, notre État a marché à contre-courant des tendances les plus constructives de notre époque : compter sur un niveau d'éducation plus élevé des intervenants pour leur faire confiance, déléguer et contrôler *a posteriori*, notamment dans le cadre d'évaluations.

#### **35.2.2.4 Concurrence entre organismes de financement ?**

Comment remplacer la combinaison boiteuse, qui est la nôtre, d'un paritarisme défaillant, d'un État faible mais touche-à-tout et d'un corps médical peu enclin à accepter des disciplines ? Nos voisins présentent une grande variété de solutions depuis le système national anglais qui tend aujourd'hui à une gestion déconcentrée de la prestation des soins jusqu'à celui des Hollandais qui laisse à l'assuré le choix de l'organisme de financement auquel il s'affilie.

1 Bernard Kouchner, *aop.cit.*

Devons-nous miser, comme l'a préconisé le MEDEF, sur une concurrence entre des organismes de financement de la santé, eux-mêmes contrôlés par ces mutuelles que les Français utilisent déjà ou par des compagnies d'assurance privées ? On ne peut oublier que le métier d'assureur est de sélectionner les risques rentables alors que les Français souhaitent être égaux devant la maladie. Pour résoudre cette contradiction les Pays-Bas imposent des normes et des contrôles stricts qui limitent le rôle de la concurrence.

Les États-Unis, où au contraire la concurrence règne, constituent un exemple qui n'est guère convainquant. Les deux défauts de notre système, l'abus de soins par certains et l'exclusion d'autres — voir le **graphique 9** — sont accentués et non réduits. Les coûts sont très élevés en raison tant de l'action commerciale menée par les « financeurs » que de la minutie des contrôles qu'ils exercent. En effet, « que nos chantres de la médecine libérale tournent leurs regards vers les États-Unis : ils y verront des médecins encadrés, contrôlés par des assurances privées, ô combien plus coriaces que notre bonne assurance maladie ; ils y verront des praticiens rémunérés sur la base de la capitation et non sur le sacro-saint paiement à l'acte. » (1)

Sans avoir tranché toutes ces questions au fond, on a vu un gouvernement socialiste faire un pas dans la voie du financement privé. La loi sur la CMU a, en effet, fait participer mutuelles et compagnies d'assurance à la mise en œuvre de la loi et à son financement. Il est vrai que l'État avait besoin de leur concours pour boucler le financement de la nouvelle loi. Ce faisant il a un peu plus embrouillé une situation déjà très confuse.

### 35.2.2.5 L'État et les médecins

Toute évaluation, en médecine de ville comme dans les établissements hospitaliers publics ou privés, suppose des indicateurs corrects de la production. À cet égard, les « programmations médicalisées des systèmes informatiques » (PMSI) (2) pourraient constituer un progrès sensible pour le milieu hospitalier. Les PMSI, dont le coût n'est pas négligeable, sont complexes et leur utilisation généralisée impliquera une formation importante du corps médical et des personnels soignants.

Il est, certes, facile de mettre en évidence les imperfections initiales de tels systèmes d'aide à la décision, mais elles ne sont pas réhivitoires. Ces dispositifs ont besoin d'être

1 Aquilino Morelle, *op.cit.*

2 Voir l'Annexe 1 qui décrit les PMSI

rodés avec le concours d'utilisateurs bien disposés à leur égard. Il ne faut pas non plus leur demander plus qu'ils ne peuvent donner : ils ne sauraient se substituer à l'esprit critique du praticien ou du contrôleur.

### 35.2.3 L'exemple du sang contaminé

Le drame du sang contaminé (1) a, malheureusement, illustré les défauts de notre système de santé : l'abus de soins, la faiblesse de l'État régulateur, le comportement condamnable de médecins. « Les cliniciens et les spécialistes de l'hémobiologie faisaient la loi en leur âme et conscience et, sans parler de contrôle, refusaient toute instruction ! » (2) Tandis que l'opinion passait d'une résignation désabusée à la vindicte, les parents des victimes, au-delà d'une indemnisation forcément insatisfaisante, cherchaient à comprendre comment on en était arrivé là. Oui, comment la France a-t-elle pu connaître des taux de sida dus aux transfusions plus de trois fois supérieurs à la moyenne européenne, 8 fois plus élevés qu'en Allemagne, 16 fois plus qu'en Grande-Bretagne ?

#### 35.2.3.1 Le processus

Point de départ : la France, pratiquant la transfusion sanguine de façon plus large que les pays voisins et n'ayant recouru que tardivement à l'auto-transfusion, avait besoin de beaucoup de sang. On fut donc à la recherche de donneurs ; de beaucoup de donneurs. On ne put se montrer trop exigeant à leur égard. Encouragée par des circulaires du Centre national de la transfusion sanguine, CNTS, la quasi totalité des centres de collecte ne pratiquera pas de façon rigoureuse la sélection clinique des donneurs — combinaison d'exams et d'interrogatoire — qui eut été normale. De plus, on aura recours à deux sources de collecte particulièrement dangereuses : les prisons, peuplées, on l'a vu, de toxicomanes infectés par le VIH, et les rues de Paris. Ces deux collectes, n'ont représenté que 2 % du sang collecté en 1985 mais ont été responsables de 40 % des contaminations.

Lorsque les premières craintes apparurent on ne modifia pas la technique de préparation des lots de sang, le « poolage ». Elle consiste à mélanger, de façon industrielle, des sangs d'origines diverses. Cette pratique a des avantages qui expliquent son emploi mais elle multiplie les risques de contamination. Ce n'est plus le sang d'un donneur infecté qui est

1 Le passage qui suit résume le livre d'Aquilino Morelle, *La défaite de la santé publique*, op. cit.

2 Jean de Kervasdoué, in *Notre État*, op.cit.

dangereux mais les lots résultant de la mise en pool. Pour parer au danger il eut fallu soit réduire le nombre de contributions mises en pool soit revenir à des solutions moins confortables pour les personnes transfusées mais beaucoup plus sûres. Ni l'une ni l'autre de ces mesures ne fut appliquée de façon systématique.

À la fin de 1984 on découvrit, d'une part, qu'il était possible, par des tests appropriés, de détecter le virus dans un lot de sang et, d'autre part, de l'éliminer en chauffant les produits sanguins. En France, le CNTS, association qui tentait de suivre une logique d'entreprise, avait le monopole de l'importation des produits chauffés. Mais il devait amortir son usine de poolage des Ulis et écouler des stocks contaminés s'il ne voulait pas afficher des pertes importantes.

Dans le même temps — derniers mois de 1984 et début de 1985 — l'Institut Pasteur travaillait à la mise au point d'un test de dépistage du VIH. Ayant quelques mois de retard sur son concurrent américain Abbott, il parvint à faire jouer des réflexes carrément protectionnistes. En toile de fond, il est vrai, les Américains contestaient, parfois avec une totale mauvaise foi, l'antériorité des découvertes du VIH par le professeur Montanier et son équipe de l'Institut Pasteur.

Au printemps de 1985, on différa ainsi de plusieurs mois la mise en œuvre de mesures essentielles :

- l'arrêt du poolage industriel et l'importation de produits sanguins chauffés, deux mesures qui auraient coûté cher au CNTS ;
- l'emploi systématique de test de dépistage quitte, là aussi, à recourir à l'importation et à gêner l'Institut Pasteur.

Il en résultera, pendant ces mois, des contaminations mortelles qui auraient dû être évitées. Elles n'ont donc résulté ni de la fatalité — les taux considérablement plus bas de pays voisins l'attestent — ni, uniquement, des actes de quelques individus. C'est un ensemble d'institutions, de pratiques et de comportements qui sont en cause, en particulier le rôle mal défini du représentant du Ministère de la santé au sein du Conseil d'administration du CNTS.

### **35.2.3.2 Les causes de la contamination**

Dans les années qui ont suivi la guerre, de grands médecins comme Jean Bernard et Jean Hamburger, ont œuvré à la création d'associations parmi lesquelles le CNTS et France-transplant. Ces organismes répondaient à des besoins constatés par le corps médical et que

l'État ne satisfaisait pas. L'intérêt de ces institutions fut reconnu par la CNAM qui prit en charge leurs prestations. Cependant plusieurs de ces associations prirent une très grande ampleur sans qu'ait été mis en place un contrôle efficace des administrateurs sur la direction ; sans qu'aient été explicitées, non plus, les relations des associations avec l'État. La présence de représentants du Ministère de la santé, dont le Directeur Général de la santé, aux conseils d'administration, loin de lever les ambiguïtés, les a accrues. (1) Les règles de sécurité sanitaire sagement édictées par le ministère de la santé ne seront pas appliquées.

Les pouvoirs publics se sont bien heurtés à la tradition établie ou confirmée par Claude Bernard qui est sans doute au cœur de la gestion de la santé en France. **Considérée comme une pratique avant tout individuelle la médecine conteste aux pouvoirs publics le droit d'interférer avec cette pratique au nom d'exigences collectives.**

Que le drame des hémophiles ne soit pas un phénomène isolé, la contamination des enfants traités à l'hormone de croissance l'atteste. Les mêmes errements ont pu être relevés : collecte sans rigueur des hypophyses par France-transplant, poursuite des traitements alors que les risques de transmission de la maladie de Creutzfeld-Jakob étaient avérés et, pour finir, décès plus nombreux en France qu'ailleurs (la France compte 55 % des personnes contaminées par des hormones de croissance dans le monde). Les contaminations par le sang ou par l'hormone de croissance confirment le propos de Jean-Marie Domenach : « la responsabilité n'est pas une qualité donnée, une vertu spontanée [...] elle est une culture. » (2) Que nous puissions développer cette culture et que nos pratiques soient capables de changer rapidement, la façon dont fut enrayée, en 1993, une épidémie de listériose le montre. Provoquée par un produit de charcuterie, elle fut stoppée par une détection rapide de la cause probable et la destruction immédiate des stocks du produit suspect. « Du point de vue de la santé publique, il s'agissait d'un véritable cas d'école. Nous avions une très forte présomption épidémiologique mais pas de certitude. Il y a seulement trois ou quatre ans, on aurait attendu d'avoir la preuve bactériologique pour prendre une décision. » (3)

NB Au moment où ce texte allait être « mis en ligne » les suites judiciaires des contaminations dues aux transfusions sanguines étaient très loin d'être terminées. La Chambre de

1 cf Jean-François Girard, *op.cit.*

2 *La Responsabilité*, Hatier, 1994, cité par Aquilino Morelle, *op. cit.*

3 Professeur Jacques Drucker, Directeur du Réseau National de Santé Publique, cité par Aquilino Morelle, *op. cit.*

l'instruction de la Cour d'appel de Paris a, après six ans d'une instruction menée par Marie-Odile Bertella Geoffroy, prononcé un non-lieu en faveur de tous les mis en examen. Le parquet s'est pourvu en cassation contre cet arrêt. Il faut désormais attendre la décision de la Cour de Cassation. Le non-lieu sera-t-il confirmé ? Le cours de la Justice reprendra-t-il ? De quelle manière ? Dans quels délais ? Plus de dix ans se seront écoulés depuis qu'auront été déposées les plaintes instruites par la Juge d'instruction parisienne.

Nous nous sommes efforcés de présenter un état des lieux de la santé providence et de la santé publique ; il est temps que notre visiteur trouve des suggestions susceptibles de conduire à des améliorations de la façon dont la santé est gérée en France.

### 35.3 Santé publique, santé régulée

En 1849, Victor Hugo notait : « la France ressemble à ces postillons épuisés de fatigue qui s'endorment sur le dos d'un cheval lancé au galop dans les ténèbres. » (1) Notre système de santé ne ressemble-t-il pas à la France de cette époque ? En même temps, comme dans le domaine de l'éducation, « il serait illusoire de prétendre proposer un système clef en mains et résoudre d'un coup de baguette magique, un problème auquel sont confrontés tous les pays industrialisés. » (2) Une amélioration du système de santé ne peut résulter que d'une stratégie s'inscrivant dans la durée et bénéficiant de l'appui des citoyens comme de la majorité des professionnels.

Les améliorations devraient à nos yeux avoir, de façon prioritaire, une préoccupation *sociale*. Robert Debré avait insisté pour que la formation du médecin ne soit pas exclusivement technique ; il souhaitait que le jeune médecin fasse des visites à domicile et qu'il connaisse les milieux dans lesquels vivent ses patients, leurs familles et leurs quartiers. N'avons-nous pas relevé la corrélation qui existe entre l'état sanitaire d'un pays et l'homogénéité de son tissu social ? Entre une éducation nationale qui contribuerait moins à l'exclusion (chapitre 31), une politique de l'emploi plus attentive aux non qualifiés (32) et une priorité donnée à la santé publique, pourrait exister une réelle cohérence.

N'est-il pas indispensable que, dans un pays comme le nôtre et à notre époque, tous et d'abord les plus démunis aient réellement accès aux soins ? Certes, ce dernier est désormais prévu par la loi sur la Couverture Maladie Universelle — CMU ; mais on ne dispose pas d'évaluation de l'application de cette loi et nous avons vu, dans le cas de la lutte contre l'alcoolisme, l'écart qui pouvait exister entre la volonté initiatrice d'une loi et sa traduction dans les faits. Bien que plus d'un million de personnes bénéficient de la CMU-régime de base et près de 5 millions au titre du régime complémentaire, des praticiens nous alertent : « Le système de soins continue de susciter des exclus. » (3) La réforme amorcée des services d'urgence ou l'ouverture d'antennes médicales dans les banlieues défavorisées deviendront-elles des réalités ?

1 Dans *Choses vues*.

2 Livre blanc, *op.cit.*

3 François Dreyfus et Didier Sicard, *Le Monde*, 14 septembre 2002.

### 35.3.1 Des citoyens impliqués, un État leader

Si le but d'une politique de la santé énergique doit être avant tout social, le propos est-il incompatible avec une gestion rigoureuse les énormes budgets en cause ? À nos yeux, il l'exige : tout euro gaspillé ne prive-t-il pas de soins une personne qui a toutes les chances de figurer parmi les plus démunis ? Les Français ne doivent-ils pas rejeter l'adage « la santé n'a pas de prix » ? On s'incline devant la hausse des coûts de la santé comme si elle était une pure fatalité. Certes, le vieillissement de la population et certains progrès médicaux tendent à l'accroissement des dépenses mais la diminution de la durée des séjours dans les hôpitaux, des dépenses limitées en pédiatrie du fait du nombre réduit des naissances ou des conduites plus responsables dans le domaine de l'alcool ou du tabac ne devraient-elles pas être des sources d'économies ?

#### 35.3.1.1 Débattre et responsabiliser

Il est frappant de voir que toutes les grandes réformes de l'assurance maladie — 1945, 1958, 1967, 1983 et 1995/6 — ont été faites par le biais d'ordonnances. Or, comme dans le domaine de l'éducation ou de l'emploi, si le réformateur ne dispose pas de l'appui des électeurs et de leurs élus, il n'a guère de chance de vaincre les résistances des professionnels ou des patients et de provoquer ces changements dans les conceptions et les comportements qui sont les facteurs des progrès durables. « À force de traiter la santé comme un droit acquis et d'exiger de plus en plus du système, nos concitoyens n'ont pas toujours conscience d'en être eux-mêmes les financiers. » (1)

Des exemples étrangers comme des expériences françaises, tels les États généraux de la santé — plus de 1 000 réunions publiques — ceux du cancer (2) comme les journées de la recherche de la Fondation pour la Recherche Médicale montrent qu'il est possible d'intéresser des citoyens à la politique de santé voir de les y impliquer. Les citoyens ne sont-ils pas des patients, actuels ou potentiels, ou des proches de patients ?

Au lieu de s'immerger dans la gestion quotidienne, les responsables politiques devraient, à nos yeux, en s'appuyant sur les études et réflexions à long terme — elles ne manquent pas chez nous — informer soigneusement et longuement l'opinion de leurs considé-

1 Bernard Kouchner, *op.cit.*

2 En novembre 2 000 la deuxième édition des États généraux du cancer a permis à 20 000 personnes, contre 3 000 lors de la première édition, de participer aux discussions. *Comprendre et Agir*, Institut Curie, N°56.

rants et de leur teneur de leurs projets puis conduire des débats publics à partir de leurs propositions. Les gouvernants ne devraient pas évoquer les modalités envisagées avant d'avoir soigneusement fait accepter leurs finalités. En 1995, ils tentèrent de faire passer un programme qui contenait d'excellentes mesures ; ils n'emportèrent pas l'adhésion des électeurs et, encore moins, celle des professionnels. De toutes manières, aucune réalisation ne peut être évaluée de façon correcte si ses finalités n'ont pas été explicitées.

Le temps de l'édit et du professionnel distant n'est-il pas révolu ? « Avant, le malade se positionnait en objet, passif devant le pouvoir médical qu'il voyait comme une aura. Maintenant, il veut comprendre et ne lâche pas l'équipe médicale » témoigne une infirmière. (1) Les droits des malades n'ont-ils pas été reconnus par une loi. (2) Respecter le malade mais aussi l'associer à sa propre guérison. N'a-t-on pas reconnu à quel point il est précieux de « mobiliser le malade, sa volonté de guérir (..) ce n'est pas seulement le médicament qui soigne mais aussi la relation avec le malade » ? (3) Dans certaines situations — dialysés, transplantés, malades du sida — on a vu des associations de malades se créer ; ces derniers ont voulu jouer un rôle actif dans la gestion des soins, dans la sensibilisation de l'opinion publique et les actions de prévention. Le mouvement tendant à responsabiliser les patients s'en est trouvé renforcé.

Pour que notre système de santé parvienne à soigner tous les citoyens pour un coût supportable par l'économie, n'est-il pas nécessaire que les citoyens prennent conscience que ce système est le leur ? Un gros progrès serait accompli le jour où entrant dans une pharmacie, prenant des médicaments et sortant leur carte Vitale les assurés ne penseraient plus que le prix n'a aucune importance ; qu'il s'agit de leur argent. (4) Ne serait-il pas normal qu'ils luttent, chacun dans leur cercle, pour que les affections soient soignées et que la prévention progresse ; que les solutions à la fois efficaces et économes prévalent ? Ce faisant on rejoindra le reporter Tocqueville : « aux États-Unis cent mille citoyens effrayés des progrès de l'ivrognerie se sont engagés à s'abstenir d'alcool. Si ces cent mille hommes eussent vécu en France, chacun d'eux se serait adressé individuellement au gouvernement, pour le prier de surveiller les cabarets sur toute la surface du royaume. »

1 François Dubet, *Le déclin de l'institution*, Seuil, 2002.

2 JO du 5 mars 2002.

3 François Dubet, *Op.cit.*

4 Jean-François Mattéi, ministre de la santé, grand jury RTL- *Le Monde*, 20 janvier 2003.

### 35.3.1.2 D'un État gestionnaire à un État stratège

Alors que, dans nombre de domaines, qu'il s'agisse du contrôle des prix et des changes ou de la conduite des banques et de grandes sociétés industrielles, l'intervention publique a cessé d'être indispensable dans celui de la santé elle apparaît, au contraire, *de plus en plus nécessaire* ; non pour gérer au jour le jour mais pour orienter et évaluer.

Des exemples récents le confirment. C'est bien le Ministère de la santé qui a imposé l'usage des produits de substitution aux drogues dures alors que le corps médical et les spécialistes de la toxicomanie étaient très réticents. N'est-ce pas lui aussi qui doit piloter une utilisation systématique des produits génériques alors que là aussi l'évolution du comportement des professionnels est bien lente ? Coordonner les recherches et les progrès thérapeutiques, renforcer la prévention, favoriser le dépistage dans le domaine du cancer ? Considérons comme un progrès que le Chef de l'État ait, en 2002, désigné la lutte contre le cancer et les accidents de la route parmi les grands chantiers de son quinquennat.

En même temps, comme dans d'autres secteurs, l'État est contesté en tant que gestionnaire. Un ancien Directeur Général de la Santé publique, à partir de constats réitérés, a « acquis la conviction qu'il fallait confier la gestion des opérations concrètes à des structures spécialisées, différentes de l'administration centrale dont ce n'est pas le rôle. » (1) En effet « l'expérience montre que lorsqu'il revient à une institution unique à la fois de définir de grandes orientations et de les mettre en œuvre dans la gestion quotidienne, les préoccupations de la seconde prédominent très rapidement sur celles de la première. » (2)

Ne faut-il pas souhaiter que l'État délègue la gestion dans un domaine où les progrès sont rapides et la standardisation peu commune ? Qu'il consacre son énergie et ses talents à deux fonctions : la régulation et la stratégie en suivant, idéalement, cette séquence :

- *arrêter des objectifs de santé publique notamment face aux fléaux — alcoolisme, abus du tabac, toxicomanie, accidents de la route, infections nosocomiales, obésité, saturnisme — et des plans de lutte assortis des moyens financiers comme des réglementations correspondant ;*
- *étant attentif aux pathologies nouvelles, organiser la recherche fondamentale et appliquée qui concerne les pathologies en cause ;*
- *définir cahiers des charges et normes régissant, tant du point de vue de la sécurité sanitaire que des conduites thérapeutiques les plus efficaces, les unités de soin et la médecine libérale ;*

1 Jean-François Girard, *op.cit.*

2 Livre blanc, *op.cit.*

*organiser des habilitations ; veiller à ce que des contrôles indépendants soient périodiquement effectués ;*

*- veiller à ce qu'ait lieu une évaluation répétée des unités de soin comme des médecins et à ce que l'affectation des crédits tienne compte de ces évaluations (accréditations à renouveler périodiquement) ;*

*- sensibiliser les futurs médecins à l'importance de la prévention et de la réglementation sanitaire, à la prise en compte des facteurs sociaux et de l'économie de la santé.*

L'État régulateur devrait présider à une réforme qui viserait à distinguer et à définir nettement « les responsabilités entre bailleurs de fonds — nos « caisses » actuelles, ainsi que les mutuelles ou compagnies d'assurance qui versent des remboursements — et prestataires de soins ; le contrat serait introduit comme relation entre acteurs chargés de responsabilités complémentaires ; les contraintes budgétaires seraient décentralisées pour maîtriser les coûts. » (1)

L'administration centrale de l'État s'impliquera-t-elle dans la mise en œuvre de systèmes de *contrôle* plus sérieux des règles de sécurité sanitaire et de gestion qui auront été définies ? Étant donné nos vieilles pratiques jacobines, il faut résolument répondre par la négative. Si la collectivité doit veiller à ce que soient créées des normes et qu'existe une réelle capacité de contrôle, ces deux fonctions doivent être exercées séparément. Si l'exécutif gère le système de contrôle, il en reviendra rapidement à la situation ancienne : « *command-and-control* ». Il faut miser, comme on a commencé à le faire, sur des entités indépendantes — Agence du médicament, Agence des aliments, Institut national de veille sanitaire, Agence de l'environnement — pour assurer le contrôle du respect des normes sanitaires, pour évaluer, par ailleurs, les réalisations des prestataires de soins.

### **35.3.2 Les organismes de financement**

Le Parlement vote, chaque année, des budgets sociaux qui entendent fixer des limites aux dépenses de santé du pays. Cependant, les dépenses progressent deux fois plus vite que les « budgets » de la santé ne le prévoient. Le système n'est donc pas sous contrôle.

#### **35.3.2.1 Mettre en place un double système de financement**

<sup>1</sup> Jacques Mistral, *Notre État et nous*, *op.cit.*

Le vote parlementaire, à la portée incertaine, n'est-il pas en contradiction avec une gestion du système qui est, en principe, paritaire ? Dans les faits, notre système combine

- un financement relevant de *l'assurance* à base professionnelle, système promu par Bismarck, financé par des cotisations ce qui avait justifié le paritarisme et
- un financement de la *solidarité* reposant, dans un *cadre national*, sur l'impôt, type promu par Beveridge, et qui prend une place croissante : 4 % en 1989, 40 % en 2000.

On observera qu'en Europe la majorité des *pays* se rattache plutôt au premier système mais que la majorité des *citoyens* est couverte par un système du deuxième type. (1) *La dualité règne*. Après avoir constaté l'échec voire les dangers du ticket modérateur, pour mieux contrôler le système, il est proposé, de façon récurrente, de distinguer en matière de santé les grands risques des petits, la collectivité prenant en charge les premiers et les individus les seconds en s'assurant ou non. Il semble bien qu'il faille rejeter cette distinction : en ne soignant pas ce qui relèverait du « petit » risque le patient ne laissera-t-il pas se développer des affections graves ?

Pour assurer le financement de la CMU, le gouvernement de Lionel Jospin, qui gérait un système de soins aux finances déséquilibrées, a fait appel aux mutuelles et aux compagnies d'assurances privées. Ce faisant, n'a-t-il pas embrouillé un peu plus un ensemble excessivement complexe ? N'est-il pas temps, dans la France de 2003 qui n'est plus celle de 1946, de bâtir, avec des éléments que nous possédons, une architecture duale plus claire :

- une couverture maladie totale et garantie par la collectivité, comme le prévoit la CMU, à tous les membres d'une famille disposant d'un revenu inférieur à un montant fixé par la loi ;
- la souscription, sans doute obligatoire comme c'est le cas pour l'assurance automobile, par les personnes qui disposent d'un revenu supérieur à ce montant, d'une assurance santé auprès d'une mutuelle ou d'une compagnie d'assurance agréés par l'État et placés sous la tutelle d'un organisme de contrôle. Ce dispositif n'a rien de révolutionnaire : le salarié d'une entreprise qui souscrit un contrat auprès d'une mutuelle n'est-il pas, déjà, entré dans cette logique ? Il ne faut sans doute pas renoncer prématurément à cette pratique du contrat collectif. Il protège les individus d'une confrontation avec des organismes qui, souvent puissants, sont aisément bureaucratiques. Cependant, à la différence des retraites, de l'assurance-chômage ou de la

1 B. Majnoni d'Intignano, *Que sais-je?* PUF, 2001.

prévention des accidents du travail, la santé n'appartient pas de façon naturelle au monde du travail et l'affiliation à une mutuelle choisie au sein d'une entreprise n'est pas sans inconvénient (connaissance par l'entreprise des problèmes de santé du salarié ; obligation de changer de médecins lorsqu'on change d'entreprise et de mutuelle si celle-ci impose une liste de consultants). Les contrats proposés par les organismes de financement devraient répondre à des normes fixées par l'État de façon, d'une part, à éviter les antisélections de patients et, d'autre part, à faciliter les relations administratives avec les médecins ou unités de soins. La fiscalité évitera les « effets de seuil » : les familles qui passent de la première catégorie à la seconde ne devraient pas acquitter, aux taux pleins, à la fois l'impôt (de type CSG) pour financer la solidarité et une prime d'assurance personnelle au taux plein.

La France, si elle décidait d'aller dans cette voie, ne devrait-elle pas en discuter au sein des instances européennes ? Sans viser une uniformité utopique des différents systèmes ne serait-il pas souhaitable, si l'on veut que les Européens puissent s'établir dans un autre pays de l'Union Européenne, que les partenaires tendent à rapprocher progressivement leurs systèmes ?

### **35.3.2.2 Un organisme de financement de la solidarité par région ?**

Les dimensions du territoire français et son hétérogénéité renforcent la nécessité de décentraliser les gestions. Les dispositions de 1995 ont créé les Agences régionales d'hospitalisation et, de leur côté, les médecins ont également créé des Unions régionales. Le financement des prestations de santé intéressant les personnes couvertes par le mécanisme de solidarité nationale ne devrait-il pas être délégué à des organismes régionaux ? Leurs conseils d'administration pourraient comporter des représentants des citoyens et des professionnels. On peut penser que Jean-François Mattéi ne serait pas hostile à une telle construction. (1)

Les organismes régionaux pourraient être les moteurs des actions de prévention, contribuer à une meilleure coordination entre hôpitaux, cliniques privées et médecins de ville et plus généralement aux actions locales de plus en plus nécessaires, qu'il s'agisse de la prise en charge des malades en long séjour, des personnes âgées, de la lutte contre la toxicomanie ou l'alcoolisme comme de l'état sanitaire de certaines banlieues.

1 Interview au *Monde*, 12 juillet 2002.

Mais, pour que les organismes régionaux jouent pleinement leur rôle, il faudrait mettre un terme à la multiplicité des régimes, legs d'un système fondé sur l'assurance des cotisants dans un cadre professionnel.

### **Unification des régimes**

Actuellement les deux tiers des Français sont couverts par le « régime général » de la Sécurité sociale et un tiers — agriculteurs, marins, étudiants, fonctionnaires, salariés des collectivités locales, de l'EdF, de la SNCF, de la RATP — par une variété d'autres régimes. Ces derniers ont, jadis, accordé des droits particuliers justifiés par les conditions de vie des intéressés. Aujourd'hui ils ne le sont plus nécessairement de sorte que l'équité souffre *car il existe des mécanismes de compensation entre les régimes*.

La diversité des régimes entraîne, en outre, des coûts administratifs substantiels chez les prestataires de soin qui doivent s'adapter aux particularités des régimes. Leur « unification pourrait être une source non négligeable d'économies de gestion ». (1) Les régimes de retraite du secteur privé ont entrepris une telle unification en se fixant, simultanément, des objectifs énergiques de réduction des frais de gestion. Les coûts de la gestion administrative de la maladie dépassent 10 % aux États-Unis, mais sont limités à 2 % au Canada. Chez nous ils atteignent 5,6 %. Dans le cadre d'un système unifié mais géré régionalement, on pourrait, semble-t-il, économiser 3 milliards d'euros (20 milliards francs) par an au seul titre des frais administratifs. (2)

### **35.3.3 Les unités de soin (hôpitaux, cliniques etc.)**

Les hôpitaux, dispensaires (ou centres de soins), organismes de transfusion sanguine ou de transplants peuvent sans doute revêtir des formes juridiques diverses — associations, mutuelles, coopératives, fondations, entreprises — dès lors qu'elles sortent du domaine des administrations centrales de l'État, de ses nominations jacobines comme de ses règles budgétaires ou statutaires.

Dans le domaine de la santé comme dans les autres, notre État centralisateur devrait accepter à la fois les responsabilités d'autorités régionales et des règles de management rationnelles : les conseils d'administration des hôpitaux (dont le maire, désormais, n'est plus automatiquement le Président) devraient choisir leur directeur et celui-ci les chefs de servi-

1 Livre blanc, *op.cit.*

2 Livre blanc, *op.cit.*

ce, les uns et les autres devant, naturellement, présenter les qualifications requises. Celui qui détient le pouvoir de décider des nominations et des promotions ne détient-il pas le véritable pouvoir hiérarchique ? La direction de l'hôpital pourrait alors lutter contre le féodalisme de certains services qui peut nuire aux patients et, faute de coopérations, gaspiller les moyens.

Elle devrait chercher à réduire les tensions qui semblent aujourd'hui fortes entre les responsables administratifs des hôpitaux et le corps médical, tensions qui éloignent forcément de l'idéal : des soins à la fois efficaces et économes.

### 35.3.3.1 Concurrence entre établissements ?

En France, on considère volontiers que la concurrence ne doit jouer ni entre écoles ni entre établissements de soins. Cette opinion néglige à la fois les graves inconvénients des monopoles et le fait que, dans les deux domaines d'activité, la concurrence existe déjà :

- à l'instar des lycées, les hôpitaux publics sont classés par des mercuriales, il est vrai contestées, qui exploitent des données publiques ;
- les cliniques constituent un vaste secteur privé notamment dans le domaine de la chirurgie ; elles sont en compétition entre elles mais aussi avec les hôpitaux. Pour que la compétition soit loyale, ces derniers doivent être correctement rémunérés pour les missions particulières qu'ils assument : urgences, gardes de nuit, enseignement et recherche ;
- les mutuelles et compagnies d'assurance, dans le cadre des couvertures complémentaires qu'elles fournissent, sont attentives aux rapports qualité/prix des prestataires ;
- dans le cadre européen, la compétition est appelée à s'intensifier et l'utilisation d'Internet y contribuera.

Dans presque tous les pays comparables au nôtre, les financeurs de soins cherchent à introduire la concurrence entre les prestataires sous une forme ou sous une autre. Reste, comme nous l'avons noté, que cette concurrence joue difficilement. D'abord du côté de la « demande. » Les patients, sont peu disposés à la faire jouer. Ensuite, l'objet, le soin, n'étant pas aisément standardisable, une des conditions essentielles de la concurrence — un produit homogène — n'est pas remplie. Mais sans prétendre à la perfection on peut approcher de la vérité des coûts. Tel est le but du point ISA et des PMSI — **l'Annexe 1** expose sommairement la signification de ces deux sigles. En comparant la production et les coûts des divers hôpitaux de leur région comme de ceux d'autres zones, les organismes de financement

ou « financeurs » des 22 nouvelles agences hospitalières régionales (ARH) pourraient faire jouer une forme de concurrence.

### 35.3.3.2 Les PMSI

La responsabilisation d'autorités régionales (Agences régionales de gestion de la solidarité et ARH) et l'utilisation des PMSI permettraient de faire jouer une forme de concurrence : « *les données fournies par les PMSI montrent que des gains considérables pourraient être réalisés par le recours à une concurrence fictive par comparaison ou à une concurrence organisée par appel d'offres.* » (1) Malheureusement, jusqu'ici, les unités de soins, ont peu utilisé ces nouveaux indicateurs créés en 1983 (2) et dont le calcul a été généralisé en 1996. (3) La majorité des médecins ne prend guère au sérieux les PMSI.

Certains consultants considèrent que la médecine a deux étapes de retard sur l'industrie par rapport au contrôle des coûts. Elle devrait, *primo*, admettre sa nécessité avant, *secundo*, de cesser d'en faire un corps étranger pour l'intégrer dans la production des actes ; il y a plus de trente ans que les Japonais ont montré la supériorité du contrôle des coûts intégré à la prestation.

On peut reprocher aux PMSI d'être trop centrés sur les actes alors que, pour le patient, son entourage et son médecin habituel, un bon traitement tient aussi à la façon dont le malade est accueilli et suivi. Mais il est possible de compléter les PMSI par des enquêtes de satisfaction. On retrouve là un rôle essentiel de l'État : l'établissement de normes et de procédures d'évaluation et de contrôle de leur application. On peut en effet craindre que les PMSI n'encouragent des gestions trop comptables, obligeant les unités de soins à s'aligner sur les coûts les plus bas, sans être assez attentives au bien-être des patients et de leur entourage comme au progrès médical. On peut imaginer que les actes soient remboursés aux établissements de soins selon un tarif de base affecté par un *rating* tenant compte de la qualité des prestations.

Ainsi complétés et améliorés par la pratique, les PMSI pourraient permettre aux hôpitaux de sortir enfin de la définition, devenue arbitraire, de la **dotation budgétaire** globale et pousser des chefs de service, davantage responsabilisés, à développer la collaboration avec les autres unités pour réduire les redondances et les fortes inégalités actuelles entre les

1 Michel Mougeot, *op.cit.*

2 Guy Vallancien, urologue, Institut Montsouris, *Le Monde* 14 septembre 2002.

3 Michel Mougeot, *op.cit.*, page 69.

moyens dont disposent les divers services. Jean-François Mattéi a indiqué qu'il souhaitait (enfin, dirons-nous !) expérimenter dans plusieurs régions la tarification à l'activité. « Je veux vérifier s'il est exact que certains actes pratiqués dans le secteur privé sont deux à trois fois moins chers que dans le secteur public, en tenant compte des contraintes des hôpitaux. » (1)

D'une manière générale, une coordination entre responsables médicaux est sans doute la clef d'une rationalisation du réseau hospitalier, combinant des unités de proximité réalisant les premiers diagnostics et des unités spécialisées procédant aux interventions moins fréquentes ou qui exigent des équipements lourds. « La crise qui secoue les hôpitaux, réelle et grave, est beaucoup moins financière que managériale [...] Quand plus de mille hôpitaux de toutes tailles et sans coordination assurent des urgences mettant en jeu, chaque nuit, au minimum dix personnes de garde, alors que l'on recense, globalement moins de 400 interventions chirurgicales urgentes par nuit en France, on mesure le gâchis. » (2)

Les indicateurs seront efficaces si,

- dans chaque région, l'agence tire les conséquences des constats et menace de fermer (ou de ne plus rembourser) certains établissements ; « on ne peut demander simultanément aux agences régionales de maîtriser les dépenses de santé et de défendre l'emploi local » (3) ;

- dans chaque hôpital, les conseils d'administration et les directeurs ont le pouvoir de fermer des services défectueux sur le plan de la qualité et/ou des coûts. (4) « Changer l'hôpital, c'est aussi avoir le courage de ne pas garder certains médecins, administrateurs et autres personnels dépassés ou paresseux. » (5)

Une des raisons qui ont permis au service de santé britannique d'abaisser ses coûts est le « statut de *trust hospital* pour lequel a opté volontairement la quasi totalité des établissements publics. Ceux-ci, devenus propriétaires de leurs actifs, fixent les conditions d'emploi et de rémunération. » (6) **Autrement dit, comme dans l'éducation nationale, centralisation des décisions et statut de la fonction publique sont des obstacles absolus à une**

1 Jean-François Mattéi, interview au *Monde*, 10 septembre 2002.

2 Guy Vallancien, urologue, Institut Montsouris, *Le Monde* 14 septembre 2002.

3 Michel Mougeot, *op.cit.*

4 Michel Mougeot, *op.cit.*

5 Guy Vallancien, urologue, Institut Montsouris, *Le Monde* 14 septembre 2002.

6 Michel Mougeot, *op.cit.*

**gestion responsable.** Si nous voulons éviter le rationnement de la santé, notre système de soins doit améliorer son organisation, ses modes de décision, sa gestion et réviser le statut de ses personnels. Oui, le cheval galope dans la nuit. Si les modes de gestion de l'hôpital public et le statut de ses personnels ne se modifient pas profondément il est hautement probable qu'un jour les Français crieront : privatisons ! Jean-François Mattéi a demandé des rapports sur ces sujets. Soyons attentifs à leurs recommandations et à la façon dont elles seront accueillies.

Si les indicateurs sont utiles pour encourager une bonne gestion, celle-ci tient avant tout à une organisation soigneuse du travail qui suppose elle-même de bonnes relations entre les professionnels d'une même entité ou région. Ce sont les rapports humains qui expliquent, au premier chef, le bon ou le mauvais fonctionnement d'un service, la prise en compte ou non de la globalité de la personne du patient comme la spécificité de sa pathologie. (1)

### 35.3.4 La médecine de ville

Comment encourager le corps médical à participer plus activement à l'évolution de notre système de santé pour que les impératifs généraux de la société soient mieux pris en compte ? Où, du fait du vieillissement de la population la part du PIB consacrée à l'ensemble santé + retraite pourrait atteindre 30 % du PIB ! (2)

| % du PIB | 2001        | 2020 ?      |
|----------|-------------|-------------|
| Santé    | 10 %        | 13 %        |
| Retraite | <u>12 %</u> | <u>17 %</u> |
| Total    | 22 %        | 30 %        |

#### 35.3.4.1 L'adhésion du corps médical

Le système de santé ne se reformera pas par des rafales de mesures mais au terme d'un travail pédagogique de longue haleine à l'égard des bénéficiaires des prestations comme des acteurs concernés et dans le cadre d'une stratégie. Il est illusoire d'attendre un progrès d'un système tant que les acteurs concernés n'y participent pas, il faut privilégier les mesures

1 Michel Crozier, Bruno Tilliette, *Quand la France s'ouvrira*, Fayard, 2000.

2 Chiffres DREES – OFCE cités par Béatrice Majnoni d'Intignano, *op.cit.*

incitatives — favoriser par exemple, cet abonnement du patient à un médecin référent dont nous reparlerons — par rapport aux mesures coercitives.

Il appartient évidemment à des médecins de préconiser les thérapies appropriées, mais les organismes de financement et de contrôle ont le devoir de contester, le cas échéant, certaines de leurs décisions. Si les patients gardent confiance dans la capacité de leur médecin de faire face à leurs pathologies, nombre de praticiens admettent aujourd'hui qu'une gestion rationnelle de la santé est une chose trop difficile pour être confiée à leur seule corporation.

Le rationnement existe d'ailleurs dans notre système, pour des raisons de coût (dialyses) ou, pour certaines greffes, du fait du manque d'organes. Aucun budget ne pourra dispenser de faire des choix, à un moment ou à un autre, pour un patient ou un autre en écartant les traitements aux coûts trop élevés par rapport au résultat probable.

### 35.3.4.2 La gestion médicalisée

Quel que soit le système retenu, pour parvenir à un rapprochement entre des dépenses et des recettes qui obéissent à des logiques différentes et à une gestion plus rationnelle des actes, les experts s'accordent, dans leur grande majorité, à penser qu'il faut coder pathologies, actes et prescriptions et informatiser la chaîne des interventions. Nous en sommes loin. « Beaucoup de codes n'existent pas, les référentiels ne sont pas choisis. » (1) Le secret médical, évidemment essentiel, est, semble-t-il, défini et pratiqué de façon plus stricte en France que dans d'autres pays et contribue à rendre difficile la mise sur pied de systèmes d'information. (2)

Nous avons relevé les fortes résistances d'une large partie du corps médical français aux processus d'informatisation. Pourtant, « l'ensemble des médecins devra accepter d'être évalué en fonction des guides de bonne pratiques et des normes de prescription fixées au niveau collectif par un dialogue entre les représentants de la profession et les pouvoirs publics. » (3)

Contrairement à ce qui est fréquemment affirmé, une gestion médicalisée des dépenses est un effort pour sortir de la logique comptable. Le médecin visé n'est pas celui qui prescrit quelques analyses de trop, c'est celui qui, en multipliant abusivement les actes, té-

1 Jean de Kervasdoué, *op.cit.*

2 Livre blanc, *op.cit.*

3 Jean-François Girard, *op.cit.*

moigne d'un comportement systématiquement déviant. Les textes des dernières années prévoient que les sanctions sont décidées par un conseil siégeant auprès des Caisses d'assurance maladie où *sont majoritaires non pas des « gendarmes » mais des médecins.*

En écoutant les experts on voit bien que les systèmes de gestion doivent trouver le juste milieu entre :

- l'indigence de nos dispositifs actuels qui, sans commune mesure avec les budgets, ne permettent pas de les maîtriser ;
- un perfectionnisme excessif qui rendrait prohibitifs les coûts administratifs et pénible l'exercice de la médecine.

Indépendamment des systèmes de gestion médicalisée, deux voies sont à explorer ou à suivre : le médecin référent et l'amélioration de la formation.

### 35.3.4.3 Le médecin référent

Comment maintenir, dans le cadre d'un tiers-payant, le principe du libre choix du médecin par le patient auquel les Français sont attachés — mais dont ils sont les seuls à bénéficier en Europe avec les Belges et les Luxembourgeois — sans, pour autant, donner des chèques en blanc aux médecins ? Comment donner la priorité à la prise en charge du malade sur la prise en charge de la maladie ? Redonner une plus grande place à la médecine générale et l'intervention d'un médecin « référent », qui sera le plus souvent un généraliste, est sans doute un élément de solution. L'expérience du médecin référent va être tentée, dans le cadre d'une convention signée en novembre 1998 entre la CNAM et le syndicat MG-France. Sa rémunération sera en partie forfaitaire.

En effet, « l'idée du médecin référent ne prend sa signification qu'accompagnée d'un mode de paiement différent — la capitation ou honoraires forfaitaires pour chaque patient inscrit — et d'une possibilité de gérer les actes induits (laboratoires, radiologie). » (1) Il ne sera sans doute pas facile de rétablir une sorte de primauté du généraliste dans un corps médical qui l'avait placé en bas d'une hiérarchie fixée par les concours. Toutefois, la modification de cette hiérarchie a été engagée. On peut souhaiter que le patient, étant considéré comme une personne ayant une situation familiale et sociale donnée, puisse être pris en charge soit par un médecin principal soit, comme cela se produit dans maints hôpitaux, par

1 Michel Mougeot, *op.cit.*

une équipe médicale. On luttera ainsi aussi bien contre le nomadisme médical que contre une sorte de dissection du patient en diverses pathologies.

#### **35.3.4.4 Des généralistes entrepreneurs ?**

Une forme assez souple de gestion des soins en médecine de ville se développe aux États-Unis et en Grande-Bretagne qui redonne la primauté aux généralistes. Des médecins ou groupe de médecins généralistes se chargent non seulement de la mission qui est la leur mais de sélectionner radiologues, laboratoires, voire l'hôpital auxquels ils adresseront leurs patients. Ces derniers règlent, pour la totalité des actes leur généraliste, lequel conduit l'ensemble du traitement, choisit les intervenants en fonction de leur qualité et de leurs coûts.

On est là, typiquement, dans un domaine où il sera sage non seulement d'accepter mais d'encourager le corps médical à expérimenter, à chercher des solutions raisonnables qui peuvent être diverses.

#### **35.3.4.5 La formation des médecins**

La formation des médecins expliquant en partie nos insuffisances en matière de prévention, plusieurs auteurs avaient souhaité que dans l'enseignement délivré aux médecins les préoccupations de santé publique et d'économie de la santé soient davantage mises en avant ; que les sciences humaines (anthropologie, sociologie, histoire), aujourd'hui réduites à la portion congrue, trouvent la place qu'elles méritent. Il faut inciter le corps médical, estiment ces auteurs, à prendre beaucoup plus en compte qu'il ne le fait aujourd'hui les objectifs et les directives de santé publique. C'est bien dans ce sens que s'oriente la réforme en cours des études médicales. Elle devrait valoriser la place du médecin généraliste ; à partir de 2004 la médecine générale deviendra dans les concours et les cursus une spécialité à part entière. En mars 2002 une loi a créé à la fois un Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et un fonds destiné à financer la formation continue des professionnels de la santé.

Parmi les nouvelles règles du jeu devrait, en effet, figurer l'éducation permanente. En médecine comme dans la quasi totalité des activités, elle est devenue nécessaire tant certaines thérapeutiques évoluent rapidement. Les médecins pourront d'autant moins s'y soustraire que leurs prestations mettent en cause la vie humaine et que leurs actes sont, pour l'essentiel, payés non pas par leur patient mais par un tiers qui est, pour une bonne part, la collectivité. La formation médicale et pharmaceutique continue, obligatoire, est un apport

important de la loi de mars 2002 ; elle prévoit notamment l'évaluation quinquennale des médecins et la validation de leur droit à exercer. Sera-t-elle appliquée ?

### **35.3.4.6 Le syndicalisme médical**

Pour que les médecins de ville jouent plus franchement le jeu de la santé publique, de la régulation et d'une formation actualisée, on peut se demander s'il ne deviendra pas indispensable d'inciter les médecins — voire de les obliger ? — à participer à une organisation professionnelle. Aujourd'hui, rares sont les syndicats dont les affiliés représentent plus de 10 % du corps auquel ils appartiennent (généralistes, spécialistes, chirurgiens etc.). Du coup, leurs représentants prennent souvent des positions extrêmes qui ne correspondent pas nécessairement à l'opinion de la majorité des médecins. En Allemagne, des médecins fortement syndicalisés ont obtenu des pouvoirs de gestion contrôlés qu'ils sont loin d'avoir en France.

À l'automne 2002, Groupama (Compagnie d'assurance mutuelle) et la Mutualité sociale agricole ont présenté les résultats d'une tentative de maîtrise des dépenses de santé. Pendant dix-huit mois, dans trois départements, une centaine de médecins et près de 4 000 assurés volontaires ont cherché à améliorer la qualité des soins tout en réduisant les dépenses. Des résultats significatifs ont été obtenus. La nécessité d'actions de prévention et d'une coordination des divers personnels soignants s'est nettement manifestée et, au terme de la première expérience, plus des trois quarts des participants ont souhaité la poursuivre. On ne peut que se réjouir de voir se réaliser ce genre d'expérience où soignants et assurés visent à mieux gérer le système, à améliorer ses performances tout en réduisant son coût, deux objectifs qui, contrairement à maintes déclarations, sont loin d'être contradictoires.

Aucune des voies suggérées dans la partie finale de ce chapitre ne conduira sans doute à une terre de facilité. Leur combinaison pourrait, croyons-nous, améliorer fortement la gestion de la santé dans notre pays. Les citoyens, qui sont aussi des patients, s'ils sont associés aux décisions, devraient, en nombre progressivement croissant, en comprendre les enjeux et notamment freiner les consommations de soins superflues.

Une clarification des rôles et responsabilités respectifs de l'État, des organismes de financement, des prestataires de soins et des organismes de contrôle ou d'évaluation devrait mettre un terme aux interventions brouillonnes de nos ministres et responsabiliser davantage les médecins. Ceux-ci admettront progressivement que la maîtrise des coûts de la santé n'est pas dirigée contre eux mais qu'elle est la condition nécessaire, dans un pays qui vieillit,

janvier 2003

au bon état de santé des Français et en particulier des moins favorisés d'entre eux. Bon état de santé des citoyens mais aussi de leur économie. L'un ne va pas sans l'autre.

## Annexe 1 : Pmsi

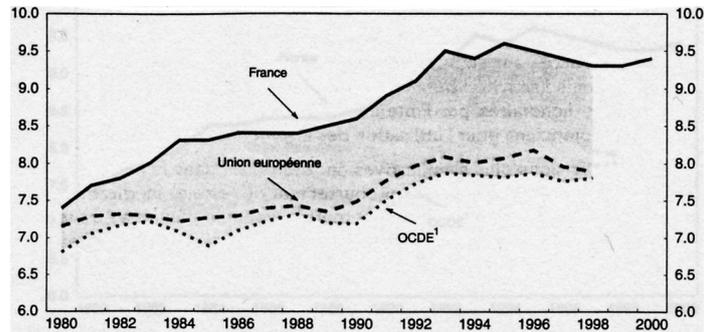
Extrait de Michel Mougeot et alii, *Régulation du système de santé*, rapport au Conseil d'analyse économique près du Premier ministre, 1998.

Les Pmsi (Programmes Médicalisés des systèmes d'Information) permettent de mesurer l'activité en médecine-chirurgie-obstétrique des hôpitaux. Chaque séjour hospitalier est classé dans un des 540 « groupes homogène de malades » (Ghm) lesquels sont répartis en 24 catégories majeures. Il existe, au plan national, un système de pondération de ces groupes construit à partir de données médicales et économiques. Cette échelle attribue une valeur exprimée en points Isa (Indice synthétique d'activité) à chaque Ghm. Le point Isa est donc l'unité de mesure de l'activité. On attribue ainsi 1 000 points à un accouchement sans complication et 2 337 à un infarctus « simple » du myocarde mais 20 894 pour une transplantation pulmonaire.

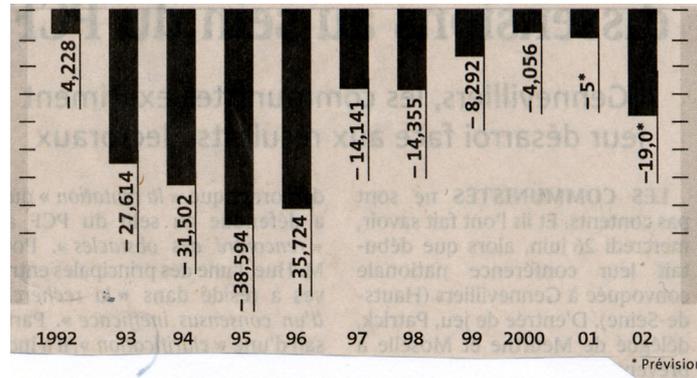
Finalement, la valeur d'un point Isa d'un hôpital donné représente ce que la collectivité a payé par unité d'activité à cet établissement.

Les données recueillies font apparaître de fortes différences de prix. Le point de l'Assistance Publique de Paris est ainsi supérieur de 44 % à celui des centres hospitaliers de Poitiers.

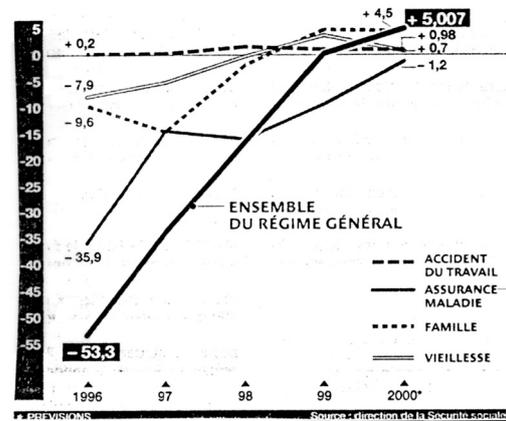
**graphique 1** Dépenses de santé en pourcentage du PIB  
Source : OCDE 2001



**graphique 2** Déficit des caisses d'assurance maladie en milliards de francs  
source : ministère des Affaires sociale, graphique *Le Monde*.

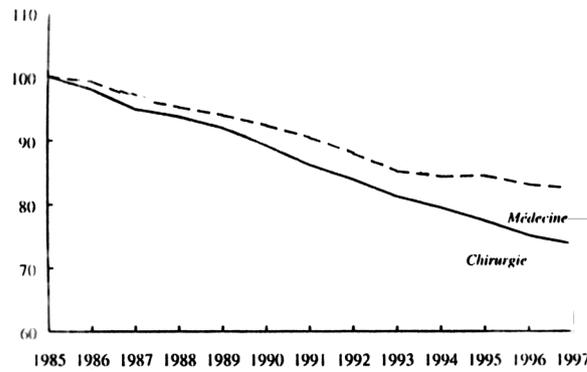


**graphique 3** Soldes de la Sécurité sociale en milliards de francs



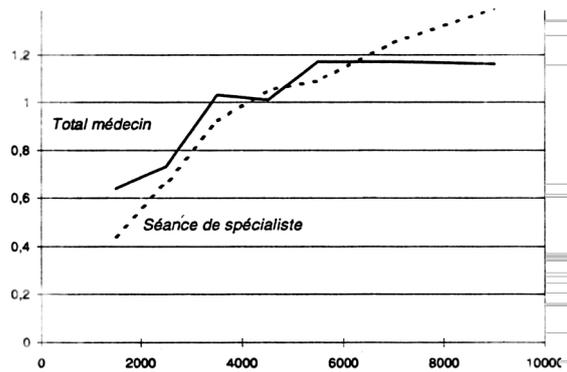
**graphique 4** Journées d'hospitalisation

hôpitaux publics, indice 100 = 1985. Source : Sesi, ministère de l'Emploi et de la Solidarité.



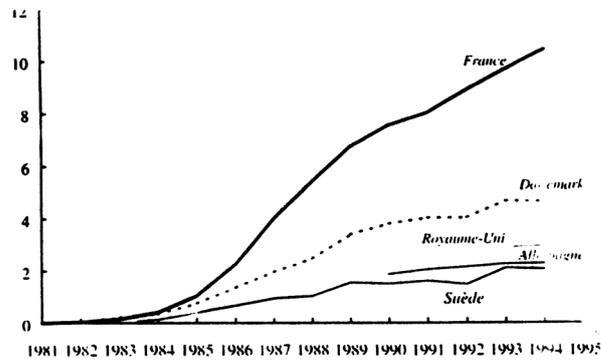
**graphique 5** Recours aux médecins selon le revenu

indices, pour la France, en 1997, des visites aux médecins en fonction du revenu mensuel du patient (revenu par « unité de consommation »). Source : centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en économie de la santé (Credes), février 1999.

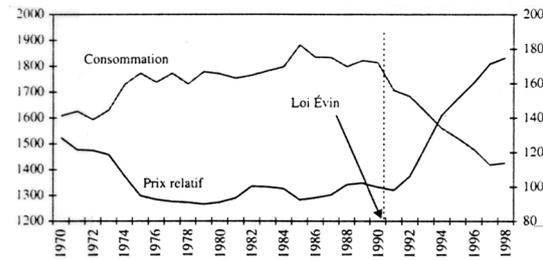


**graphique 6** Décès dûs au sida

nombre de décès pour 100 000 personnes. Source : Michel Mougeot *op.cit.*

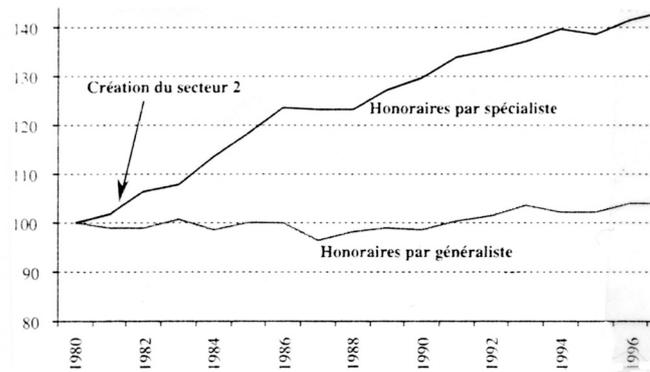


**graphique 7** Cigarettes, prix et consommation nombre de cigarettes par an et par personne, indice des prix, 100 = 1990. Source : centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en économie de la santé (Credes).

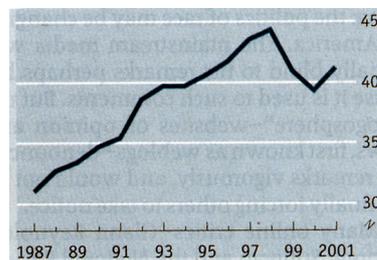


**graphique 8** Honoraires des généralistes et spécialistes

indice 100 = 1980. Source : centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en économie de la santé (Credes).



**graphique 9** Pourcentage de la population américaine non couverte par une assurance maladie. Source : *The Economist*, janvier 2003



|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>35.1 La santé mal gérée</b>                                     | <b>2</b>  |
| 35.1.1 <i>Les défauts de la santé providence</i>                   | 3         |
| 35.1.1.1 Une gestion mal maîtrisée                                 | 4         |
| 35.1.1.2 Une forte augmentation des moyens                         | 4         |
| 35.1.1.3 Des excès sans garantie de qualité                        | 8         |
| 35.1.1.4 Les exclus des soins                                      | 10        |
| 35.1.1.5 Des modes de régulation archaïques                        | 12        |
| 35.1.2 <i>La santé publique négligée</i>                           | 14        |
| 35.1.2.1 Un parent pauvre                                          | 14        |
| 35.1.2.2 Tabagisme et alcoolisme                                   | 15        |
| 35.1.2.3 Aspects sociaux de ces fléaux                             | 17        |
| 35.1.2.4 Toxicomanie et sida                                       | 18        |
| 35.1.2.5 Pauvre Hygiène                                            | 19        |
| <b>35.2 Les blocages</b>                                           | <b>20</b> |
| 35.2.1 <i>Le corps médical</i>                                     | 21        |
| 35.2.1.1 La formation des médecins                                 | 21        |
| 35.2.1.2 Les rémunérations des médecins                            | 22        |
| 35.2.1.3 Des pratiques citoyennes ?                                | 23        |
| 35.2.2 <i>L'État</i>                                               | 24        |
| 35.2.2.1 L'État et les hôpitaux                                    | 25        |
| 35.2.2.2 Le paritarisme français en question                       | 27        |
| 35.2.2.3 L'État et les caisses maladie                             | 28        |
| 35.2.2.4 Concurrence entre organismes de financement ?             | 29        |
| 35.2.2.5 L'État et les médecins                                    | 30        |
| 35.2.3 <i>L'exemple du sang contaminé</i>                          | 31        |
| 35.2.3.1 Le processus                                              | 31        |
| 35.2.3.2 Les causes de la contamination                            | 32        |
| <b>35.3 Santé publique, santé régulée</b>                          | <b>35</b> |
| 35.3.1 <i>Des citoyens impliqués, un État leader</i>               | 36        |
| 35.3.1.1 Débattre et responsabiliser                               | 36        |
| 35.3.1.2 D'un État gestionnaire à un État stratège                 | 38        |
| 35.3.2 <i>Les organismes de financement</i>                        | 39        |
| 35.3.2.1 Mettre en place un double système de financement          | 39        |
| 35.3.2.2 Un organisme de financement de la solidarité par région ? | 41        |
| 35.3.3 <i>Les unités de soin (hôpitaux, cliniques etc.)</i>        | 42        |
| 35.3.3.1 Concurrence entre établissements ?                        | 43        |
| 35.3.3.2 Les PMSI                                                  | 44        |
| 35.3.4 <i>La médecine de ville</i>                                 | 46        |
| 35.3.4.1 L'adhésion du corps médical                               | 46        |
| 35.3.4.2 La gestion médicalisée                                    | 47        |
| 35.3.4.3 Le médecin référent                                       | 48        |
| 35.3.4.4 Des généralistes entrepreneurs ?                          | 49        |
| 35.3.4.5 La formation des médecins                                 | 49        |
| 35.3.4.6 Le syndicalisme médical                                   | 50        |
| <b>Annexe 1 : Pmsi</b>                                             | <b>52</b> |