

Réinventons notre système de santé, au-delà de l'individualisme et des corporatismes

Daniel Benamouzig

► **To cite this version:**

Daniel Benamouzig. Réinventons notre système de santé, au-delà de l'individualisme et des corporatismes. [Rapport de recherche] Terra Nova. 2012, pp.107. hal-01404845

HAL Id: hal-01404845

<https://hal-sciencespo.archives-ouvertes.fr/hal-01404845>

Submitted on 29 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



PROJET
2012

n° 29

RÉINVENTONS NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ AU-DELÀ DE L'INDIVIDUALISME ET DES CORPORATISMES

DANIEL BENAMOUZIG

Président du groupe de travail



Projet 2012 – Contribution n°29

Réinventons notre système de santé

*Au-delà de l'individualisme
et des corporatismes*

Daniel BENAMOUZIG

Président du groupe de travail

Sommaire

Préambule et remerciements	Erreur ! Signet non défini.
Vademecum	Erreur ! Signet non défini.
Introduction : le progrès au-delà des régressions	11

PARTIE I

INEGALITES SOCIALES DE SANTE : COMPRENDRE POUR AGIR

1. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE SONT REELLES, ET ELLES NE SE REDUISENT PAS... 19	
2. RECONNAITRE LA MULTIPLICITE DES CAUSES POUR IDENTIFIER DES LEVIERS D’ACTION	22
3. QUELLES SONT LES POLITIQUES EFFICACES ?.....	26

PARTIE II

UNE POLITIQUE DE PREVENTION ADAPTEE AU 21E SIECLE

1. RENOUELER LE MODELE DE PREVENTION	33
2. PRENDRE EN COMPTE LES MALADIES SOCIETALES ET ENVIRONNEMENTALES.....	35
3. UNE MOBILISATION DE PROXIMITE : IMPLIQUER LES MONDES EDUCATIFS ET PROFESSIONNELS	39
4. UNE STRATEGIE NATIONALE : POLITIQUES, INSTITUTIONS ET MEDIAS	44

PARTIE III

ASSURANCE MALADIE : ETENDRE LA COUVERTURE ET REGULER !

1. LES ENJEUX : EROSION, ET RISQUE D’EFFONDREMENT DE LA PROTECTION.....	51
2. ETENDRE LA COUVERTURE DE L’ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ?.....	56
3. POUR SIMPLIFIER, OSER L’EXTENSION DE LA COUVERTURE.	60
4. A PRESENT, IL FAUT REGULER !.....	63
5. TROIS PRINCIPES DE REGULATION	67

PARTIE IV
POUR UNE POLITIQUE DE COORDINATION DES SOINS.

1. NOUVEAUX DEFIS SANITAIRES ET COORDINATION DES SOINS	73
2. EN FINIR AVEC LA REFERENCE AU « MEDECIN DE FAMILLE » !.....	77
3. DIVERSIFIER LES MODES DE REMUNERATION	79
4. REFORMER LA REGULATION DE LA MEDECINE AMBULATOIRE	81
5. REDONNER DE L'OXYGENE A L'HOPITAL	84

PARTIE V
GOUVERNANCE : INSTITUER L'ETAT DE SANTE

1. POUR UN ETAT SANITAIRE FORT	92
2. POUR UN ETAT SANITAIRE REGIONALISE	95
3. POUR UN ETAT SANITAIRE PLUS DEMOCRATIQUE.....	98
Présentation de Terra Nova.....	104
Terra Nova - Déjà parus.....	105

Préambule et remerciements

Ce rapport est le fruit d'un travail d'élaboration engagé fin 2009. Il a bénéficié de nombreux débats de haute qualité que nous avons pu mener avec un groupe de personnalités qui ont bien voulu accepter de se réunir régulièrement pour échanger avec nous et nous enrichir de leurs réflexions et de leur expertise.

Nos remerciements s'adressent en priorité à ces personnalités :

- Michèle Delaunay, oncologue, députée PS de Bordeaux ;
- Florence Jusot, maître de conférences à l'université Paris-Dauphine (Leda-Legos) ;
- Charlotte Marsac, consultante action sociale et relations institutionnelles au sein du Groupe Chèque déjeuner, société coopérative ;
- et les différents experts, soumis au devoir de réserve, qui se sont impliqués au sein de ce groupe.

Le contenu du rapport et les propositions qu'il contient ne les engagent évidemment en rien, même si nous espérons qu'ils y retrouveront l'essentiel de leurs réflexions.

Le rapport a aussi grandement bénéficié de l'apport d'auditions et de contributions individuelles. Nous remercions ces personnalités pour les éléments de réflexion qu'elles ont bien voulu verser à l'élaboration du rapport et pour le temps qu'elles nous ont consacré :

- Brigitte Dormont, économiste, Professeur à l'université Paris Dauphine
- Catherine Le Galès, Directeur de recherches à l'INSERM
- Frédéric Pierru, politiste, CNRS
- Jérôme Salomon, médecin des hôpitaux, spécialiste de santé publique.

Les échanges ont donné lieu à des comptes rendus rédigés par Sophie Alexandrou et Jonathan Martinez, qui ont aussi participé à l'organisation de séances de travail auxquelles Florian Augagneur a constamment apporté expérience et bonne humeur. Qu'ils en soient ici chaleureusement remerciés.

Daniel BENAMOUZIG
Sociologue, CNRS-Sciences Po
Président du groupe de travail

Vademecum

Lutter contre les inégalités sociales de santé

Proposition n°1 : Inscrire la lutte contre les inégalités sociales de santé parmi les objectifs de toutes les politiques publiques (santé, logement, emploi, urbanisme, transport, environnement, énergie...).

Proposition n°2 : Définir des objectifs quantifiés nationaux et territoriaux de réduction des inégalités sociales de santé et instituer un dispositif pérenne et non partisan d'évaluation.

Proposition n°3 : Suivre et améliorer les conditions de travail des personnes les plus modestes et leurs effets sur l'état de santé physique et psychologique.

Proposition n°4 : Surveiller et réduire les barrières financières à l'accès aux soins, notamment en matière d'assurance complémentaire.

Proposition n°5 : Veiller à ce que l'état de santé ne soit pas facteur d'exclusion sociale, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Proposition n°6 : Intégrer les données et les objectifs de réduction des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information (assurance maladie, hôpital).

Renouveler le modèle de prévention

Proposition n°7 : Définir un schéma national pluriannuel de prévention.

Proposition n°8 : Rapprocher les administrations en charge de la santé publique et de la prévention des administrations en charge de l'organisation hospitalière et de la médecine ambulatoire à l'échelle nationale et régionale.

Proposition n°9 : Prévenir les pathologies sociétales, comportementales ou environnementales à l'aide des divers instruments de prévention : taxe du type pollueur-payeur, éducation à la santé, accompagnement social.

Proposition n°10 : Redéfinir les missions de la communauté éducative et rapprocher les services de PMI et la médecine scolaire.

Proposition n°11 : Améliorer l'accompagnement des troubles précoces et des traumatismes, ainsi que les effets de la fatigue et du stress sur les enfants et les adolescents.

Proposition n°12 : Rapprocher la médecine du travail et les services d'inspection du travail pour créer des services régionaux de santé au travail.

Proposition n°13 : Rendre publics les résultats et actions d'amélioration des entreprises en matière de santé au travail et moduler leur contribution au financement du service de santé au travail selon leurs actions et performances.

Proposition n°14 : Créer une Agence exécutive de santé au travail pour coordonner les actions publiques nationales et régionales dans ce domaine.

Proposition n°15 : Organiser le recueil et la diffusion des données permettant l'évaluation de l'impact sur la santé des conditions de travail, de logement et d'environnement.

Etendre la couverture maladie

Proposition n°16 : Définir une procédure démocratique de définition du panier de soins pour lesquels on veut faire jouer la solidarité.

Proposition n°17 : Garantir un haut niveau de prise en charge de ces soins à travers deux stratégies possibles : (1) une extension de la couverture par la sécurité sociale sur le modèle du régime existant en Alsace Moselle, ou (2) une assurance obligatoire complémentaire régulée.

Proposition n°18 : Délimiter le champ d'intervention des assurances supplémentaires, par nature privées et facultatives.

Coordonner les soins

Proposition n°19 : Promouvoir la création de maisons de santé dans les zones de faible densité médicale (soutiens aux projets innovants).

Proposition n°20 : Diversifier les formes de rémunération individuelle en médecine ambulatoire (paiement à l'acte, à la capitation, à la performance). Interdire les dépassements d'honoraires après diversification des modes de rémunération.

Proposition n°21 : Favoriser l'association de médecins libéraux aux fonctions hospitalières et de santé publique, ainsi que de personnels soignants hospitaliers « hors les murs ».

Proposition n°22 : Créer des formes de paiement à la pathologie associant la médecine hospitalière et ambulatoire.

Proposition n°23 : Renforcer ou créer des filières académiques en médecine générale et en soins infirmiers.

Proposition n°24 : Moduler la tarification à l'activité par groupes homogènes d'établissements.

Proposition n°25 : Diffuser et intégrer à la gestion des établissements des indicateurs de qualité et des indicateurs sociaux.

Proposition n°26 : Renforcer les instances délibératives dans la gouvernance des établissements

Instituer l'Etat de santé

Proposition n°27 : Transférer l'administration du secteur ambulatoire de l'assurance maladie vers l'Etat, tant à l'échelon national que régional.

Proposition n°28 : Renforcer les compétences des Agences régionales de santé dans le secteur ambulatoire.

Proposition n°29 : Créer une Agence exécutive de l'organisation des soins au sein du ministère de la Santé.

Proposition n°30 : Créer une Autorité indépendante de régulation de l'assurance complémentaire santé.

Proposition n°31 : Rassembler au sein d'une Autorité indépendante d'évaluation et de sécurité sanitaire les services de plusieurs agences spécialisées existantes.

Proposition n°32 : Créer des Chambres régionales de santé.

Introduction

Le progrès au-delà des régressions

Le système de santé français est protecteur. Les Français en sont fiers et y sont très attachés, comme l'indiquent de nombreuses enquêtes d'opinion. Souvent considéré comme une référence dans le monde, le système de santé constitue pour les Français l'un des socles du progrès social institué dans les décennies d'après-guerre. Cet héritage est fragile. Il est l'objet d'inquiétudes et de deux menaces. La première est la plus visible et la plus discutée. Elle a un caractère technique et financier. La seconde est moins visible, elle a un caractère social, plus idéologique ou philosophique. Ces menaces s'entretiennent mutuellement, mais sont de nature différente.

Depuis longtemps, les équilibres financiers du système de santé sont précaires. De manière récurrente, des réponses doivent être apportées à l'apparition de déséquilibres financiers plus ou moins « abyssaux », parfois dans l'urgence. Ces difficultés vont s'accroître dans un contexte de dégradation de l'activité économique. Mais cette situation n'a rien d'inédit. Elle est inhérente au mode de financement établi en 1945 : les ressources sont liées au niveau d'activité économique et n'ont aucune raison de coïncider avec les dépenses, liées aux soins. Les premières sont en outre prévues en début d'exercice, les secondes sont constatées en fin d'année. Sans surprise, les ressources prévues sont en général moindres que les dépenses constatées. Le contraire serait d'ailleurs curieux : cela équivaldrait à la signature de chèques en blanc au système de santé... A tel point que d'aucuns qualifient de « mythe » le fameux trou de la Sécu, dont l'existence viserait à mettre sous tension budgétaire le système de santé. Pourtant, l'accumulation de déficits reportés d'année en année accroît la dette sociale, qui dépasse les 135 milliards d'euros en 2010, et alourdit les charges d'intérêt dans un contexte de renchérissement du crédit. Les effets du « mythe » se révèlent bien réels, et potentiellement catastrophiques...

C'est autour de ce système déséquilibré que s'organise la gestion des comptes sociaux. Lorsque les déficits apparaissent, les parades sont aussi multiples que bien connues. Elles sont pratiquées depuis trente ans avec une régularité non démentie, par les gouvernements de droite comme de gauche. Baisse des remboursements de soins jugés peu utiles et augmentation ciblée des prélèvements en sont les deux grands principes. C'est dans ces choix secondaires, qui ne changent pas l'architecture du système, que se dessinent des écarts entre la gauche et la droite. Les différentes majorités ne réduisent pas les mêmes dépenses, ni n'envisagent les mêmes contributions au financement. Sous des allures de technicité, la santé est l'objet de choix éminemment politiques : il s'agit d'arbitrer entre

des intérêts divergents, de savoir qui paiera et qui bénéficiera du système de santé. Ces dernières années le financement des dépenses de santé a ainsi fait l'objet de mesures politiques, parfois très débattues, comme le recours aux « franchises » médicales ou à la taxation des mutuelles. Il a aussi été l'objet de changements plus discrets, quoique lourds de conséquences, dans la structure du financement. Le financement des dépenses de santé par des cotisations prélevées auprès des employeurs et des salariés sur les revenus du travail a laissé place, dans des proportions croissantes, à un financement fiscal assis sur l'ensemble des revenus des citoyens français, mais pas sur ceux des entreprises.

Au-delà des équilibres et des arbitrages financiers, des menaces d'un autre ordre et d'une autre ampleur se profilent. Elles sont moins visibles mais plus profondes. Leurs effets corrosifs minent la cohérence du système et ses logiques constitutives. Ils contournent le principe fondateur de solidarité, sur lequel la protection sociale contre la maladie repose toute entière. Ces menaces sont d'ordre social et idéologique : elles sont liées aux évolutions profondes de nos sociétés et font écho à l'émergence de comportements individuels moins directement associés aux formes d'appartenance collective, notamment aux logiques professionnelles sur la base desquelles le système de santé a été conçu en 1945. Dans les décennies d'après-guerre, l'organisation corporatiste de la protection sociale à partir de régimes professionnels différenciés s'est rapidement doublée d'une organisation, non moins corporatiste, de la profession médicale, puis de l'ensemble des professions de santé. Du côté du monde du travail et de la protection sociale comme du côté des professionnels de santé, ces formes d'organisation collective sont aujourd'hui en crise. L'organisation corporatiste de la protection sociale des décennies d'après-guerre est fragilisée par des formes subies de désaffiliation, dont les individus font souvent l'expérience dans leur rapport au travail, autant que par les bénéfices personnels qu'ils associent de manière plus positive au renforcement de leur capacité individuelle de choix.

Par leurs origines, leurs expressions et leur ampleur, ces tendances se situent à un tout autre niveau que les déséquilibres budgétaires, dont on connaît pourtant l'importance. Elles s'y articulent toutefois, de manière souvent aussi technique que silencieuse. Le basculement du financement des dépenses de santé, de moins en moins abondées par des cotisations sociales assises sur les revenus du travail, et de plus en plus par la fiscalité, ou le transfert de la prise en charge des soins courants de la Sécurité sociale vers les assurances complémentaires, sont des traductions financières concrètes d'évolutions plus diffuses. Elles traduisent techniquement un affaïssement historique des liens d'appartenances professionnelles, que traduisait financièrement le recours aux cotisations sociales. Si les effets de ces tendances au long cours ne sont pas rendus plus explicites et ne sont davantage débattus, si des réponses politiques acceptables ne leur sont pas apportées, des expressions techniques, budgétaires et finalement silencieuses induites par l'individualisation remettront en cause jusqu'aux principes fondamentaux du compromis dont le système de santé français est le résultat historique.

Pour le dire autrement, les nouvelles formes d'individualisme et la transformation des logiques professionnelles, moins corporatistes aujourd'hui qu'aux lendemains de la guerre, exigent plus qu'une gestion rigoureuse des comptes ou d'utopiques régressions vers les

vieux modèles corporatistes de 1945. Subi à travers la désaffiliation dont il résulte, ou choisi en raison des choix qu'il permet, l'individualisme se renforce. Il traverse aujourd'hui de mille manières les formes d'appartenances professionnelles, qui s'y adaptent en le valorisant. Il s'agit d'en tenir compte sans renoncer aux exigences de la solidarité, sans « rompre » les principes historiques du système de santé au risque de le brutaliser. Cet héritage est précieux et ses équilibres sont fragiles. Il s'agit d'y intégrer de nouvelles exigences sociales, afin qu'il traverse plus sûrement les prochaines décennies. Faute d'un nouvel équilibre, les principes du système de santé seront modifiés par touches successives pour laisser place à une organisation plus adaptée à l'individualisme et à la fin des corporatismes, sans nécessairement prendre en compte la solidarité, qui apparaîtra comme une utopie dépassée. Entre les appels à la rupture et le spectre des régressions individualistes ou corporatistes, il est urgent d'envisager les voies d'un progrès partagé en matière de santé. Le système doit intégrer les logiques émergentes de l'individualisme et les logiques plus anciennes de la solidarité dans un nouvel équilibre social, institutionnel et politique. Etant donnée l'ampleur des évolutions à envisager, ce projet nécessite un renforcement des capacités de régulation de l'Etat, traditionnellement faible dans ce secteur. Mais ce renforcement n'est pas une fin en soi : il doit favoriser la diversification et l'individualisation des choix offerts aux Français, notamment aux professionnels de santé.

Comment prendre en compte de manière progressiste la vigueur de l'individualisme et l'affaiblissement des appartenances professionnelles ? Comment intégrer au système de santé français des principes si différents de ceux à partir desquels il a été conçu en 1945 ? Est-ce qu'intégrer ces principes équivaut à renoncer à toute forme de solidarité ? Est-ce qu'anticiper le renforcement de l'individualisme et prendre acte du relâchement des liens professionnels implique nécessairement un affaiblissement de la Sécurité sociale ou un recours élargi au marché ? Nous ne le pensons pas. Au contraire, le système de santé dispose de toutes les ressources pour surmonter le défi posé par l'évolution des comportements, des formes d'organisation sociales, des mœurs et des valeurs, à condition d'être orienté vers de nouveaux équilibres.

Envisager ces nouveaux équilibres suppose de reconnaître toute sa place à la solidarité, sans pour autant renforcer les principes corporatistes et professionnels à partir desquels a été bâtie la Sécurité sociale en 1945, ni le corporatisme médical qui s'est affermi par la suite. Cette nouvelle orientation est d'autant plus délicate à envisager pour la gauche que les forces sociales les plus attachées au modèle historique du corporatisme comptent, aujourd'hui encore, parmi les principaux acteurs institutionnels associés à la gestion du système de santé : syndicats ouvriers et patronaux, syndicats de professionnels de santé, régimes multiples d'assurance maladie, assurances et mutuelles de santé... Certains de ces acteurs sont historiquement, voire organiquement, liés à la gauche. C'est en particulier le cas des syndicats ouvriers et des sociétés mutualistes, héritiers d'une longue tradition. D'autres acteurs entretiennent avec la gauche des liens d'opportunité. Parfois, les intérêts corporatistes de certains professionnels de santé se mêlent d'autant plus volontiers à la défense d'une plus large solidarité sociale qu'ils identifient des ennemis communs, comme le libéralisme économique, le rôle accru du marché ou les réformes récemment engagées par la droite. Or la gauche ne peut se contenter de conserver un héritage historique. Elle ne

peut se contenter de valoriser l'héritage de la Libération. Pour le préserver, elle doit le renouveler. Elle doit l'adapter aux transformations sociales de notre temps, quitte à s'écarter pour cela du modèle historique de 1945 dont sont issues certaines de ses valeurs et certains de ses soutiens. C'est dans un mouvement résolu de projection, plutôt que de réaction ou de régression vers des modèles vieillissants que se dessinent les voies de renouvellement d'un système de santé solidaire.

Concrètement, quelles sont les orientations à privilégier ? Deux tendances se dégagent. La première tendance est horizontale et à dominante individuelle ; elle privilégie la capacité des Français à exercer des choix éclairés. Elle prend acte du relâchement des formes d'appartenances collectives, liées au travail en particulier. Même si on ne saurait sans risque sous-estimer les effets délétères de cette individualisation, y compris du point de vue de ses conséquences sanitaires dans le monde du travail, l'individualisme ne peut être apprécié de manière seulement négative. Il ouvre des voies d'émancipation par rapport aux formes établies d'appartenance. Il offre de nouvelles capacités de choix aux Français, y compris en faveur de nouvelles appartenances collectives ou de nouvelles formes d'organisation collective. C'est autour de ces nouveaux rapports que doivent être conçues la protection des individus et la dispensation des services de santé. Cette tendance invite à renouveler les formes horizontales d'association entre individus, désormais plus diversifiées. La seconde tendance a un caractère plus vertical. Elle souligne que les nouveaux agencements horizontaux ne peuvent se développer sans risque hors d'une régulation affermie, faute de quoi ces nouvelles formes d'association horizontales, dont les modalités concrètes restent à préciser, se traduisent rapidement par la disparition de toute forme de solidarité sous couvert de recours au marché. Etant donné l'affaiblissement des institutions de protection sociale issues du modèle d'après-guerre fondé sur les appartenances professionnelles et le corporatisme médical, il appartient à l'Etat d'exercer ses responsabilités en matière de régulation publique. Ce rôle ne peut plus être délégué aux acteurs de la protection sociale, sur le modèle de la démocratie sociale instituée après la guerre. Le rôle de l'Etat dans la régulation doit être affirmé aux dépens des organismes de protection sociale issus du modèle corporatiste. Son renforcement ne vise nullement à absorber les dynamiques horizontales d'association individuelles, il ne poursuit aucune « collectivisation » ou « étatisation » de la santé. Il vise à rendre possibles, à favoriser et à garantir des dynamiques plus individualisées et à diversifier des pratiques de soins dans le respect de la solidarité entre pauvres et riches, malades et bien portants, jeunes et anciens. C'est à partir d'une articulation entre un mouvement horizontal d'association respectueux de l'individualisme contemporain et un mouvement vertical de régulation publique que peuvent être définies de nouvelles orientations pour le système de santé.

Quelles propositions donnent un contenu pratique à ces orientations ?

En premier lieu, le rapport propose un renforcement sensible des compétences de l'Etat en matière de régulation publique aux dépens de l'assurance maladie d'une part, et à travers une réforme des organes publics de régulation d'autre part. L'idée est de rassembler autour de l'administration centrale des instances de régulation aujourd'hui dispersées auprès de l'assurance maladie ou au sein d'une myriade d'agences spécialisées. Le renforcement de

l'Etat n'a pas vocation à accentuer le centralisme et l'autoritarisme : il doit s'articuler à des dynamiques régionales plus ouvertes, diversifiées et démocratiques, auxquelles la création de Chambres régionales de santé offre un cadre d'expression institutionnel privilégié. Responsable de la protection sociale de l'ensemble des Français, l'Etat doit garantir un haut niveau de prise en charge des soins pour toute la population, à l'instar des niveaux de remboursement pratiqués dans les départements de l'Est de la France. Il doit mettre fin au désengagement de l'assurance maladie en faveur des assurances complémentaires, qui doivent elles-mêmes être régulées par une autorité indépendante garantissant la transparence de ce marché, aujourd'hui singulièrement opaque.

En second lieu, le rapport propose une vigoureuse défense des politiques de santé publique plaçant la lutte contre les inégalités sociales de santé et la prévention aux premiers plans. La lutte contre les inégalités sociales de santé doit être un objectif quantifié et évalué de toutes les politiques publiques (logement, éducation, emploi, urbanisme, transport...), et non seulement des politiques de santé. La prévention doit dépasser le modèle de la protection contre les maladies les mieux identifiées, qu'elles soient aiguës ou chroniques, pour couvrir le domaine plus large et émergent des maladies engendrées par les formes de notre organisation économique et sociale. Un effort particulier doit être réalisé dans le domaine de la prévention des maladies sociétales, comportementales ou environnementales, c'est-à-dire des maladies induites par l'organisation économique et sociale. Cet effort doit se conduire par la mise en place de taxes selon le principe pollueur/payeur.

En troisième lieu, le rapport propose de diversifier les formes d'exercice et de recours aux soins en offrant aux professionnels et aux patients une plus grande diversité de choix dans leurs modes de suivi. Il propose de développer des structures de soins coordonnés en médecine ambulatoire, aux côtés d'un exercice libéral lui-même modernisé grâce à la définition contractuelle et plus individualisée des modes de rémunération. Le rapport propose d'équilibrer la politique hospitalière en instituant des principes de gouvernance plus démocratiques, des formes d'organisation et de financement plus ouvertes sur le secteur ambulatoire et des outils de gestion moins exclusivement financiers, plus respectueux de la qualité des soins et du contexte social et environnemental des établissements. En renforçant les responsabilités de l'Etat, en redéfinissant ses missions de santé publique et en diversifiant les modes de recours aux soins, le rapport suggère de dépasser les régressions individualistes mises en œuvre ces dernières années aussi bien que les réactions corporatistes qui leur sont parfois opposées. Il valorise un projet progressiste inscrivant les aspirations individuelles des Français et des professionnels de santé dans des dynamiques solidaires et, le cas échéant, collectives, garanties par l'Etat.

Ce rapport est composé de cinq parties, consacrées à la lutte contre les inégalités sociales de santé, à la définition d'une politique de prévention, à la régulation de l'assurance maladie, à l'élaboration d'une stratégie explicite d'organisation des soins et à la réforme des structures de gouvernance. Ces thématiques permettent d'embrasser une grande part des dynamiques et des transformations du système de santé, afin de dessiner ses évolutions progressistes. Pour chaque thématique, les chapitres apportent des éléments de diagnostic

et de bilan des politiques mises en œuvre ces dernières années, tout en proposant des orientations assorties de propositions. Certains aspects importants des politiques de santé ne sont cependant pas abordés dans le rapport car elles n'ont pas véritablement fait l'objet de débats au sein du groupe de travail, faute de temps, de moyens ou de compétences. C'est en particulier le cas des politiques de recherche médicale, des études médicales, des politiques de prise en charge psychiatrique et des politiques d'innovation dans le secteur du médicament. La conclusion reprend sous forme de synopsis l'ensemble des propositions formulées dans le rapport.

PARTIE I

Inégalités sociales de santé :

Comprendre pour agir

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considérait le système de santé français comme le meilleur au monde¹. Elle se fondait sur des critères d'efficacité et d'équité. Fort de ce jugement, on persiste à penser qu'en France l'accès à la santé est garanti à tous. Pourtant, il existe d'importantes inégalités sociales de santé dans notre pays, où des différences d'états de santé entre groupes sociaux persistent et même s'aggravent. Un cadre de 35 ans a par exemple 47 ans à vivre en moyenne, contre 41 ans seulement pour un ouvrier. Sans être une spécificité nationale, ces inégalités sont particulièrement importantes en France. Elles ne sont pas récentes, mais leur augmentation régulière depuis les années 1950 est d'autant plus préoccupante que la généralisation de l'accès aux soins à tous, à travers des dispositifs comme la création de la couverture maladie universelle, ne suffit pas à en limiter les effets.

La lutte contre les inégalités sociales de santé et contre leur aggravation exige des politiques innovantes, comme le rappelait en 2008 la commission des déterminants sociaux de l'OMS, le Haut Conseil de Santé Publique en 2009 ou les deux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en 2011. Il s'agit là d'un impératif éthique. Les inégalités sociales de santé sont d'autant plus injustes qu'elles résultent pour l'essentiel de facteurs dont les individus ne peuvent pas être tenus responsables. Elles ne sont pour la plupart liées à aucun choix de comportement. Ces inégalités minent notre système de protection sociale, fondé sur le principe de solidarité. Les Français le savent : à leurs yeux, les inégalités d'accès aux soins sont parmi les plus inacceptables, loin devant les inégalités de revenus ou d'accès à l'emploi.

La réduction des inégalités sociales de santé est aussi un impératif politique plus large, qui dépasse les seules questions de santé. D'un côté, les inégalités sociales de santé résultent

¹ Ce chapitre s'inspire fortement de deux travaux de synthèse sur les recherches existantes sur les inégalités de santé et les politiques permettant de les réduire :

Jusot F. (2010), « Les inégalités sociales de santé : quel constat ? Quels leviers d'action ? », note de synthèse en économie de la santé pour le Club Hippocrate :

http://www.ces-asso.org/sites/default/files/upload/note_synthese/Club_Hippocrate/C.H.F.2.pdf.

Jusot F. (2010), « Les interventions de réduction des inégalités sociales de santé en Europe », in *Réduire les inégalités sociales en santé*, Potvin L., Moquet M.-J., Jones C.-M. (dir.), Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action : 73-88.

de facteurs plus généraux, non spécifiquement sanitaires, comme le logement, l'emploi, l'alimentation ou l'environnement naturel et social. D'un autre côté, le niveau d'inégalités sociales affecte une vaste gamme de problèmes sanitaires et sociaux. Plusieurs études ont récemment montré que ces problèmes étaient toujours plus fréquents dans les pays les plus inégalitaires, comme les Etats-Unis, l'Angleterre ou le Portugal, qu'ils n'étaient dans des pays plus égalitaires, comme le Japon, la Suède ou les Pays-Bas... Mieux, l'occurrence des problèmes sanitaires et sociaux est apparue proportionnelle au degré d'inégalités. Si les facteurs qui expliquent ces différences sont complexes, les liens entre le niveau d'inégalités sociales et leurs effets sur la santé physique et mentale des individus sont sans ambiguïté. Ces travaux ont appelé une réaction piquée au vif de la part des milieux conservateurs et des ennemis de l'« égalitarisme ». A la lumière des données produites, la lutte contre les inégalités sociales de santé doit certes passer par des instruments sociaux et sanitaires, voire plus spécifiquement médicaux, mais s'accompagner aussi de choix politiques plus généraux, relatifs à d'autres politiques publiques.

La définition d'interventions efficaces contre les inégalités de santé nécessite de dresser un constat des connaissances, qui se sont considérablement étoffées au cours des deux dernières décennies, et de définir des leviers pertinents, des principes d'action et des propositions concrètes.

1.

Les inégalités sociales de santé sont réelles, et elles ne se réduisent pas...

Le constat d'importantes inégalités sociales de santé est bien établi en France. Quels que soient les indicateurs de santé retenus (risque de décès, maladie, incapacités ou santé perçue) ou les indicateurs d'appréciation du niveau social associés (revenu, diplôme, classe sociale, patrimoine, statut d'occupation), la même relation est vérifiée : la santé des personnes qui bénéficient d'un meilleur statut social est toujours meilleure que celle des personnes dont le statut social est moins favorable. Cette relation a été établie pour tous les pays du monde. Elle apparaît comme une loi d'airain et un point de départ obligé pour toute réflexion sur la réduction des inégalités sociales de santé.

En France, ce sont les différences sociales de mortalité qui sont les mieux connues. Elles ont été mises en évidence dès le 19^e siècle, grâce aux travaux du médecin hygiéniste Louis Villermé, qui portait sur les différences de mortalité entre quartiers de Paris, en 1828. Plus récemment, les calculs d'espérance de vie par catégories sociales réalisés par l'INSEE, depuis les années 1970, ont confirmé ces inégalités : l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier est de plus de 6 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes.

Les différences de mortalité ne se limitent cependant pas à des oppositions binaires entre cadres et ouvriers, manuels et non manuels, pauvres et riches, bourgeois ou prolétaires. Bien sûr les plus pauvres, en particulier les personnes en situation de précarité et les personnes dont les conditions de travail sont les plus pénibles, présentent des risques de décès plus importants. Fait plus intéressant encore, les relations entre inégalités sociales et santé sont graduelles : dans tous les pays, on observe une diminution progressive du risque de décès au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale ou dans la distribution des revenus, sans effet de seuil. Pour désigner cette relation continue, les spécialistes parlent, depuis une trentaine d'années, du « gradient social de santé ».

Mais ce n'est pas tout. Les inégalités d'espérance de vie se doublent d'inégalités plus qualitatives, liées au nombre d'années vécues en bonne santé. Disposant déjà d'une durée de vie plus courte, les ouvriers vivent un plus grand nombre d'années avec des problèmes de santé. Un ouvrier de 35 ans doit par exemple s'attendre à vivre en moyenne 17 années avec au moins une limitation fonctionnelle nécessitant une aide technique, un aménagement de son poste de travail ou de son domicile, ou engendrant une gêne dans ses

activités. Un cadre, de son côté, ne connaîtra ces problèmes que pendant 13 années de sa vie. Ainsi, alors qu'un cadre de 35 ans vit en moyenne 73 % de son espérance de vie totale sans incapacité, un ouvrier ne passe que 60 % de son espérance de vie totale sans incapacité. Ces différences qualitatives, mesurées en termes d'espérance de vie en bonne santé, sont aussi très marquées chez les femmes, pour qui les différences de mortalité sont moins criantes.

Des différences sociales de même nature apparaissent lorsque l'on rentre dans les détails des pathologies. C'est ce qu'illustre le cas du cancer, domaine dans lequel les inégalités sont flagrantes, tant du point de vue des risques de survenue que des risques de décès. C'est évidemment le cas pour des cancers liés à des contraintes professionnelles, comme le cancer du poumon et le mésothéliome, tragiquement associés à l'usage industriel de l'amiante pendant des décennies. C'est aussi le cas du cancer des voies aérodigestives supérieures, fortement lié à des comportements à risque, certes individuels mais socialement stratifiés, comme la consommation excessive d'alcool et de tabac. En la matière, un fort gradient social de mortalité est observé, avec une mortalité double pour les hommes sans diplôme par rapport aux bacheliers ou aux diplômés du supérieur. Pour certains cancers, on observe cependant une dissymétrie entre les inégalités face au risque de survenue de la maladie et les inégalités face au décès lié à cette maladie. Le risque de cancer du côlon et de cancer du sein est ainsi plus élevé dans les catégories sociales plus aisées. Mais les risques de décès restent significativement plus élevés parmi les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées ou ayant un plus faible niveau d'étude, quelle que soit la localisation du cancer. Ces inégalités de survie s'expliquent par des inégalités d'accès aux structures de dépistage, à la précocité inégale des diagnostics et à la répartition différenciée des individus dans les filières de prise en charge, spécialisées ou non.

Mais les inégalités sociales de santé sont loin d'être seulement l'effet d'activités professionnelles. Elles s'inscrivent dans les corps dès l'enfance, alors même que les différences de mortalité infantile, qui ont polarisé l'attention pendant des décennies, s'estompent heureusement aujourd'hui. Le risque de trisomie 21, par exemple, est plus fort parmi les enfants issus de milieux défavorisés, en dépit d'un risque plus élevé dans les groupes les plus favorisés, en raison d'un âge à la maternité plus élevé. Ces différences s'expliquent par un dépistage moins fréquent et par la poursuite de la grossesse après dépistage plus fréquente dans ces milieux. Après l'enfance, les inégalités de santé se construisent par accumulation, les conditions de vie dans l'enfance ayant des conséquences ultérieures à l'âge adulte. En France comme dans les autres pays d'Europe, l'état de santé perçu des séniors est ainsi corrélé à la profession des parents, ainsi qu'à leur état de santé.

L'existence des inégalités d'état de santé ne fait plus de doute, ni en France ni dans les autres pays européens. Des travaux comparatifs menés en Europe ont comparé l'ampleur des inégalités selon les pays. Ce constat est sévère pour la France, qui est, avec la Finlande, le pays de l'Europe des Quinze où les inégalités sociales de santé sont les plus élevées lorsqu'on les mesure par le risque de décès prématuré selon la profession ou le niveau d'éducation. Pire, la littérature s'accorde sur le constat d'un maintien, voire d'une aggravation des inégalités sociales de santé sur longue période. Les années de vie gagnées

depuis les années 1950 sont plus nombreuses pour les personnes les plus éduquées ou appartenant au haut de la hiérarchie sociale. La différence d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier de 35 ans est de 6,3 années au cours de la période 2000-2008, contre 6 années au cours de la période 1976-1984. De même, la sous-mortalité des femmes non diplômées pour le cancer du sein observée dans les années 1970 s'est réduite, jusqu'à disparaître dans les années 1990. Ainsi le constat des inégalités sociales de santé est à la fois documenté, sûr et politiquement problématique. Il appelle une réflexion sur les causalités, qui permettent d'identifier des leviers d'action.

2.

Reconnaître la multiplicité des causes pour identifier des leviers d'action

Plusieurs types d'explications des inégalités sociales de santé ont été proposés depuis une vingtaine d'années. Elles permettent d'imaginer des politiques permettant de réduire ces inégalités et devront être soutenues à travers un investissement public massif, visant à renforcer l'observation, l'étude et la recherche sur les inégalités sociales de santé, trop peu développées en France, où l'épidémiologie sociale est le parent pauvre de la recherche en santé publique.

Historiquement, l'origine des inégalités sociales de santé a été imputée, au milieu du 19^e siècle, aux conditions de vie et aux mœurs, non sans paternalisme. Les conditions de travail et d'accès aux soins ont également été pointées du doigt dans un contexte d'organisation du mouvement ouvrier et de développement du paternalisme social, à la fin du 19^e siècle. Il s'agissait alors surtout de rendre compte de la situation des plus pauvres, comparée à celle du reste de la population. Depuis, de nombreux travaux ont confirmé l'impact de conditions de travail difficiles ou d'épisodes de précarité sur l'état de santé. Ces explications ont été complétées, beaucoup plus récemment, par d'autres types d'explications dont les conséquences politiques doivent aujourd'hui être tirées.

Au début des années 1980, la publication d'un rapport remis au Royaume-Uni par Lord Black a jeté un doute sérieux sur le modèle classique d'explication dit de « pauvreté absolue ». Non seulement les inégalités sociales de mortalité n'avaient pas disparu en Grande-Bretagne depuis les années 1930, socialement terribles dans ce pays, mais elles avaient augmenté, malgré l'amélioration des conditions de vie, la mise en place de politiques de lutte contre la pauvreté, l'amélioration des conditions de travail et l'instauration d'un accès aux soins gratuit pour toute la population dans le cadre du National Health Service. Tout le monde n'avait pas profité de la même manière des bienfaits de la croissance. C'est à l'occasion de ce rapport que fut découverte l'existence de la relation proportionnelle entre le niveau social et l'état de santé, le fameux « gradient social de santé ». Si importantes soient-elles, les conditions de travail et la pauvreté ne suffisaient plus à expliquer l'augmentation du risque de décès au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale.

D'autres types d'explications ont été proposés, enrichissant la compréhension des inégalités sociales de santé. Deux grandes catégories d'explications ont été avancées. Elles

ne sont pas contradictoires. Les premières mettent en avant la relation entre les inégalités sociales de santé et un ensemble d'interactions entre les comportements des individus et les états de santé observés dans la population, indépendamment des soins dispensés. Les secondes étudient les relations entre états de santé et inégalités d'accès aux soins, dans une perspective plus médicalisée. Ces deux types d'explications des inégalités doivent clairement être distingués, même si elles ne sont pas sans lien. La lutte contre les inégalités sociales de santé a en effet une fâcheuse tendance à se limiter à la recherche d'un accès universel aux soins, certes souhaitable, mais qui ne constitue dans le meilleur des cas qu'un levier d'action parmi d'autres, et sans doute pas le plus important pour appréhender les inégalités sociales de santé.

Parmi les premiers types d'explications, non médicalisées si l'on veut, plusieurs effets ont été identifiés.

- L'explication par les « effets de sélection » : les inégalités de mortalité ne sont pas seulement dues à l'impact du statut social sur la santé, mais aussi, à l'inverse, aux effets que l'état de santé produit en retour sur le statut économique et social des individus concernés, ainsi que sur leur mobilité sociale. L'effet de la santé sur le risque de sortie du marché du travail et sur le risque de chômage a par exemple été démontré sans ambiguïté. Son effet sur les salaires et le revenu est plus nuancé. En France, parmi les salariés bénéficiant d'un emploi, le risque de devenir chômeur quatre ans plus tard est deux fois plus élevé parmi les personnes déclarant un mauvais état de santé que pour les autres. Même si la part des inégalités de santé attribuable à cet effet de sélection est l'objet de débats, l'effet de la santé sur l'emploi semble important, notamment pour les seniors et les personnes souffrant de maladies chroniques. Dès lors, la question n'est plus seulement de réduire la pauvreté et les inégalités de conditions de vie mais de veiller aussi à ce que les problèmes de santé ne soient pas facteur d'exclusion sociale.

- L'explication par les « comportements à risque » : les inégalités sociales de santé dues aux effets de comportements individuels tels que la consommation de tabac et d'alcool, l'hygiène alimentaire ou l'activité physique sont socialement stratifiées. Différents travaux ont montré que le tabagisme, la consommation excessive d'alcool ou le risque d'obésité sont plus fréquents parmi les personnes les moins éduquées et dans les groupes sociaux les plus défavorisés. Ces inégalités de comportements sont en augmentation ces dernières années, les politiques de lutte contre le tabagisme ayant par exemple surtout réduit le tabagisme dans les groupes les plus défavorisés. Bien que très vivement discutée, la part des inégalités de santé attribuable aux comportements individuels semble relativement faible à côté de la part expliquée par les conditions de vie. En France, moins de 10 % des inégalités de santé seraient expliquées par le tabagisme, l'obésité et la nutrition alors que près de la moitié serait expliquée par des circonstances de vie s'imposant aux individus. De plus, il devient très difficile de séparer la part des inégalités de santé attribuable aux conditions de vie d'un côté de celles que l'on peut expliquer par les comportements à risque dans la mesure où l'adoption même de ces comportements est favorisée par les difficultés économiques et sociales.

- L'explication par les « déterminants psychosociaux de santé » : de nombreux travaux montrent que l'environnement social affecte la santé des individus au travers notamment d'effets psychologiques. Ainsi, les sentiments de domination hiérarchique ou de perte d'autonomie, en particulier au travail, associés à une faible position relative dans la société, serait à l'origine d'un stress psychosocial entraînant une dégradation de l'état de santé et une susceptibilité aux causes de mortalité. De plus, la faiblesse des liens sociaux, plus fréquente dans les sociétés les plus inégalitaires, est aussi un facteur de mauvaise santé, à travers un sentiment d'isolement, une moindre diffusion des informations pertinentes sur le système de soins et la difficulté à mobiliser de l'aide en cas de problèmes de santé.

D'autres types d'explications des inégalités sociales de santé ont été associés à un second ensemble d'effets, relatifs aux conditions d'accès aux soins. Dans la plupart des pays européens, à besoin de soins donné, la consommation de soins varie en fonction des revenus. Ces différences sont plus importantes pour les soins de spécialistes, même si leur ampleur varie d'un pays à l'autre. La France se caractérise par de fortes inégalités par rapport à des pays comme les Pays-Bas ou la Grande Bretagne. Pour expliquer ces différences, trois types d'effets ont été identifiés.

- Des barrières financières pénalisent le financement individuel des soins et réduisent l'accès aux professionnels de santé. L'absence d'assurances complémentaires santé, dont les primes et les niveaux de couverture sont par ailleurs eux-mêmes inégaux et largement liés à la situation sur le marché du travail, doit être soulignée. Selon l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES, 15,4 % de la population française déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois. Cette proportion atteint 30 % parmi les personnes qui ne sont couvertes par aucune assurance complémentaire. Alors qu'un discours conservateur dénonce « abus », « fraudes » et autres surexploitations du système de protection sociale, il faut souligner que les personnes ne disposant d'aucune couverture complémentaire ont des dépenses de soins ambulatoires inférieures de 29 % à celles des personnes couvertes. Or l'accès à la couverture complémentaire reste avant tout expliqué par le niveau de revenu. En dépit de la mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui offre une complémentaire gratuite aux 7 % des ménages les plus pauvres, 6 % de la population française reste sans couverture complémentaire. Cette proportion atteint 30 % parmi les ménages non couverts par la CMU-C et ayant un niveau de vie inférieur à 870 euros par mois pour une personne seule. Près de la moitié des personnes non couvertes explique ce choix par des raisons financières, les primes de couvertures complémentaires pouvant atteindre un niveau d'effort financier de l'ordre de 10 % du revenu disponible pour les ménages les plus modestes. Ces effets, qui doivent être reliés à l'évolution des modes de financement obligatoire et complémentaire, peuvent être observés dans d'autres pays. Les inégalités de recours aux soins sont plus fortes dans ceux où le reste à charge des patients est le plus important et dans les pays qui ont accru le rôle des assurances volontaires en matière de financement des soins. Elles sont plus réduites dans les pays qui ont fait le choix de services nationaux de santé, où les soins sont le plus souvent gratuits au point de délivrance.

- Des barrières culturelles et informationnelles limitent aussi l'accès aux soins. L'existence de ces barrières, sur lesquelles ont insisté les sociologues, explique que les populations les plus pauvres et les moins éduquées recourent plus tardivement aux soins et sont davantage orientées vers les soins curatifs, en raison d'une moindre connaissance des filières de soins ou d'un rapport différent au corps, à la maladie. On remarque ainsi d'importantes inégalités sociales dans le recours aux soins de prévention et au dépistage. Ces inégalités demeurent en dépit de la mise en place de programmes de prévention gratuits comme le bilan bucco-dentaire, le dépistage du cancer du sein ou du cancer du colon.

- Enfin, l'organisation de l'offre de soins apporte des réponses différentes aux individus, en fonction de leurs caractéristiques sociales. Hors des cas de discrimination et d'effort différentiel des médecins face à des patients aux exigences différentes, les inégalités de traitement trouvent une explication dans la distance sociale et culturelle entre le médecin et son patient, et dans la qualité de communication qui en résulte. L'information dont dispose le médecin pour soigner un patient produit des effets socialement stratifiés. Au-delà du niveau local de l'interaction clinique, l'organisation du système de soins joue aussi un rôle : les inégalités sociales de consommation de soins sont plus faibles dans les systèmes nationaux de santé financés par l'impôt, où le médecin généraliste a un rôle de *gatekeeper*, de coordinateur des soins et d'orienteur dans le système, que dans les autres systèmes de santé, qui laissent plus de place à l'individualisation des parcours.

Ainsi apparaît un ensemble d'effets contribuant à expliquer les inégalités sociales de santé. Résumons-nous : d'un côté des effets liés aux interactions sociales, parfois complexes, comme l'effet de pauvreté absolue (liens de causalité entre conditions sociales et états de santé), l'effet de sélection (lien inversé entre états de santé et situation sociale) ou les déterminants sociaux de santé (liens entre l'anxiété sociale et l'état de santé) ; d'un autre côté des effets plus directement liés aux conditions d'accès aux soins, qui peuvent être de nature financière, culturelle ou liés à l'organisation des soins. Ces différents facteurs explicatifs offrent autant de pistes d'action. Ils ne doivent pas conduire à précipiter la réflexion dans un sens sectoriel, orientée vers le seul secteur de la santé ou à l'inverse, à oublier que l'accès financier aux soins est certainement une condition nécessaire pour réduire les inégalités de santé même si celle-ci n'est pas suffisante. La pluralité des effets invite à une réflexion plus large, situant les inégalités sociales de santé dans des relations sociales et des politiques publiques, à la fois sanitaires et non spécifiquement sanitaires.

3.

Quelles sont les politiques efficaces ?

Là encore, les travaux sur les politiques de réduction des inégalités sociales de santé restent peu nombreux, en raison du nombre réduit d'interventions mises en œuvre dans ce but mais surtout en raison du manque cruel d'évaluations des interventions mises en œuvre, qui permettraient d'évaluer leurs conséquences effectives sur les inégalités de santé. Dans l'attente d'une évaluation systématique des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé, l'expérience de pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas ou la Suède, qui ont mis en place des politiques publiques de réduction des inégalités sociales de santé, éclaire utilement la situation.

Ces pays ont choisi de réduire les inégalités sociales de santé dès les années 1990, en s'appuyant sur des travaux de recherche sur les inégalités sociales de santé entamées à partir des années 1980, notamment à la suite du rapport Black au Royaume-Uni.

L'élaboration de politiques publiques a systématiquement suivi trois phases successives, nécessaires à la mise en place d'une stratégie cohérente : une phase de mesure et de prise de conscience des inégalités sociales de santé ; une phase de perception de ces questions comme enjeu de politique publique ; et enfin la volonté d'action et de construction d'une politique coordonnée.

Prenant en compte les causes multiples des inégalités sociales de santé, des politiques publiques ont donné lieu à de véritables stratégies, comportant une multiplicité de volets. En amont, il s'agissait de s'attaquer à la formation des inégalités sociales. En aval, les mesures prises visaient à améliorer l'accès aux soins. Des démarches intermédiaires visaient à minimiser l'exposition aux risques et aux comportements à risques des personnes les plus modestes, notamment à travers des dispositifs de prévention et de mobilisation de la médecine ambulatoire.

Au cours des années 1990, ces politiques ont fait l'objet de premières évaluations, qui montrent l'efficacité des différents volets, confirmant par l'action la multiplicité des causes des inégalités sociales de santé. Ces conclusions rejoignent les résultats plus récents de l'évaluation d'interventions encore isolées. Concernant les interventions s'attaquant aux causes non sanitaires des inégalités de santé au travers d'actions visant à améliorer les conditions de vie, de logement, ou l'accès à l'éducation, rares sont les interventions qui ont

été spécifiquement mises en œuvre pour réduire les inégalités de santé. Peu d'entre elles ont donc été évaluées au regard de leurs conséquences sur la santé. Néanmoins, le matériel disponible permet de conclure à l'efficacité des politiques d'amélioration des conditions de logement et des conditions de travail, en particulier pour les plus pauvres, ces conclusions étant par ailleurs cohérentes avec les assez bonnes performances des démocraties sociales du Nord de l'Europe où les inégalités de revenus sont réduites, où l'accès à l'emploi est généralisé et où l'intervention de l'État dans les domaines sanitaires et sociaux est importante.

Une part importante des politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé se sont traduites par des efforts pour limiter les inégalités d'accès aux soins au cours des dernières années. De nombreuses interventions ont donc pu être évaluées et suggèrent la possibilité de réduire les inégalités de santé à travers l'amélioration de l'accès aux soins primaires notamment.

Répondant à l'identification de barrières financières, les politiques visant à éliminer les barrières financières à l'accès aux soins ont un effet incontestable sur le volume de soins consommés et sur les inégalités sociales de recours aux soins. Leurs effets sur les inégalités d'état de santé est en revanche plus difficile à établir. Toutes les politiques de solvabilisation des soins ne sont cependant pas équivalentes. La fourniture directe d'une assurance gratuite pour les plus pauvres s'avère beaucoup plus efficace que le subventionnement indirect, généralement partiel, de primes permettant de recourir à une assurance. En France, le succès de la mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et le succès beaucoup plus mitigé de l'aide à la complémentaire santé en sont de parfaits exemples. En effet, l'aide à la complémentaire santé (ACS ou chèque santé), proposée aux personnes dont le revenu est au plus supérieur de 35% au seuil donnant droit à la CMU-C pour favoriser l'achat d'une complémentaire santé, n'est guère utilisée que par un quart des personnes éligibles. Le faible succès du dispositif tient à la fois au montant laissé à la charge des bénéficiaires pour accéder de manière effective à une assurance complémentaire, au manque d'information des populations ciblées et à la complexité administrative des démarches à entreprendre.

La fourniture de soins gratuits pour certaines catégories défavorisées de la population constitue une autre stratégie possible en matière de réduction des inégalités d'accès aux soins. L'idée est de permettre à certaines catégories de la population parmi les plus défavorisées de pouvoir accéder gratuitement à des soins, dans le secteur hospitalier comme en médecine ambulatoire. La fourniture gratuite de soins pose cependant le problème des réactions hostiles de professionnels de santé moins bien rémunérés par les financements indirectement associés aux soins gratuits pour les patients les plus modestes que pour d'autres types de patients. Les refus de soins de bénéficiaires de la CMUC de la part des médecins spécialistes de secteur 2 et des dentistes, en particulier, offrent un exemple de ce type de limites.

Les politiques de coordination des soins, notamment en matière de soins ambulatoires, s'avèrent efficaces à travers des actions de prévention et de suivi des patients. Plusieurs

études montrent le succès d'actions relevant du *disease management*, qui vise à coordonner les soins de malades chroniques, d'organisation coordonnant des médecins et des infirmières, et plus globalement d'interventions permettant des actions de professionnels intervenant dans les secteurs sanitaires et sociaux.

Pour les questions de prévention et d'éducation à la santé, les messages et actions ciblées visant soit les groupes sociaux défavorisés, soit les zones défavorisées, soit les groupes à risque, sont plus efficaces que les politiques universelles. De même, les mises en œuvre au niveau local semblent à privilégier au détriment des politiques nationales. Enfin, les interventions qui mobilisent les communautés et l'intervention des pairs favorisent l'adhésion des populations les plus modestes. Les ateliers santé-ville en sont un exemple en France, qui malheureusement n'a pas encore été évalué.

Au-delà des questions relatives à l'organisation des soins proprement dit, l'état de l'opinion semble aujourd'hui se situer entre les phases deux et trois de la séquence pouvant conduire à la mise en place de stratégies cohérentes, c'est-à-dire entre une prise de conscience de l'enjeu politique que constituent les inégalités sociales de santé, perçues par les Français comme peu légitimes, et la définition de stratégies coordonnées. Mais prise de conscience n'a pas encore donné lieu à l'élaboration de stratégies d'envergure. Par exemple, si deux objectifs de la loi de santé publique votée en 2004 se référaient aux inégalités sociales de santé (objectifs 33 et 34), ils traduisaient aussi une conception restrictive du problème, privilégiant la réduction des inégalités d'accès aux soins et la prise en compte des populations vulnérables, sans considération pour des dimensions plus générales ou des publics plus vastes. Des frémissements récents indiquent cependant une évolution. Le plan cancer 2009-2013 se référait ainsi à la lutte contre les inégalités sociales de santé, amplement révélée par le rapport du Haut conseil de santé publique en 2009 et les deux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en 2011. Enfin, le ministère de la santé a annoncé que les inégalités sociales de santé seraient un objectif de la prochaine loi de santé publique, en cours de préparation. En somme, tandis que la société et les chercheurs ont fait leur part du chemin depuis une vingtaine d'années, il appartient aux acteurs politiques d'avancer !

Dans ce contexte, il est intéressant de s'inspirer d'expériences étrangères, conduites dans des pays qui ont développé de véritables stratégies dans ce domaine au cours de la dernière décennie. Les cas de l'Angleterre, des Pays-Bas ou de la Suède sont à méditer.

En Angleterre, la politique mise en œuvre par le gouvernement du New Labour au début des années 2000 s'est traduite par une mobilisation politique générale contre les inégalités sociales de santé, portée au plus haut niveau de l'Etat. Cette politique explicite, mise en œuvre dans un pays où le système de santé est à la fois une fierté nationale et un élément de l'identité collective, a suivi différentes phases, conformément au processus séquentiel précédemment évoqué. Reprenant les travaux du début des années quatre-vingts sur les inégalités sociales de santé, notamment le rapport Black, dont les conclusions ont été réactualisées pour l'occasion, de nouveaux rapports publics ont complété la convergence du constat d'importantes inégalités sociales de santé. S'autorisant à parler plus

explicitement d'inégalités sociales plutôt que de « variations », d'« écarts » ou de « différences », qui euphémisaient le phénomène, les travaux réalisés sous la présidence de Sir Donald Acheson en 1998 ont posé les bases d'une réflexion partagée. Une démarche plus large, à l'échelle du Royaume, de nature à la fois académique et politique, a ensuite donné lieu à une intense période de réflexion, d'échange et de débat public sur les objectifs. Un des enjeux était d'évaluer les mérites respectifs de politiques sectorielles, activant des leviers sanitaires, par rapport à des politiques transversales, liées au revenu, à des programmes sociaux ou à l'éducation, notamment en direction des populations défavorisées. En 2001, dans le pur style managérial du New Labour, ces réflexions ont entraîné la mise en place d'objectifs quantifiés à l'horizon 2010 destinés à suivre les effets de politiques sanitaires sur différents groupes sociaux et différentes zones géographiques. A partir de 2003, des indicateurs ont été adaptés à d'autres politiques publiques, comme les politiques de logement, de lutte contre la pauvreté, d'éducation. Les effets attendus en termes de réduction des inégalités de santé n'étaient pas loin de devenir une justification essentielle à toute politique publique ! Cette démarche a impliqué les niveaux territoriaux, notamment à travers les *Primary Care Trusts* chargés de coordonner les soins primaires, dont l'évaluation a inclus des éléments relatifs aux inégalités de santé. Des contrats locaux d'objectifs ont associé des financements publics aux résultats obtenus. Les critères d'allocation des ressources au sein du NHS ont plus généralement été révisés pour favoriser la réduction des inégalités évitables, tant sociales que territoriales, en faveur de zones défavorisées. Selon de nombreux observateurs, l'une des limites de ces politiques volontaristes tient cependant à la dominante sectorielle des leviers d'action envisagés, malgré l'inclusion d'indicateurs dans l'évaluation de politiques plus généralistes. Si des progrès ont été mis en évidence pour les enfants pauvres, et que certaines formes d'inégalités ont diminué pour certaines pathologies, comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires, l'accroissement plus général des inégalités de revenus a affecté négativement les inégalités sociales de santé. Une autre limite politique de l'action entreprise par le New Labour tient à la difficulté d'inscrire dans la durée les dispositifs de lutte contre les inégalités sociales de santé, aujourd'hui remis en cause par le gouvernement conservateur de David Cameron.

Aux Pays-Bas, des démarches comparables ont été mises en œuvre. Au début des années quatre-vingt-dix, un début de prise conscience politique des autorités néerlandaises suscite la mise en place d'un important programme de recherche national sur les inégalités sociales de santé. Il s'accompagne, à partir de 1995, d'une série d'expérimentations locales, conduites dans 12 régions différentes dans un pays caractérisé par d'importantes spécificités locales. L'évaluation de ces expérimentations, en 2001, met en avant les effets favorables d'intervention ciblant des conditions de travail efficaces, des politiques de prévention ciblées (plutôt que de masse) et un soutien psychologique accompagné d'une aide apportée aux personnes malades. Privilégiant ces pistes, le gouvernement définit en 2001 des objectifs quantifiés de réduction des différences d'espérance de vie en bonne santé à l'horizon 2020. Un plan d'action incluant quatre stratégies d'action directement dérivées des expérimentations est mis en place. Il s'accompagne d'une politique de prévention sanitaire ciblée autour de deux groupes privilégiés : les enfants, à travers le milieu scolaire, d'une part, et les patients atteints de troubles psychiatriques, d'autre part.

Plus centralisée, la démarche privilégiée en Suède donne une idée des pistes qui pourraient être suivies en France, au vu d'évolutions déjà engagées en matière de santé publique. A la suite des débats suscités par la communication d'un rapport intitulé « la santé dans les mêmes termes pour tous : objectifs nationaux de santé publique », en 2000, la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé a été associée à une loi de santé publique, dont les objectifs étaient délibérément plus larges que les questions de santé ordinaires. De manière intéressante, certains objectifs de la loi étaient formulés en termes de déterminants sociaux se situant en amont de leurs effets sur la santé, et a fortiori sur le système de soins. Il s'agissait d'explicitier l'importance de déterminants se situant du côté des causes, plutôt que des objectifs formulés en termes de résultats, souvent incantatoires. La loi de santé publique faisait ainsi référence à des déterminants psychosociaux de la santé tels que la cohésion sociale ou la réalisation de soi, la sécurité économique et sociale ou les effets de la santé sur la situation économique, lesquels tiraient, on le voit, les conséquences politiques de la mise en évidence des « effets de sélection » précédemment signalés. Plus directement orientés vers le système de santé, des politiques volontaristes de prévention et de promotion de la santé ont donné lieu à la déclinaison d'indicateurs et d'objectifs chiffrés, permettant un suivi dans le temps. Ambitieuse, cette politique s'est pourtant heurtée à trois principales limites : les indicateurs développés pour évaluer la loi de santé publique ont été quantifiés, mais sans donner lieu à la formulation d'objectifs permettant d'évaluer la réussite ou l'échec des démarches entreprises ; la mise en place des indicateurs n'a pas donné lieu à une réflexion sur les conditions sociales de leur mise en œuvre ; enfin, cette politique a eu du mal à s'inscrire dans la durée, au point d'être remise en cause par une alternance politique ayant porté au pouvoir un gouvernement conservateur, qui a révisé en 2008 la loi de santé publique dans le sens d'un renforcement de la responsabilité individuelle, aux dépens d'une action sur les inégalités sociales de santé.

A travers leur diversité, ces politiques permettent de spécifier les termes d'une stratégie cohérente de réduction des inégalités sociales de santé en France. C'est sur ce point, programmatique, que nous souhaitons conclure ce chapitre.

L'existence de fortes inégalités face à la santé ne fait l'objet d'aucun doute parmi les observateurs informés en France. D'autant moins d'ailleurs que les inégalités observées tendent à s'accroître au fur et à mesure que les états de santé s'améliorent à l'échelle de la population, les mieux dotés bénéficiant davantage et plus rapidement des progrès enregistrés que les plus vulnérables. La littérature s'accorde aussi sur la multiplicité des causes et sur l'importance de déterminants systémiques, se manifestant à l'échelle de la population, par différence avec l'impact des comportements individuels, dont la part sur la formation des inégalités sociales de santé reste modeste. Contrairement à un discours entonné dans les milieux conservateurs, les « différences » sociales de santé ne relèvent pas, pour l'essentiel, de responsabilités individuelles. Si elles ont leur part, elles impliquent une responsabilité collective plus large et une exigence de solidarité.

Jusque récemment, la question des inégalités sociales de santé n'a eu qu'une place modeste dans le débat politique, en dehors de la promotion de l'accès aux soins à travers la création de la CMU. Si des initiatives se font jour, dans les politiques nationales comme

à l'échelle locale, à travers les ateliers santé-ville ou la mise en place des nouvelles agences régionales de santé, une stratégie d'ensemble reste à élaborer. Quels enseignements les connaissances réunies au cours des dernières années, ainsi que les expériences mises en œuvre dans d'autres pays européens, permettent-elles de tirer ?

Quelques axes d'action se dégagent de manière assez claire. Outre la mise à disposition de données, d'études, d'explications, de recherches sur le phénomène, ces axes d'action passent d'abord par un effort permanent et délibéré pour inscrire durablement la question des inégalités sociales de santé parmi les objectifs des politiques de santé, voire des politiques publiques plus largement. Ils passent ensuite par la mise en œuvre d'instruments quantifiés permettant une explicitation et un suivi des objectifs, à partir d'indicateurs chiffrés en particulier. Ils supposent l'identification de publics spécifiques, auprès desquels peuvent être conduites des actions précises. L'organisation des pouvoirs publics, notamment à l'échelle territoriale, qu'elle soit régionale ou municipale, ainsi que l'association des professionnels de santé, notamment au niveau des soins ambulatoires, constituent en outre des conditions de réussite d'une politique de réduction des inégalités sociales de santé. Enfin l'évaluation et l'évolution des objectifs sont de nature à renforcer la pérennité des politiques conduites dans ce domaine.

Ces axes permettent de formuler plusieurs propositions :

Proposition n°1 : Inscrire la lutte contre les inégalités sociales de santé parmi les objectifs de toutes les politiques publiques (santé, logement, emploi, urbanisme, transport, environnement, énergie...).

Proposition n°2 : Définir des objectifs quantifiés nationaux et territoriaux de réduction des inégalités sociales de santé et instituer un dispositif pérenne et non partisan d'évaluation.

Proposition n°3 : Suivre et améliorer les conditions de travail des personnes les plus modestes et leurs effets sur l'état de santé physique et psychologique.

Proposition n°4 : Surveiller et réduire les barrières financières à l'accès aux soins, notamment en matière d'assurance complémentaire.

Proposition n°5 : Veiller à ce que l'état de santé ne soit pas facteur d'exclusion sociale, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

Proposition n°6 : Intégrer les données et les objectifs de réduction des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information (assurance maladie, hôpital)

PARTIE II

Une politique de prévention adaptée au 21e siècle

Depuis longtemps, la prévention des maladies est un point faible du système de santé français. Alors que d'autres pays ont très tôt associé des structures chargées de la prévention aux structures dédiées aux soins, la France a suivi une autre voie, à dominante curative. Au fil des décennies, le système de santé s'est construit à partir d'un divorce entre la prise en charge des soins par des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, et la prévention, organisée dans la sphère administrative. Jusqu'aujourd'hui, la prévention reste largement le fait de l'administration, des collectivités locales, des dispensaires, des centres de santé ou des structures publiques de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Dans un contexte sanitaire en pleine évolution, caractérisé par la montée en puissance des maladies chroniques, cette organisation clivée constitue désormais un réel handicap pour le système de santé français. En témoigne la coexistence d'un système de soins très performant d'un point de vue technique avec le maintien d'importantes zones d'ombre, comme un niveau élevé d'inégalités sociales de santé ou de mortalité évitable prématurée.

Face à ce constat, la prévention doit être pensée autrement². Il s'agit de mobiliser toutes les parties prenantes, y compris les professionnels du soin et les individus eux-mêmes, plutôt que les seuls pouvoirs publics. Les efforts de prévention doivent en outre être orientés vers de nouveaux types de risques ou de pathologies, liés aux modes d'organisation de la vie sociale. Cette nouvelle orientation donne à l'Etat une nouvelle responsabilité et un nouveau rôle en matière de prévention. Sans chercher à se substituer aux responsabilités des autres acteurs de la prévention, au risque de la solitude, de l'autoritarisme ou du paternalisme, il doit se placer au cœur d'un dispositif associant de nombreux acteurs, professionnels et profanes, issus du secteur de la santé proprement dit ou de la société civile. Il doit promouvoir, faciliter, orienter, favoriser l'accès à l'information, aux services de prévention ou de soins lorsqu'ils sont nécessaires, puis laisser à chacun sa part de responsabilité et d'autonomie.

² Bourdillon, F. (dir.) *Traité de prévention*, Paris, Médecine-Sciences, 2009.

1.

Renouveler le modèle de prévention

La prévention doit être pensée autrement. Fondée sur une action publique cohérente à l'échelle nationale, elle doit quitter le giron de l'administration où elle a souvent été cantonnée, pour s'ouvrir davantage aux populations et aux individus eux-mêmes. Les professionnels de santé sont appelés à jouer un rôle clé dans cette ouverture. Mais leur rôle suppose une évolution d'un modèle de prévention encore centré sur les soins aux personnes, pour se rapprocher d'un modèle prenant davantage en compte la santé publique.

Selon l'OMS, la prévention est l'« ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », de type variable selon le moment de l'intervention. Elle couvre un grand nombre d'actions, qui ont conduit à proposer diverses typologies. Ces dernières ne sont pas purement descriptives ou analytiques. De manière pragmatique, elles orientent la définition des politiques de prévention. Elles véhiculent des présupposés lourds de conséquences à propos des relations entre individus, maladie, médecine, société et action publique. Les typologies les plus courantes, popularisées dans les décennies d'après-guerre, sont encore utilisées. Or elles sont en partie obsolètes. De réels efforts doivent être entrepris pour en promouvoir le renouvellement.

Dans le modèle classique, la prévention inclut trois niveaux. La prévention « primaire » est destinée à empêcher la survenue de maladies à travers des politiques visant par exemple à améliorer l'équilibre alimentaire ou à mettre en œuvre des campagnes de vaccination. La prévention « secondaire » intervient une fois que la maladie est survenue, pour permettre la mise en place de traitements précoces plus efficaces et réduire les effets de la maladie. Les politiques de dépistage relèvent de cette seconde catégorie de stratégies. La prévention « tertiaire », enfin, limite les conséquences de la maladie alors qu'elle est déclarée et prise en charge. Les trois niveaux de prévention sont articulés aux soins, jusque dans leur définition. Selon que la prévention intervient en amont, juste avant ou après les soins, la prévention est ainsi dite primaire, secondaire ou tertiaire. Cette typologie était adaptée au tableau clinique et aux besoins sanitaires des années cinquante et soixante, dominé par la lutte contre les maladies infectieuses ou la survenue de cancers, en particulier. Elle restait adaptée à la prise en charge du Sida à partir des années quatre vingt. Elle est de plus en plus discutée, et mise en cause avec la montée en puissance des maladies chroniques ou la chronicisation de pathologies jusqu'il y a peu mortelles à court terme, comme certains cancers ou comme le Sida.

Avec la pérennisation des maladies chroniques, d'autres typologies des actions de prévention ont été proposées. Le Professeur Jean-Louis San Marco, notamment, différencie les stratégies de préventions selon les publics visés, plutôt que selon les rapports qu'ils entretiennent avec le système de soins. La prévention « universelle » s'adresse à tous, quel que soit l'état de santé de chacun. C'est de ce type de démarches que relève les actions de promotion de la santé. La prévention peut être « sélective » lorsqu'elle s'adresse à des individus exposés, avec ou sans facteurs de risque identifiés. C'est là qu'intervient la prévention des maladies proprement dite. Enfin, certaines actions de prévention ont un caractère « ciblé ». Elles sont mises en œuvre en direction de malades dont on connaît les pathologies, et dont la prise en charge permet d'éviter la survenue de complications. C'est de ce registre que relèvent les actions d'éducation thérapeutique, qui permettent à des malades d'acquérir une plus grande autonomie dans la gestion de leur pathologie et de leur traitement.

Dans ce cadre, une campagne de prévention doit faire en sorte que chaque individu s'approprie les mesures et prenne en charge sa santé. Cette conception de la prévention est différente de la précédente. Alors que la première était tout entière orientée vers la perspective de soins à mettre en œuvre, la seconde redonne aux individus le libre-arbitre quant à l'adoption de comportements préventifs. La prévention cherche à emporter la conviction des personnes ciblées, tout en visant à ce que tous les individus puissent effectivement accéder aux moyens de prévention. Elle correspond mieux aux aspirations à l'autonomie des individus. Elle est surtout plus adaptée aux transformations des rapports entre individus, maladie, médecine et santé en ce début de XXI^e siècle. Plus que de nouveaux outils techniques ou professionnels, voire de campagnes de communication, dont il ne s'agit pas de contester l'utilité, la prévention a besoin d'une nouvelle inspiration, d'un horizon favorisant l'association et la mobilisation d'un large spectre d'acteurs professionnels ou profanes, encore trop peu associés aux actions de prévention en tant qu'individus autonomes. Loin d'être imposée de l'extérieur ou fondée sur des actions de contrôle et d'influence des comportements, la prévention doit accroître l'autonomie à travers la mise à disposition d'informations éclairées, capables de renforcer la capacité de chacun, et des plus vulnérables en premier lieu, à faire des choix en toute connaissance de cause, avec des effets que l'on espère les plus favorables en termes de santé.

2.

Prendre en compte les maladies sociétales et environnementales

A l'heure où les maladies infectieuses sont mieux contrôlées et où les maladies chroniques s'imposent comme un défi majeur, la prévention doit aussi prendre en compte l'émergence de nouvelles pathologies, que l'on peut appeler sociétales ou comportementales, voire environnementales. Depuis quelques décennies, nous assistons en effet à un basculement de la médecine. Hier remplis par des malades atteints de tuberculose ou d'autres maladies infectieuses, les services médicaux des établissements de santé accueillent aujourd'hui des malades souffrant de diabète, de cancers du poumon, de dépression, de troubles du comportement alimentaire ou d'obésité, avec toutes les conséquences que ces pathologies entraînent... Les services que l'on appelait hier d'« aliénés » sont devenus des services d'addictologie : l'addiction est la « nouvelle aliénation ». Des maladies nouvelles sont apparues : l'hyperactivité, où la télévision a sa part de responsabilité, le jeu pathologique, l'addiction aux achats ou au sexe. La médecine pasteurienne, orientée vers les maladies infectieuses, est confrontée aux maladies chroniques et à la nouvelle marée montante des maladies sociétales, comportementales. A côté d'elles, et pour l'instant numériquement moins importantes, mais promises à un bel avenir, s'écrit un nouveau chapitre de la médecine, celui des maladies environnementales.

Appeler ces nouvelles pathologies « des maladies sociétales ou comportementales » n'est pas neutre. C'est un parti pris assumé : il s'agit ainsi de souligner les liens que ces nouveaux troubles entretiennent avec l'organisation même de nos sociétés, sans se satisfaire de la seule naturalité des processus biologiques en jeu. L'organisation de nos sociétés se transforme, et entraîne à sa suite une mutation des troubles sanitaires et des enjeux qu'ils représentent pour l'action publique. De la même manière que l'activité humaine détruit la planète, raréfie la couche d'ozone et rétrécit les glaciers, elle altère plus ou moins gravement la santé physique et mentale des individus, avec une gravité particulière à l'égard des moins riches, des moins informés, des plus vulnérables. Ce ne sont pas des agents naturels, des microbes et des virus, qui provoquent à eux seuls ces maladies sociétales ou comportementales. Ce sont bien les formes de l'activité humaine qui les produisent, très directement et dans des proportions croissantes.

Dans la longue liste des affections ou des troubles comportementaux, la part sociale ou sociétale est variable et discutable. D'aucuns ne manqueront pas de souligner que les

vecteurs traditionnels des maladies sont associés à des formes d'organisation sociale, comme le savent les spécialistes de santé publique depuis Hippocrate : toute maladie est sociale par certains aspects. D'autres souligneront que des éléments naturels entrent en ligne de compte parmi les facteurs de causalité des maladies sociales. Non sans raison, ils souligneront le rôle de facteurs génétiques, par exemple pour certaines addictions. Mais même en présence de facteurs génétiques, la part sociale ou sociétale reste importante. Elle favorise l'expression d'une vulnérabilité particulière. Au-delà des querelles d'interprétation, les faits parlent d'eux-mêmes. Ils imposent un nouveau regard sur les maladies sociétales et comportementales et une nouvelle orientation des politiques de prévention. Mieux que de longs discours, quelques statistiques témoignent de manière éloquente de l'importance que prennent ces maladies dans notre pays.

L'obésité concerne 14,5% de la population française. 31,9% de nos concitoyens sont en surpoids. En 12 ans, le nombre d'obèses a augmenté de 3 millions. La prévalence de l'obésité est variable selon les revenus et les régions. Elle est de 22% dans les foyers à bas revenus (enquête OBEPI, 2009).

Aujourd'hui, 2,5 millions de diabétiques sont traités en France, dont 600 000 par insuline ; parmi les 18-74 ans, on trouve environ 20% des personnes atteintes, ce qui permet de conclure à la sous estimation du taux de prévalence établi à 3,95% en 2007. La prévalence est la plus élevée dans les milieux socio-économiques défavorisés et elle augmente de manière continue. L'assurance maladie estime cette croissance à 5,7% par an.

Chaque année, près de 45 000 personnes meurent des suites de l'alcool et environ 5 millions souffrent de troubles liés à une consommation excessive. Malgré une consommation en baisse depuis plusieurs décennies, l'alcool reste la substance psychoactive la plus consommée en France. De nouveaux modes de consommation « intensive » se développent chez les jeunes ; 46% des jeunes de 17 ans disent avoir déjà bu au moins cinq verres d'alcool au cours d'une même soirée.

Près de 35 000 cas de cancer du poumon, dont 9 sur 10 liés au tabac, sont diagnostiqués chaque année avec une augmentation régulière des cas féminins.

Après un recul durant la seconde moitié des années 1990, la consommation de substances telles que l'héroïne ou la cocaïne augmente de nouveau depuis 2003, ainsi que le nombre de décès par surdose. Si le nombre annuel de décès imputés à la consommation de cannabis est de 230 sur une base de 6000 accidents mortels, il est établi que cette substance a une responsabilité dans certaines pathologies comme le cancer du poumon, dont l'usage du cannabis multiplie le risque par trois.

Le jeu pathologique constitue l'exemple le plus spectaculaire de la « percée » des addictions sans drogue. L'augmentation très rapide du nombre des malades risque d'être encore accélérée avec la mise à disposition du jeu en ligne.

Stress et suicide liés au travail occupent le devant de la scène de la médecine du travail, à la fois par le nombre croissant des cas et par leur médiatisation. Sur les 13 000 décès annuels enregistrés en France, 500 à 600 pourraient être considérés comme « professionnels ». Pour autant, les pathologies liées au travail ne sont pas moins nombreuses, avec une fréquence croissante des troubles musculo-squelettiques. A ce propos, on peut évoquer la « pathologie du chômage » ou du « non-travail » qui n'est cernée par aucun chiffre, mais la part de l'inactivité est soulignée dans les facteurs favorisant la survenue des autres troubles comportementaux.

Les maladies sociétales ont souvent un rôle facilitateur de l'une en faveur de l'autre, selon un principe de co-vulnérabilité. C'est particulièrement le cas des addictions. Les joueurs pathologiques en ligne le sont d'autant plus qu'ils sont à la fois dépendants au jeu et à l'écran ; leur addiction s'accompagne dans un nombre très élevé de cas d'une consommation excessive d'alcool (50% d'entre eux), d'un tabagisme (70%) et de l'usage de drogues, sans que l'on dispose de chiffres pour cette association.

Les risques « environnementaux » tiennent le haut du pavé médiatique avec des déclarations spectaculaires liées à une confusion dans les termes utilisés. Ainsi a-t-on pu lire que 80% des cancers étaient liés à l'environnement quand cela signifiait que 80% relevaient de causes externes, non génétiques. De même quand on lit que 30% des cancers sont liés à des causes « environnementales », cela n'incrimine pas obligatoirement les fameux « pesticides » et autres substances toxiques mais aussi les radiations, au premier rang desquelles les UV, les infections virales ou bactériennes...

Il n'en est pas moins vrai que dans ces causes « environnementales » entrent l'usage excessif de produits toxiques (pesticides, dioxine, nitrates, conservateurs, colorants..), les effets secondaires d'usages thérapeutiques (radiations ionisantes), des expositions professionnelles dangereuses (amiante) ou des comportements délétères (exposition excessive aux UV). La question du tabac reste un cas d'école : il s'agit d'une substance dont le seul danger tient au fait qu'il soit fumé ou chiqué, et les cancers liés à ces usages sont donc strictement comportementaux. Ces associations soulignent les liens entre l'occurrence de certains risques et de certaines pathologies avec nos formes d'organisation sociale et nos comportements, plutôt qu'avec les seuls facteurs naturels ou « environnementaux », entendus au sens restrictif des rapports entre l'homme et la nature. C'est à la prise en compte de ces maladies sociétales et comportementales que les politiques de prévention doivent aujourd'hui s'atteler !

La liste des pathologies évoquées n'est pas exhaustive. Dans de nombreux « comportements » pathologiques entrent des facteurs sociétaux sans que nous puissions ou osions parler de maladies : c'est par exemple le cas de nombreuses manifestations de la violence. Même en face de pathologies avérées, comme un type de cancer tel que les lymphomes, il reste délicat et incertain de faire la part entre le rôle de l'allongement de la vie et l'usage des dioxines. Il est alors difficile d'évaluer l'importance de la prévention.

Dans tous les cas cependant, bien qu'à des degrés divers, la prévention a un rôle décisif à jouer. Elle relève du « principe de précaution » quand l'imputabilité reste non démontrée,

comme par exemple avec les colorants ou les conservateurs. Elle renvoie à une obligation d'interdiction pour des produits comme l'amiante. Le plus souvent l'imputabilité n'est pas statistiquement chiffrable et la décision d'agir relève d'un choix politique. Pour lever les incertitudes, il est indispensable de faire des efforts en matière de recherche dans ce domaine en veillant à l'indépendance de celle-ci. Les liens souvent complexes entre les formes d'organisation sociale et l'expression biologique ou médicale de leurs effets doivent être mieux connus, afin d'offrir des prises plus efficaces aux actions de prévention.

3.

Une mobilisation de proximité : impliquer les mondes éducatifs et professionnels

Dans un système de santé historiquement construit pour faciliter la mise à disposition des soins, le rôle des professionnels de santé en tant qu'acteurs de la prévention reste peu visible. Ils participent déjà activement, et en toute légitimité, aux actions de prévention secondaire et tertiaire, qui sont les plus directement articulées aux soins. Ils travaillent en lien direct avec d'autres professionnels de santé, impliqués dans l'éducation thérapeutique par exemple. Leur rôle est aussi important dans la prévention primaire, à travers la participation à l'acquisition et à la diffusion des connaissances scientifiques par exemple. La place des professionnels de santé en matière de prévention doit être renforcée. Différents leviers d'action doivent être envisagés. Des modes de rémunération incluant une part forfaitaire et contractuelle en plus du traditionnel paiement à l'acte peuvent renforcer la place de la prévention dans la pratique clinique. Les pouvoirs publics doivent échanger avec les professionnels de santé grâce à des interfaces, notamment informatiques, facilitant la communication d'informations en temps réel entre l'administration et les professionnels de santé. L'échec de la campagne de vaccination contre la grippe H1N1 a mis en évidence l'absence de circuits de communication entre l'administration, chargée de la santé publique, et le monde médical, largement tenu en lisière du processus.

De plus en plus de facteurs de mauvaise santé appellent en outre à dépasser les frontières professionnelles de la médecine, pour intervenir hors du champ de la santé, dans la société même. La prévention doit impliquer d'autres acteurs, directement concernés par la prévention de certains risques. C'est le cas pour les facteurs d'exposition environnementale, pour le développement de comportements pathogènes ou pour l'aggravation des inégalités sociales de santé. Les politiques de prévention doivent associer la communauté éducative et le monde du travail, dans lesquels existent d'ailleurs depuis longtemps des structures dédiées à la santé. Souvent laissés pour compte des politiques de santé, ces espaces doivent être explicitement associés aux stratégies nationales de prévention. Ces dernières doivent s'appuyer sur des expériences et compétences existantes, parfois consolidées depuis longtemps, comme en médecine scolaire, en médecine du travail ou dans le domaine de la PMI. Ces structures anciennes doivent prendre une place éminente dans la prévention.

Dès le plus jeune âge, l'enfant est un être fragile se développant sous la protection de ses parents et placé dans une relation de dépendance à son environnement social. Ses besoins

sont spécifiques et engagent l'adulte qu'il sera pour le reste de sa vie. Le socle d'une bonne santé tout au long de la vie se forme dès les premières années de la vie, et parfois même avant la naissance. Les structures d'accueil de la petite enfance et de l'École permettent d'atteindre l'ensemble des individus d'une classe d'âge. Après les toutes premières années, le monde éducatif est le seul espace de la société où près de 12 millions de Français âgés de 2 à 19 ans passent plus de 7 heures par jour !

L'enjeu sociétal que représente l'éducation des enfants à la santé est bien identifié par les spécialistes. Il a donné lieu à des initiatives publiques ayant connu une traduction légale. Il est décrit depuis plus de 10 ans dans les circulaires :

« L'objectif est de leur permettre d'acquérir des connaissances, de développer leur esprit critique et d'adopter par là même des comportements favorables à leur santé en développant leur accès à l'autonomie et à la responsabilité. C'est pourquoi la prise en compte de la santé des élèves ne peut être l'affaire de quelques spécialistes mais concerne l'ensemble de la communauté éducative. » (Extrait de la circulaire n°2003-210 du 1er décembre 2003).

Mais le hiatus entre les directives et les pratiques est bien souvent constaté. Si les progrès de la médecine ouvrent de nouvelles voies, le manque de coordination, tant au niveau local que national, rend difficile la mise en place de formes plus construites d'éducation à la santé, pourtant indispensables face au développement de certaines pathologies.

Une réflexion collective sur les enjeux sanitaires de l'école doit être engagée à l'échelle de la communauté éducative dans son ensemble, en relation avec les autres acteurs de santé, notamment territoriaux.

A titre d'exemple, les rythmes scolaires, clé de voute de l'apprentissage des élèves et de l'organisation des établissements, doivent respecter la santé des enfants et favoriser l'éducation pour la santé. Des travaux concordants attestent que la semaine de quatre jours et ses conséquences sur le temps scolaire (durée et intensité accrue des journées, durée des interruptions hebdomadaires, durée des vacances scolaires) bousculent les rythmes biologiques d'apprentissage des enfants, avec des effets souvent accentués pour les enfants et les adolescents les plus vulnérables et les moins favorisés socialement. Ces horaires doivent être réaménagés en prenant en compte les acquis scientifiques et les expériences de pays comparables à la France.

Faire de l'éducation à la santé un vecteur efficace de prévention suppose de s'interroger en permanence sur son rôle et sa fonction, sur ses fondements et ses effets, en lien avec les évolutions sanitaires et sociales. La formation initiale et continue des enseignants et de l'ensemble du personnel en milieu scolaire doit intégrer ces éléments dans le cadre d'une réflexion collective et transversale. Il s'agit non seulement de favoriser les conditions de mise en œuvre de l'éducation à la santé, mais d'éviter aussi que ses objectifs soient implicitement détournés. Il est éthiquement indispensable de cesser de détourner la vocation de l'éducation pour la santé en l'utilisant comme un instrument de contrôle de

l'enfance et de l'adolescence, et dans le cas de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) par exemple, de l'expérience amoureuse. Les programmes de prévention n'ont pas vocation à « empêcher les adolescents d'être adolescents » ! Contrairement aux idées reçues, l'acquisition de savoirs ne suffit pas à déterminer des comportements réfléchis, de même que quelques actions coup de poing sur des fondamentaux en matière de contraception, ou l'écoute de l'infirmière scolaire, lorsqu'elle existe, ne peuvent suffire à éduquer. L'éducation à la santé doit se faire dans le respect d'une acquisition individuelle d'autonomie et de responsabilité des comportements.

Au regard de l'importance des déficits croissants constatés en matière de santé mentale chez les enfants et les adolescents, l'information sur les troubles psychiatriques est indispensable. La médecine scolaire et l'ensemble de la communauté éducative doivent se doter d'instruments favorisant une plus grande sensibilisation aux troubles précoces et à leur identification, une meilleure prise en compte des événements traumatisants susceptibles de survenir (accidents individuels ou collectifs, maltraitance, abus...), un intérêt plus systématique pour les conduites à risques (jeux dangereux, addictions, problèmes liés à l'alcool...) ou plus généralement pour des situations plus anodines ayant des répercussions sur le bien être et la santé des enfants, comme le stress, le manque de sommeil ou la fatigue.

Il s'agit de suivre les élèves-patients dans un environnement multidisciplinaire permettant d'évaluer la pertinence et l'efficacité des mesures prises en partenariat avec le(s) parent(s). Au-delà de la définition d'une stratégie nationale, la principale difficulté réside dans l'implication des familles et des personnes ressources. Elles doivent être plus informées et sensibilisées, et dans certains cas formées. La mise en place d'un Carnet de bien-être ou de mieux vivre de l'enfant, voire d'un contrat famille-école, pourrait offrir des moyens d'échange sur les questions relatives à la santé, mais aussi sur les dimensions plus largement civiques et sociales dont les enfants font l'apprentissage dans l'environnement scolaire.

L'importance des moyens alloués et la répartition des ressources, notamment humaines, ne peuvent être éludées au regard des questions relationnelles et organisationnelles qu'elles posent. Dans ce domaine les inégalités sont criantes. A Paris, 50 médecins officient à temps plein pour 142 000 élèves du premier degré, soit un médecin pour 3 200 élèves. Les régions les plus défavorisées n'ont qu'un médecin pour 15 000 élèves. Certaines zones ne bénéficient tout simplement pas de médecin. Une réflexion conduite en collaboration avec le ministère de la Santé pour que la lutte contre la désertification médicale doit prendre en compte la question spécifique de la médecine scolaire. Il ne s'agit pas de remplacer la médecine de ville (et de village), dont le rôle est essentiel. Il s'agit de veiller à ce que les troubles précoces et les maladies puissent être accompagnés et pris en charge par chaque maillon de la chaîne de santé, y compris dans l'enceinte de l'école.

L'éducation à la santé semble aussi, et peut être surtout, atteindre ses limites dans la « jungle des structures », caractérisée par la superposition historiques des strates institutionnelles et par un manque de cohérence des actions menées en ordre dispersé.

Souvent héritées de démarches engagées depuis des décennies, les structures existantes coexistent avec des missions et des moyens propres, sans toujours être articulées, ni à l'échelle nationale ni à l'échelle territoriale. L'articulation entre Ecole et PMI, par exemple, doit être clarifiée. Un pilotage simple et cohérent doit être redéfini dans le cadre d'un schéma national d'éducation à la santé, transposé au niveau local par les Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC, circulaire 98-108 du 1er juillet 1998) en partenariat avec les Comités départementaux (CODES) et les Comités régionaux (CRES) d'Education pour la Santé. Un suivi et une évaluation régulière de l'Agence régionale de Santé en lien avec les rectorats seraient pertinents pour limiter les inégalités territoriales et ajuster les démarches les plus prioritaires par des actions ciblées. Cette organisation devra tirer bénéfice de nombreuses expériences locales conduites depuis plusieurs années et pouvant être étendues, adaptées voire généralisées.

Si l'on considère que l'éducation à la santé relève de spécificités propres à chaque pays, voire à chaque région, des échanges internationaux ou interrégionaux entre élèves, étudiants, enseignants, médecins et infirmiers scolaires en matière d'actions préventives et de schémas pour l'éducation à la santé doivent être encouragés. Les conférences européennes sur les écoles actrices de la santé en offrent un exemple. Plus que jamais, l'école offre la possibilité d'un renouvellement des perspectives et d'une meilleure articulation des moyens existant dans le domaine de la prévention.

Le monde du travail est un autre espace dans lequel les politiques de prévention doivent être déployées plus activement. La médecine du travail offre un excellent support institutionnel à un tel déploiement de logiques de prévention. Ses objectifs doivent cependant être redéfinis et élargis dans une perspective adaptée aux rapports que les français entretiennent au travail. Le domaine de la santé au travail doit évoluer d'une conception individuelle de la santé personnelle, repérable à l'échelle des individus, vers des démarches plus collectives, populationnelles et globales. Pour ce faire, ce domaine d'expertise doit acquérir une plus grande indépendance par rapport aux employeurs et favoriser un travail pluridisciplinaire auprès/ au contact des travailleurs.

Outre la différenciation des situations selon que les personnes sont ou non en situation d'avoir un emploi stable, la santé au travail doit faire face à des évolutions majeures : le vieillissement des travailleurs, l'intensification des rythmes de travail, la progression des troubles psychosociaux et les risques à effet différé dans un contexte où les liens entre l'entreprise et le salarié sont moins durables apparaissent comme autant de difficultés nouvelles.

Malgré la réglementation récente, qui préconise de renforcer la prévention des risques dans le monde professionnel à partir d'une approche pluridisciplinaire, le principal instrument de la santé au travail reste la visite individuelle d'aptitude. Cette dernière a été pensée en vue d'un examen des travailleurs présents dans l'entreprise, plutôt que dans une perspective de santé publique. Elle ne concerne pas les personnels qui ne font plus partie de l'entreprise, ni ceux qui travaillent auprès de sous-traitants, auprès de sociétés d'intérim ou à domicile. La prévention au travail doit inclure l'identification des risques auxquels ces

travailleurs sont exposés, ainsi que la mise en place d'actions sur leurs lieux effectifs de travail. Elle devrait être élargie aux individus peu ou pas suivis aujourd'hui.

Les objectifs d'un service de santé au travail doivent être redéfinies et organisés. Il s'agit de se fonder sur les acquis de la médecine du travail et de l'inspection du travail pour organiser un service de santé au travail. Les objectifs d'un tel service de santé au travail pourraient être déclinés autour de quelques missions : l'acquisition de connaissances et d'informations sur les risques et la prévention au travail ; la diffusion et l'appropriation de ces connaissances et de ces informations dans les milieux professionnels ; la prévention des risques et des pathologies ; le suivi de la santé individuelle et collective sur les lieux de travail ; et enfin la réparation des dommages.

La réalisation de ces missions suppose une nouvelle organisation territoriale de la santé au travail. A la différence de la médecine du travail, souvent dépendante des intérêts des entreprises, le service de santé du travail doit être coordonné par les pouvoirs publics à l'échelle régionale. Il devrait associer des compétences issues de la médecine du travail et de l'inspection du travail. Une organisation régionale de la santé au travail renforcerait son autonomie sans mettre en cause son insertion nécessaire dans les contextes économiques régionaux et une connaissance de proximité des lieux de travail. Elle favoriserait la pluridisciplinarité, dont pourrait bénéficier de petites structures, qui mutualisent déjà les moyens en médecine du travail. L'organisation régionale de la santé au travail devrait permettre de faire travailler ensemble employeurs, salariés, pouvoirs publics et professionnels de santé, tout en garantissant l'indépendance des professionnels spécialisés et celle des salariés, ainsi que le financement public d'actions de prévention dans ce domaine. Elle pourrait notamment bénéficier de cotisations versées par les entreprises à l'échelle régionale sur la base de barèmes prenant en compte les actions d'amélioration entreprises et les résultats obtenus. Pour dégager des ressources dédiées à la prévention sur le lieu de travail, le suivi individuel obligatoire des travailleurs pourrait être confié à la médecine ambulatoire de proximité, en lien avec les structures en charge de la santé au travail.

Le rôle confié au niveau régional devrait s'articuler à un suivi national des politiques de prévention en matière de santé au travail. La création d'une agence exécutive rattachée au ministère de la santé intervenant dans le domaine de la santé au travail, sur le modèle de l'OSHA américaine (*Occupational Safety and Health Administration*) permettrait de renforcer la visibilité de l'information et les moyens de l'Etat dans ce domaine. Cette agence pourrait contribuer à la diffusion des connaissances et des informations en matière de santé au travail. Elle serait aussi chargée rendre publics les résultats des entreprises de manière identifiable et nominative, afin de favoriser leur implication dans les politiques d'amélioration de la santé au travail.

4.

Une stratégie nationale : Politiques, institutions et médias

Une nouvelle politique de prévention nécessite non seulement une présence de proximité auprès des Français, à travers l'école et le monde professionnel notamment, mais aussi la mobilisation d'acteurs politiques, institutionnels et médiatiques, capables d'agir et de promouvoir la prévention à l'échelle nationale. Le renforcement de la place des individus, des populations, des professionnels de santé et des communautés éducative ou professionnelle dans les politiques de prévention n'implique nullement un retrait de l'Etat, de ses institutions et des moyens sans équivalent dont il dispose. Face au morcellement et à la superposition historique des structures, l'Etat doit fixer un cap, définir une stratégie nationale de prévention favorisant une large mobilisation. Les acteurs institutionnels et politiques ont un rôle primordial à jouer pour favoriser la participation de citoyens informés à la prévention. L'échelle nationale est pertinente pour certaines missions, l'échelle régionale pour d'autres.

Les acteurs institutionnels participent à la prévention dans le cadre de quatre grandes missions. En amont de la chaîne de prévention, les actions relevant de l'acquisition des connaissances sur la prévention et sur les risques d'une part, de la diffusion et de l'appropriation de ces connaissances par les acteurs de terrain d'autre part, relèvent certainement du niveau national. A cette échelle, des expériences étrangères invitent à la réflexion sur la montée en puissance ou la diversification d'institutions nationales. D'ores et déjà, certaines institutions sont chargées de diffuser des messages de prévention dans le cadre de campagnes nationales, à l'image de l'INPES. D'autres interviennent dans la prévention de pathologies plus spécifiques, comme l'INCA pour le domaine du cancer. Enfin, certaines instances évaluent les risques auxquels sont exposés les français dans les domaines de l'alimentation, de l'environnement ou du travail. Diverses et pas toujours coordonnées, les missions de ces institutions doivent être intégrées et coordonnées dans le cadre d'une politique nationale de prévention. En aval de cette chaîne de prévention, la coordination des acteurs localement impliqués dans la prévention ainsi que l'évaluation de leurs actions peuvent être conduites à une échelle régionale.

Le rôle des décisions politiques en matière de santé publique et particulièrement dans le domaine de la prévention n'est pas à démontrer depuis l'introduction de la vaccination obligatoire. La montée en puissance des maladies sociales ou environnementales leur

donne une nouvelle acuité. Le développement de ces maladies n'est pas une fatalité, il n'est pas le simple fait d'évolutions diffuses liées aux changements de comportements. Il résulte aussi du développement d'activités sociales et d'activités économiques, notamment industrielles, qui entraînent une dégradation de la santé, comme l'illustre quelques cas très significatifs.

Le jeu pathologique a été « élevé » en 1980 au rang de maladie mentale répertoriée au DSM-IV, qui classe les troubles psychiatriques, en raison de l'augmentation du nombre de cas ; cette augmentation est parallèle à la « légalisation » des machines à sous dans les casinos et à l'autorisation de ne plus limiter l'implantation des casinos aux lieux de villégiature. L'accessibilité du jeu en ligne va augmenter les risques d'addiction que l'on sait proportionnel à l'offre.

Des études montrent que les choix des enfants sont influencés par la publicité et que les enfants sont prescripteurs des achats de leurs parents. L'élévation de la prévalence de l'obésité chez les jeunes peut être reliée à l'augmentation du nombre des publicités télévisées pour des préparations grasses ou sucrées. Rien de significatif n'a été fait à ce jour pour limiter le nombre de ces publicités non plus que leur impact en raison de la pression des lobbies de l'industrie alimentaire.

Les mesures d'augmentation des prix du tabac et d'interdiction de fumer dans tous les lieux publics vont de pair avec une diminution de la consommation. Or, pendant de très nombreuses années, ces mesures ont été retardées sous le prétexte des rentrées fiscales associées au tabac. La prise de conscience que les coûts de prise en charge des malades étaient beaucoup plus élevés que les rentrées pour l'Etat a été extrêmement tardive. Jusqu'aujourd'hui, la question reste controversée en raison des effets inégalitaires des taxes sur le tabac, qui touchent relativement plus les personnes à faibles revenus.

Les maladies sociétales et environnementales sont, en totalité, des maladies évitables. Si le politique ne peut espérer « changer la société », pas plus qu'il n'a la capacité de « sauver la planète », il doit dans les deux cas opposer des gardes fous pour que l'une et l'autre ne se détruisent pas. Dans la mesure où les maladies sociétales et environnementales ne sont, bien souvent, pas seulement le résultat d'évolutions diffuses liées aux comportements sociaux, mais bel et bien le produit de comportements économiques organisés, il convient d'introduire un principe de responsabilité. Comme en matière de préservation de l'environnement, une contribution économique doit être associée à ces nouvelles formes de pollutions. Un principe pollueur-payeur doit être mis en œuvre lorsque des activités économiques concourent à une dégradation manifeste de la santé. La création de taxes prélevées sur les ventes de sodas ouvre une voie. Les effets incitatifs et sanitaires de mesures fiscales doivent être mieux connus, évalués et adaptés afin d'être mise en œuvre de la manière la plus pertinente.

Selon la belle formule du programme des villes Santé de l'OMS, il convient de « mettre la santé au cœur des décisions politiques » et de n'en prendre aucune sans mesurer son impact en matière de santé physique et psychique, avec le coût médical qui s'y attache. Par

ailleurs, il est essentiel de sensibiliser chaque nouvel élu aux pressions exercées par les groupes d'influence, souvent nombreux et organisés dans ce domaine.

Dans une société comme la nôtre, les médias jouent un rôle essentiel en matière de prévention. Ils sont multiples, bien plus nombreux que les seuls médias spécialisés dans le domaine de la santé, comme le Quotidien du médecin dans la sphère professionnelle, ou une émission telle que Santé magazine auprès du grand public. Considérés dans une acception très large, les médias peuvent être de véritables véhicules d'éducation à la santé et de prévention si l'on favorise la multiplication des vecteurs et des personnes-relais. Ce sont tout autant le pharmacien, le travailleur social, le médecin, les parents, le quotidien ou le mensuel que la télévision qui ont, ensemble et de manière coordonnée, un rôle à jouer. Un tel chaînage d'éducation à la santé est à mettre en place et à consolider en matière de prévention, chaque maillon ayant son importance. Insister sur le fait que les fruits et légumes ont les mêmes bénéfices qu'ils soient achetés frais, en conserve ou congelés, informer sur les différents modes de consommation possibles, ne doit pas uniquement relever des grandes campagnes nationales, mais ponctuelles, du ministère de la Santé. Elles doivent relever d'une responsabilité collective des acteurs de santé, des entreprises et du monde de l'éducation en particulier. C'est en relation avec ces acteurs, et dans un esprit de large mobilisation et de maillage que doivent être mobilisés les médias.

Pour ce faire, il est essentiel de former les journalistes aux enjeux de l'éducation à la santé pour leur permettre d'éviter les stéréotypes ayant un impact fort sur les citoyens, en particulier les jeunes citoyens. Ils doivent aussi, comme les acteurs politiques, être sensibilisés aux stratégies que mettent en œuvre les industriels et les groupes d'intérêts organiser pour influencer le sens de l'information.

S'il ne doit pas s'instituer en censeur au nom de la santé publique, le Conseil Supérieur de l'Audiovisuel a un rôle à jouer sur les effets de certains messages en termes de santé : la minceur extrême présente dans les émissions regardées par un jeune public, tout autant que la publicité pour des produits gras et sucrés sont à contrôler ; plus ou moins efficaces, l'impact des messages mettant en garde contre certains risques doivent être régulièrement évalués. La mise en place de la Charte de l'alimentaire en 2009 en partenariat avec le monde agro-alimentaire doit être étudiée en terme de résultats concrets, et déclinée le cas échéant dans d'autres domaines de santé si son efficacité est avérée.

Compte tenu de tout ce qui a été présenté, la prévention « souhaitable » représente un coût important, et un effort conséquent par rapport à la situation actuelle. L'association d'un large spectre d'acteurs professionnels ou profanes, spécialisés ou non, présents auprès des français dans le cadre des communautés éducatives ou des espaces de travail, a évidemment un coût. La rénovation et l'animation des structures de médecine scolaire et de santé au travail dans un cadre régional a des implications financières notables. Elles doivent être contrôlées, évaluées et mises au regard des avantages attendus.

Le financement sur des budgets annuels n'est pas adapté à certaines politiques de prévention, notamment aux politiques de promotion de la santé. Des modes de financement pluriannuels doivent être institués. L'Etat doit donner l'exemple à travers le vote d'une loi

de programmation et la mise en place de politiques de suivi annuel des objectifs de santé publique à l'occasion du vote des lois de Financement de la Sécurité Sociale.

Dans le cadre de cette évaluation, les coûts doivent être mis en regard des effets attendus. L'objectif premier des dépenses de prévention est de permettre l'amélioration de la santé de toute la population. Les dépenses engagées devraient aussi favoriser, à moyen ou long terme, la réduction de certaines dépenses de soins, qui seront autant de ressources disponibles pour répondre aux demandes croissantes de dépenses de santé. En outre les effets d'une politique de prévention ne se limitent pas à la prévention des maladies, puisqu'au-delà de cet effet attendu, l'objectif d'une politique nationale de prévention est aussi de donner aux citoyens les capacités de faire des choix, les moyens de les réaliser et d'en assumer les implications, en acceptant donc que tous ne fassent pas le choix de la prévention.

La prévention a longtemps été négligée en France au bénéfice des soins. A tel point que les institutions en charge de la prévention se sont surtout développées auprès de l'administration, plutôt qu'aux côtés des professionnels de santé et des patients. Ce modèle administratif était adapté à la prise en des maladies infectieuses ou des cancers dans les décennies d'après-guerre. Il est moins adapté au nouveau tableau clinique, caractérisé par l'importance relative inédite des maladies chroniques et par l'émergence de nouvelles maladies sociétales ou comportementales, voire environnementales. Un autre modèle de prévention doit être promu. Il doit déborder très largement les espaces administratifs traditionnels de la santé publique. Il doit impliquer plus directement les professionnels de santé et les individus eux-mêmes, directement intéressés à la préservation ou la promotion de leur santé et de leur bien être. Ce modèle doit être respectueux de l'autonomie des personnes et valoriser leurs capacités d'information et de choix, plutôt que chercher à contrôler, à orienter ou à sanctionner leurs comportements.

Respectueux de l'autonomie, ce modèle de prévention n'est pas pour autant individualiste, fondé sur la seule « responsabilisation » des personnes, voire des malades. Les individus doivent être considérés dans leur environnement social, à travers des appartenances à des réseaux ou à des institutions d'appartenance, comme l'école ou le monde du travail. Les structures de prévention qui existent depuis longtemps dans ces espaces de vie ne doivent plus être négligées et livrées à elles-mêmes, elles doivent être intégrées dans des schémas transversaux de prévention. La promotion d'un nouveau modèle de prévention exige en outre un engagement fort de l'Etat. Son rôle est avant tout de définir une stratégie nationale cohérente, mettant en relation des institutions déjà existantes, souvent dépositaires d'un savoir-faire éprouvé en matière de prévention mais souvent superposées et étanches les unes aux autres. L'Etat doit par exemple rapprocher les services de PMI et de médecine scolaire, les Agences régionales de santé et les rectorats. Des moyens humains et financiers doivent être affectés à cette stratégie nationale. Leur usage doit être évalué en amont et aval de la décision publique dans le cadre de financements pluriannuels, à l'échelle nationale comme à l'échelle des régions.

Dans cet esprit, nous formulons plusieurs propositions en matière de prévention :

Proposition n°7 : Définir un schéma national pluriannuel de prévention.

Proposition n°8 : Rapprocher les administrations en charge de la santé publique et de la prévention des administrations en charge de l'organisation hospitalière et de la médecine ambulatoire à l'échelle nationale et régionale.

Proposition n°9 : Prévenir les pathologies sociétales, comportementales ou environnementales à l'aide des divers instruments de prévention : taxe pollueur-payeur, éducation à la santé, accompagnement social.

Proposition n°10 : Redéfinir les missions de la communauté éducative et rapprocher les services de PMI et la médecine scolaire.

Proposition n°11 : Améliorer l'accompagnement des troubles précoces et des traumatismes, des effets de la fatigue et du stress sur les enfants et les adolescents.

Proposition n°12 : Rapprocher la médecine du travail et les services d'inspection du travail pour créer des services régionaux de santé au travail.

Proposition n°13 : Rendre publics les résultats et actions d'amélioration des entreprises en matière de santé au travail et moduler leur contribution au financement du service de santé au travail selon leurs actions et performances.

Proposition n°14 : Créer une Agence exécutive de santé au travail pour coordonner les actions publiques nationales et régionales dans ce domaine.

Proposition n°15 : Organiser le recueil et la diffusion des données permettant l'évaluation de l'impact sur la santé des conditions de travail, de logement et d'environnement

PARTIE III

Assurance maladie : étendre la couverture et réguler !

Les Français bénéficient d'un haut niveau de prise en charge collective de leurs dépenses de santé par la Sécurité sociale³. Après une croissance du niveau de prise en charge pendant les trente glorieuses, le niveau de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie ou par l'Etat oscille depuis une trentaine d'années autour de 76% des dépenses totales, avec une légère baisse observée ces dernières années. Ce haut niveau de prise en charge garantit solidarité et équité face à la plupart des risques sanitaires, en particulier face aux situations les plus graves, qui engagent des dépenses lourdes et difficiles à assumer pour les patients et leur entourage. Mais derrière cette rassurante stabilité du haut niveau de couverture des dépenses de santé apparaissent des évolutions plus inquiétantes. Elles témoignent de transformations discrètes mais délibérées du système de protection sociale, suffisamment profondes pour altérer ses principes fondateurs, à commencer par le principe de solidarité.

La diffusion de technologies médicales efficaces mais onéreuses, conjuguée à la montée en charge des maladies chroniques, accroît les dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Parallèlement, les dépenses de soins courants, qui concernent un beaucoup plus grand nombre de personnes, sont laissées dans des proportions croissantes à la charge des patients, soit de manière directe sous forme de « restes à charge », soit de manière indirecte à travers l'acquisition d'assurances volontaires. Derrière une protection de qualité pour les soins les plus onéreux, se profile une privatisation discrète en matière de soins courants.

Projetées dès la fin des années soixante-dix dans les milieux conservateurs à travers l'idée de dissocier la prise en charge des « gros risques » et des « petits risques », cette transformation a été mise en œuvre à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie de 2004, qui a modifié ses principes en prétendant les garantir. Les dispositions prises au milieu des années 2000 engagent l'assurance maladie sur la voie d'une privatisation larvée, dont il importe de prendre la mesure pour envisager des répliques progressistes adaptées.

³ Cette partie s'inspire fortement de développements des publications suivantes : B. Dormont *Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires*, Sève, automne 2010, B. Dormont *Comment financer les dépenses de santé ?*, in *16 nouvelles questions d'Economie contemporaine*, P. Askenazy et D. Cohen éditeurs, Albin Michel, 2010, P.-L. Bras, D. Tabuteau, *Les assurances maladie*, Paris, PUF, Collection Que-Sais-je ? 2012.

Face à la menace d'une dégradation de la couverture des dépenses de santé, trois scénarios sont envisageables. Le premier est le scénario du « statu quo », ou pour mieux dire d'un faux statu quo issu de la réforme de 2004, qui conduit de manière progressive à la complexification, à l'opacification et à la privatisation de l'assurance maladie, notamment en matière de soins courants. Face à ce scénario, se présente une option de « simplification » de la mutualisation des risques, qui conduit à généraliser en France les dispositifs de couverture publics existant depuis des décennies dans l'Est de la France. Moins ambitieuse, mais peut être plus facile à mettre en œuvre, une option de « clarification » conduit à réguler le marché des assurances complémentaires, aujourd'hui opaque et dépourvu de véritable régulateur.

1.

Les enjeux : érosion, et risque d'effondrement de la protection...

Depuis plusieurs années, les Français observent une dégradation continue de la prise en charge de leurs dépenses de santé. Déjà habitués à considérer le maigre montant des remboursements pour leurs lunettes ou leurs prothèses dentaires, ils font le constat récurrent de remboursements moindres, plus tatillons, voire franchement décourageants pour un grand nombre de soins. Partant d'un haut niveau de prise en charge, la protection sociale française s'érode, au risque d'un creusement des inégalités. Cette dégradation n'est pas seulement un phénomène progressif et continu, une « érosion ». Elle s'accompagne de nouvelles fractures, qui segmentent de manière tacite les profils de remboursement et minent en profondeur les principes de solidarité qui fondent l'existence même de la Sécurité sociale.

D'un côté, de nouvelles situations d'exclusion apparaissent pour les ménages à bas revenus, au point d'entraîner des formes de renoncement aux soins. D'un autre côté, les garanties offertes à des personnes souffrant de maladies chroniques leur garantissent un haut niveau de protection, malgré la nécessité d'acquitter des restes à charges parfois importants, en raison des dépassements d'honoraires en particulier. Mais par construction, seuls les malades affectés de maladies chroniques reconnues dans la liste des « affections de longue durée » bénéficient de ce niveau de protection. A l'érosion continue de la couverture contre le risque maladie s'ajoute aujourd'hui l'existence d'une assurance à deux vitesses. Ceci accroît les inégalités et déstabilisent l'équilibre du système, tant du point de vue financier que du point de vue de ses fondements politiques : les principes de l'assurance maladie sont silencieusement foulés au pied.

Les Comptes de la santé permettent de préciser ce diagnostic. En 2010, la consommation de soins et de biens médicaux était couverte à 75,8 % par la sécurité sociale. Ce chiffre illustre le haut niveau de protection dont disposent les français. Si l'on ajoute la part des dépenses prises en charge par l'Etat à celles qui sont financées par la Sécurité sociale, le taux de couverture public atteint 80%. Ce niveau de couverture place la France au dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, qui est de 73%, toutes dépenses publiques confondues (Etat et assurance nationale). Pour autant, il ne faudrait pas considérer que la France serait dans une situation exceptionnelle ou aberrante : elle fait assurément partie du premier tiers des « bons élèves », mais se situe derrière des pays tels que le Royaume Uni (87%), la

Suède (85%) ou le Japon (82%). Elle se situe loin devant les pays ayant attribué une place importante aux assurances de santé privées, comme la Suisse (60%), les Pays-Bas (66%), les Etats-Unis (45%) ou la Grèce (43%).

En France, ce haut niveau de couverture s'inscrit en outre dans la durée. Le niveau actuel a été atteint pour la première fois au début des années 1970 (76,5 % en 1970), après un élargissement assez rapide de la protection, engagé sur des bases volontaristes après la Seconde guerre mondiale. Ce haut niveau de protection a atteint son niveau maximal historique dans les années 1980, avant de décroître lentement jusqu'à son seuil actuel, équivalent à celui du début des années 1970.

La stabilité dans le temps de la part de la consommation de soins financée par la Sécurité sociale et par l'État traduit des évolutions subtiles, qui se jouent en général à quelques points de pourcentage près, mais dont le poids financier est en réalité d'autant plus considérable que les masses financières en jeu sont importantes et en constante augmentation. La dépense de soins et de biens médicaux représentait 5 % du PIB en 1970, et 8,7 % en 2008. Il suffisait de consacrer 3,8 % du PIB pour couvrir 76,5 % des dépenses en 1970. Pour offrir une couverture comparable en 2008, il faut un taux de prélèvements presque deux fois plus important, égal à 6,7 % du PIB. Comme une prolongation de ces tendances est en outre prévisible pour l'avenir, le maintien du taux de couverture offert par la Sécurité sociale et par l'État ne pourra être garanti sans augmentation des prélèvements obligatoires consacrés à l'assurance maladie. On comprend dès lors que le niveau de couverture soit objet de tensions politiques.

Le mouvement d'érosion et de désocialisation de la couverture maladie, peu apparente en termes de pourcentages, est plus notable en termes de masses financières laissées à la charge des ménages. Cette érosion s'est accélérée depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, plusieurs mesures ayant contribué à en accentuer la tendance. Après avoir fait l'objet de contestation au moment de leur mise en place, ces mesures inscrivent leurs effets dans la durée. Ainsi en va-t-il de la mise en place d'un forfait de 1 euro par acte médical en 2005, de l'instauration d'un forfait de 18 euros pour les actes coûteux auparavant exonérés, de l'augmentation régulière du forfait journalier à l'hôpital, passé de 10,67 euros en décembre 2003 à 18 euros aujourd'hui, de la mise en place de franchises par boîtes de médicament et par acte médical (0,5 euros) ainsi que par transport non urgent (2 euros) en 2008, du déremboursement de certains médicaments, ainsi que d'une croissance non régulée des dépassements d'honoraires, à la fois plus fréquents et plus élevés, particulièrement dans certaines régions.

Selon la Cour des Comptes, les « désengagements » de l'assurance maladie se seraient élevés à 3,3 milliards d'euros entre 2004 et 2008. Ces mesures ont abouti à une augmentation de la part des dépenses de santé laissée à la charge des assurés. La couverture de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale a ainsi baissé de 1,3 point entre 2004 et 2010 (de 77,1 à 75,8 %), au profit de la couverture par les complémentaires (+ 0,5 point) et surtout des sommes à la charge directe des ménages (qui passent de 8,3 à 9,4 %, soit une augmentation de 1,1 point). Bien que

discrète en termes relatifs, cette tendance doit être soulignée avec d'autant plus de force que la part laissée à la charge des ménages était jusqu'alors décroissante, en raison d'une progression de la part prise en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie.

Qui paye les soins et les biens médicaux (en %)⁴

	1995	2005	2010
Sécurité Sociale/CMU	78,2%	77%	76,8%
Organismes complémentaire	12,2 %	13,2%	13,7%
Ménages	9,6%	8,4%	9,4%

Au-delà de l'érosion globale, la désocialisation du risque maladie provoque de nouvelles fractures dans le système de protection. Deux lignes de fracture apparaissent.

Sans surprise, une première ligne de fracture concerne les personnes malades qui disposent des revenus les plus faibles. En plus d'être déjà doublement pénalisées par la maladie et par une situation sociale défavorable, ces personnes doivent faire face à des restes à charges élevées, c'est à dire à des difficultés de financement des soins dont elles ont besoin. Contrairement à ce qui prévaut dans nombre de pays, aucun dispositif ne permet en France de plafonner les dépenses qui restent à la charge des patients. L'idée de constituer un « bouclier sanitaire » limitant à une somme maximale le reste à charge des personnes malades a été proposée. Elle reste en attente. Ce dispositif pourrait avoir des conséquences importantes sur le marché des assurances complémentaires santé. Il menacerait leur raison d'être puisque chacun serait garanti par avance de ne jamais devoir consentir une dépense supérieure à un certain montant, dont le niveau devrait être assez bas pour être protecteur en cas de dépenses élevées.

En l'absence de bouclier sanitaire, la détention d'une assurance complémentaire est aujourd'hui une condition d'accès aux soins de base. *A contrario*, le renoncement aux soins est souvent lié à l'absence de couverture complémentaire : 32 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des soins, un taux deux fois et demi plus élevé que celui observé chez les détenteurs d'une complémentaire. La création en 2000 d'une assurance complémentaire adossée à la CMU, dite « CMU-C », a offert une couverture complémentaire gratuite aux personnes à bas revenus, témoignant d'une reconnaissance par les pouvoirs publics du caractère indispensable d'une complémentaire santé pour l'accès aux soins de base. Mais 7 % des individus ne sont couverts par aucune complémentaire, dont plus de la moitié pour des raisons financières. Ce faible pourcentage

⁴ Source : DREES Comptes de la santé

pourrait-il suggérer que l'enjeu politique d'une réforme qui viserait à rendre obligatoire l'assurance complémentaire n'est pas si considérable, que cette question reste secondaire ? Une telle conclusion n'est pas légitime car l'évolution prévisible des dépenses de santé, jointe à l'organisation actuelle de la concurrence entre organismes complémentaires, permet de prédire une rapide augmentation des primes à payer pour certains individus, incitant une part croissante de la population au renoncement à l'assurance complémentaire. La croissance rapide des dépenses de santé, et ses effets différenciés sur les différentes catégories de la population sont appelés à se poursuivre et à accroître la fracture entre les personnes malades les mieux couvertes et les autres.

Une seconde ligne de fracture, moins souvent relevée, sépare les malades atteints de pathologies lourdes ou de maladies chroniques d'autres types de malades. Les premiers font face des dépenses de soins élevées et répétées. Les seconds sont concernés par des soins plus courants ou exceptionnels. Dans le jargon de la Sécurité sociale, la première catégorie de malades relève du régime dit des « Affections de longue durée » (ALD), dont la liste exhaustive est définie par la Sécurité sociale. Les assurés dont la maladie figure sur cette liste bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette affection. Ces patients doivent cependant acquitter un ticket modérateur pour les autres pathologies dont ils souffrent. De sorte que leur taux global de prise en charge par la sécurité sociale avoisine 80%. Ce taux est bien supérieur à celui des autres assurés. Le dispositif des ALD présente sans conteste un caractère protecteur conforme aux objectifs historiques de la Sécurité sociale. Classer un patient en ALD résout ses difficultés de financement et facilite sa vie quotidienne. Mais lorsqu'on l'appréhende d'un point de vue global, ce dispositif est aussi une puissante motivation à l'affaiblissement d'ensemble de l'assurance maladie.

En effet, la stabilité du taux global de couverture des dépenses de santé sur longue période recouvre un changement récent et important dans la structure des dépenses : la part des patients classés en ALD augmente de l'ordre de 4% par an, tandis que le taux de couverture des assurés non ALD diminue. Ces mouvements contradictoires s'alimentent : diminuer la couverture garantie à l'ensemble des assurés permet de financer les ALD, dont le coût est croissant. Réciproquement, la baisse du niveau de couverture pour les malades ne bénéficiant pas du régime des ALD incite à les inscrire plus facilement lorsqu'ils doivent faire face à des dépenses conséquentes.

Or en consacrant un double niveau de couverture, le dispositif des ALD nourrit un désengagement progressif de la sécurité sociale de la part des patients ne relevant pas du dispositif des ALD. Si le taux global de couverture des dépenses de santé par la Sécurité sociale reste stable, aux alentours de 76%, le niveau de prise en charge des patients qui ne bénéficient pas du régime des ALD, lui, diminue. Il serait aujourd'hui de 55%. Cette différenciation mine la cohésion et à terme la légitimité du système : on ne voit pas pourquoi les patients qui ne relèvent pas du régime des ALD devraient adhérer au principe d'une sécurité sociale solidaire si pour un même niveau de cotisation leur couverture se dégrade. Face à la dégradation de leur couverture, les assurés hors ALD devraient se rendre à la conclusion qu'ils « cotisent » trop, et en pure perte ! Ils devraient considérer que les assurances privées offrent une meilleure couverture à un meilleur coût. Ils

devraient considérer que la prise en charge des personnes les plus malades relève de la responsabilité de l'Etat plutôt que de la leur !

Peu visibles en surfaces, les effets de la désocialisation en cours des dépenses de santé peuvent être dévastateurs. Les personnes à bas revenus en font directement les frais. La nécessité de protéger les plus malades institue un régime à deux vitesses. Et les fractures instaurées contreviennent aux principes d'une large solidarité entre assurés, quels que soient leur état de santé ou leur position dans la société. Ces fractures minent les principes de l'assurance maladie. Elles conduisent à échéance rapprochée à une moindre acceptabilité des formes restantes de socialisation. Entamée de manière en apparence bénigne et strictement technique, la désocialisation engage l'assurance maladie sur la pente glissante de sa disparition. Ses effets sont cumulatifs. La désocialisation du risque réduit la légitimité de la socialisation des prélèvements, qui appelle elle-même une désocialisation accrue... Loin d'être une adaptation conjoncturelle, l'érosion délibérée de la protection sociale contre le risque maladie est un changement de philosophie, une sortie de la Sécurité sociale.

2.

Etendre la couverture de l'assurance maladie obligatoire ?

L'érosion de la prise en charge et les fractures qui en résultent minent la cohérence du système d'assurance maladie. Cette érosion résulte, nous l'avons signalé, d'une série de mesures techniques destinées à augmenter la participation financière des patients sans constituer une politique revendiquée. Le souci est avant tout de limiter les réactions que ne manquent pas de provoquer les baisses de remboursement et d'éviter, plus largement, qu'un débat ne s'engage sur le niveau souhaitable de prise en charge collective des dépenses de santé. Mais au-delà des mesures techniques, la désocialisation des dépenses de santé résulte de choix politiques parfaitement assumés, bien que discrets pour ne pas dire soustraits au débat public.

L'un des points d'inflexion les plus importants des dernières années en matière de désocialisation des dépenses de santé est la loi réformant l'assurance maladie votée en août 2004 par le gouvernement Raffarin, au cœur de l'été. Sous couvert de références à la « responsabilisation » de chacun, la loi organise des parcours de soins – objectif en soi louable, quoique limité (voir chapitre organisation des soins) – tout en sanctionnant financièrement les patients qui ne les respectent pas. Surtout, elle institue une nouvelle répartition des dépenses de santé, selon qu'elles relèvent de la Sécurité sociale ou des assurances complémentaires, privées ou mutualistes. Cette répartition n'est pas arrivée au terme de sa logique, notamment en raison des difficultés politiques de procéder aux déremboursements auxquels s'opposent non seulement les patients et les assurés sociaux, mais aussi quantité d'intérêts professionnels ou privés organisés, notamment industriels.

Malgré ses effets en apparence limités, la nouvelle répartition est en place, après plusieurs années de tâtonnements. Elle peut susciter de vives inquiétudes quant aux évolutions possibles du financement des dépenses de santé. Deux points doivent être soulignés à cet égard.

En premier lieu, la réforme de 2004 associe beaucoup plus directement les assurances complémentaires privées et mutualistes à la régulation d'ensemble du système d'assurance maladie. La loi de 2004 a institué, en plus d'une Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), responsable de la coordination des régimes d'assurance obligatoire, une Union nationale des organismes des caisses d'assurance maladie (UNOCAM), qui

associe en particulier la Fédération Nationale de la Mutualité Française et la Fédération des Sociétés d'Assurance aux principaux acteurs de l'assurance maladie. Ensemble, ces acteurs sont supposés contribuer aux arbitrages permettant de définir un périmètre de prise en charge collective, ainsi qu'une répartition entre assurance obligatoire et complémentaire. En clair, ils sont associés à la régulation de l'activité qu'ils pratiquent, ce qui apparaîtrait dans tout autre secteur comme un conflit d'intérêt structurel.

En second lieu, la réforme a institué une autorité indépendante, la Haute Autorité de Santé, chargée, entre autres missions, de tracer de manière aussi explicite que possible les frontières d'un panier de biens et services remboursables par la Sécurité sociale. Au-delà de ce panier destiné à être défini de manière progressive à la suite de décisions techniques, les assurances complémentaires sont libres de proposer des remboursements complémentaires, selon l'offre d'assurance qu'elles souhaitent proposer à leurs clientèles. Bien que les déremboursements préconisés restent modestes, quoique significatifs étant données les sommes en jeu, ils accompagnent les tendances précédemment décrites en termes d'érosion de la prise en charge.

Dans ces conditions, un débat démocratique sur le niveau de couverture et sur les modes de prise en charge des dépenses de santé doit être ouvert. Pour engager le débat, une question simple doit être posée : la réduction de la part des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale est-elle un bon moyen pour affronter les déficits financiers et l'augmentation prévue des dépenses de santé ? Pour le dire autrement, la désocialisation en cours des dépenses a-t-elle un sens ?

La réduction progressive de la prise en charge publique entraîne une augmentation parallèle de la prise en charge des dépenses par les complémentaires ou par les ménages. Dès lors deux hypothèses doivent être envisagées.

Dans la première hypothèse, les organismes complémentaires se substituent en partie à la Sécurité sociale. Mais dans ce cas, il n'y a pas d'effet « responsabilisant » à attendre de la substitution : protégés de la même manière, quoique par des assurances différentes, les assurés se comporteront de manière identique qu'ils soient couverts que une couverture publique, mutualiste ou privée.

Les partisans de la réduction des prélèvements obligatoires y verront un progrès, une dépense privée se substituant à une dépense publique. Mais dès lors qu'il s'agit d'une dépense quasi obligatoire, les effets bénéfiques du transfert sont douteux. A la différence du résultat atteint par d'autres politiques de réduction de la dépense publique, la réduction des remboursements ne permet pas d'envisager des économies permettant d'autres opportunités de dépenses. Le transfert aboutit à un glissement du public vers le privé, mais les dépenses privées restent contraintes et affectées aux mêmes postes. La grande majorité de nos concitoyens considère qu'il est essentiel d'avoir une couverture complémentaire pour faire face aux dépenses de santé. Au total, 92% des assurés souscrivent à une complémentaire, en prenant en compte en particulier les ayants droit à la CMU, qui

disposent d'une complémentaire associée. Ceux qui ne s'assurent pas sont pour moitié ceux qui ne peuvent pas s'assurer du fait de la modestie de leurs ressources.

Sans véritable vertu économique, le transfert du public vers le privé n'est pas neutre du point de vue de l'équité : ce ne sont pas les mêmes qui payent si les ressources sont issues d'un prélèvement obligatoire destiné à la Sécurité sociale, ou si ces ressources prennent la forme d'une prime d'assurance ou d'une cotisation mutualiste. En simplifiant, les prélèvements destinés à la Sécurité sociale sont quasi-proportionnels aux revenus, indépendants voire décroissants avec l'âge et sans relation directe avec les charges de famille. Les cotisations mutualistes ou les primes d'assurance dans le cas d'une assurance souscrite à titre individuel sont en revanche indépendantes du revenu, progressives avec l'âge et dépendent des charges de famille. Autrement dit, le financement socialisé des dépenses de santé à travers la Sécurité sociale organise, par rapport à la protection complémentaire, une redistribution des riches vers les pauvres, des jeunes vers les vieux, des personnes isolées vers les familles.

Ce schéma simple est encore un peu plus injuste dans le cas d'une prise en charge prenant en compte des accords collectifs obligatoires d'entreprise, qui permettent l'acquisition de contrats d'assurance collectifs, souscrits à l'échelle des entreprises. Dans ce cas, la souscription est subventionnée par l'ensemble de la collectivité à travers des exonérations sociales et fiscales spécifiques, dont bénéficient les contributions à ces couvertures d'entreprises. Ces dépenses sociales et fiscales, qui financent le secteur privé de l'assurance santé, sont globalement anti-redistributives : elles profitent aux salariées des grandes entreprises, qui bénéficient déjà de salaires élevés et de conditions sociales avantageuses.

On doit reconnaître aux mutuelles le souci d'avoir longtemps voulu instaurer entre leurs membres des solidarités en fonction du revenu, de l'âge ou des charges des familles. Leurs valeurs démocratiques et leurs modes de fonctionnement participatifs en témoignent jusqu'aujourd'hui. Pour autant, dans un environnement de plus en plus concurrentiel, dans lequel elles doivent s'aligner sur les assurances privées pour survivre et conserver leurs parts de marché, ces pratiques sont difficiles à maintenir. Elles provoquent des phénomènes d'anti-sélection comme disent les économistes : les plus riches, les plus jeunes et les personnes isolées quittent les mutuelles parce qu'ils y ont intérêt, laissant ces dernières assumer les risques les plus lourds. S'il veut survivre, le monde mutualiste est contraint de se banaliser, de s'aligner sur les pratiques de ses concurrents assurantiels, au risque de perdre ses spécificités.

En résumé, dans la première hypothèse, lorsque le désengagement de la Sécurité sociale est compensé par une augmentation du financement par des assurances privées ou par des mutuelles, les effets économiques à attendre de cette substitution contrainte sont nuls, et la nouvelle répartition des efforts de financement risque d'être particulièrement injuste.

Dans la seconde hypothèse, l'érosion de la part publique est compensée par une charge accrue supportée par les ménages. Certains ne manqueront pas de louer un effet « responsabilisant ». De fait, les dépenses de santé, du moins les dépenses de médecine de

ville, diminuent lorsque la part des dépenses acquittée par les ménages augmente. Mais il convient d'être prudent sur l'interprétation du phénomène.

Pour les tenants de la « responsabilisation », cette diminution des dépenses est la marque que les assurés profitent habituellement de la quasi-gratuité des soins pour multiplier des dépenses de « confort » sans grande portée pour la santé. Cela renvoie à une vision commune des comportements : lorsque l'on interroge les Français, par exemple sur les dépenses de médicaments, ils sont nombreux à considérer que leurs voisins « abusent », alors qu'ils considèrent qu'ils ont eux-mêmes un comportement responsable. En fait, les restrictions que s'imposent les personnes non ou mal assurées ne portent pas seulement sur des dépenses « inutiles ». Elles portent aussi sur des services essentiels. Aux Etats-Unis de nombreuses études ont montré que l'observance des traitements médicamenteux, notamment pour les malades chroniques, diminuait lorsque les restes à charge devenaient importants en raison des effets délétères en matière de complications. Par ailleurs, des restes à charge importants conduisent certains patients à renoncer ou à différer le recours aux soins – un premier contact avec son médecin – non sans effets délétères à court ou long terme sur la santé.

Ces inquiétudes sur les effets d'une baisse des remboursements est aggravée par le fait que ce sont bien les assurés les plus modestes qui ont le plus de difficultés à acquérir une assurance complémentaire ou une assurance complémentaires de bonne qualité, alors que ce sont eux qui ont vocation à être « responsabilisés ».

Au total, la diminution insidieuse des remboursements affaiblit des mécanismes redistributifs majeurs et fait courir aux plus pauvres des risques en termes de santé. Elle n'est pas une manière pertinente d'affronter les déficits et les augmentations des dépenses de santé. Elle n'est justifiée que par l'idée qu'il n'est plus possible d'augmenter les prélèvements obligatoires, occultant le fait que ces prélèvements évités se payent mécaniquement par une augmentation des cotisations ou des primes, devenues quasi obligatoires...

3.

Pour simplifier, oser l'extension de la couverture

Dans un contexte où les dépenses d'assurance complémentaire deviennent quasi obligatoires, où le désengagement de la Sécurité sociale a des effets pervers sur l'équité, se pose la question du bien fondé du financement de dépenses contraintes par l'intermédiaire d'opérateurs privés. En d'autres termes, une « nationalisation » de l'assurance complémentaire peut-elle être utilement envisagée ? Loin de constituer une utopie collectiviste ou une vieille lune, cette option revient à simplifier le système existant de protection sociale en alignant la prise en charge organisée à l'échelle nationale sur la situation qui prévaut depuis des décennies dans une région ayant toujours servi de point de repère en matière d'assurance maladie : l'Alsace-Moselle. Cette « nationalisation » prendrait la forme, assez simple techniquement, d'une augmentation du taux de couverture offert par la Sécurité sociale. Loin du particularisme local, ce scénario est régulièrement évoqué dans les débats entre experts sur l'assurance maladie. Il apparaît comme une alternative possible au désengagement de la Sécurité sociale.

Ayant hérité d'un système d'assurance maladie mis en place pendant la période d'annexion allemande, les habitants des départements d'Alsace-Moselle n'ont pas souhaité en 1945 que soient appliqués les tickets modérateurs mis en place dès cette époque dans le reste de la France. Dans cette région, un système local d'assurance maladie obligatoire a été mis en place pour intervenir en complément de la Sécurité sociale. Ce régime de complémentaire publique s'applique depuis lors aux salariés "du commerce et de l'industrie" qui relèvent d'entreprises ayant leur siège social dans la région ou qui travaillent dans la région, ainsi qu'aux retraités, préretraités et chômeurs remplissant certaines conditions d'affiliation. Ce régime couvre 2,5 millions de bénéficiaires. Il assure la prise en charge de la totalité des dépenses hospitalières (ticket modérateur et forfait journalier) et de 90 % de des dépenses de ville. Cette prise en charge s'entend dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, le régime ne prend pas en compte les dépassements de tarifs. La cotisation de 1,6 % prélevée sur la totalité du salaire est aussi perçue sur les prestations des retraités, préretraités et chômeurs.

La pérennité du régime obligatoire d'Alsace-Moselle, dérogatoire du droit commun français, est la marque d'un fort consensus régional parmi ses cotisants et bénéficiaires. Et cela alors même que les comportements électoraux dans cette région attestent que ces habitants ne se distinguent pas par un tropisme particulier pour le collectivisme, ni même pour la social-démocratie...

Comparaison des taux de remboursement du Régime général et du Régime Alsace-Moselle⁵

Prestations	Régime général	Alsace Moselle
Honoraires médecins	70%	90%
Médicaments		
Médicaments irremplaçables et coûteux	100%	100%
Vignettes bleues	35%	90%
Vignettes blanches	65%	90%
Médicaments non spécialisés	65%	90%
Prothèse orthopédie optique	65%	90%
Laboratoires médicaux	60%	90%
Frais de transport	65%	100%
Hospitalisation		
Hospitalisation publique (honoraires...)	80%	100%
Hospitalisation privée (honoraires...)	80%	100%
Médicaments	35% à 100%	100%
Cures thermales médicalement justifiées	80%	100%

Ce régime permet de jeter un regard renouvelé sur la thèse qui voudrait que la réduction de la part de la Sécurité sociale soit inéluctable, inscrite dans le refus des français de cotiser plus pour l'assurance maladie. De plus si l'on raisonne en termes de performance économique, ce régime, adossé à la Sécurité sociale pour le prélèvement des ressources et pour la liquidation des prestations, fonctionne avec des coûts de gestion particulièrement faibles (1%). Pour les organismes complémentaires classiques, les comptes nationaux de la santé évaluent en 2008, les coûts de gestion à 5,4 Mds d'euros – en incluant certainement des charges qui ne sont pas à proprement parler des coûts de gestion – pour des prestations versées s'élevant à 23,4 Mds d'euros. Si l'on s'intéresse vraiment aux possibilités d'économies, il faudrait considérer celles qui pourraient être réalisées si un système obligatoire se substituait aux organismes privés actuels.

⁵ Source : Caisse nationale d'assurance maladie

Le régime d'Alsace-Moselle démontre par la pratique l'intérêt que représente une extension plutôt qu'une érosion de la part des dépenses de santé financées par la Sécurité sociale. Sa généralisation en France conduirait à universaliser un système plébiscité localement par ses ayant droits, et à universaliser le système d'assurance maladie dont bénéficient nos concitoyens de l'Est de la France.

Sauf à privilégier des dépenses d'assurance maladie en forte croissance, le cas échéant accompagnées de rentes de situation, la contrepartie indispensable à l'extension du niveau de prise en charge par la Sécurité sociale est la mise en place d'un examen scrupuleux des biens et services pris en charge par la collectivité en fonction de leur degré d'efficacité économique. Les biens et services médicaux rendant des services insuffisants au regard d'autres biens ou des services disponibles pour des indications analogues devraient être exclus de la prise en charge après une évaluation médicale et économique circonstanciée.

La simplicité est cependant souvent complexe à mettre en œuvre : dans l'état actuel des rapports politiques et sociaux, une généralisation du système existant en Alsace Moselle est délicate. Mise en œuvre dans l'intérêt de beaucoup de Français, elle remettrait en cause de nombreux intérêts. Sa mise en œuvre devrait faire face à une puissante coalition. L'extension de la Sécurité sociale réduirait les parts de marché des assurances complémentaires et des mutuelles, qui s'y opposeraient. La profession médicale serait divisée et verrait ses franges les plus conservatrices se mobiliser contre le « collectivisme ». Le scénario d'une « nationalisation » des assurances complémentaires remettrait en cause les perspectives des personnes salariées dans les organismes complémentaires, dont l'inquiétude serait instrumentalisée. Alors même que le régime d'Alsace Moselle possède les avantages de la simplicité, de l'équité et de l'efficacité, l'état des rapports politiques le rend difficilement envisageable à court terme. Ce scénario de « nationalisation », ou d'extension de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie, pourrait s'accompagner du renforcement actuellement débattu du financement fiscal de la protection sociale, quelles qu'en soient les formes privilégiées (CSG, rapprochement de l'impôt sur le revenu et de la CSG, TVA sociale...).

Dans l'immédiat, ce détour permet de souligner la cohérence d'un projet ne se résignant pas à l'érosion de la protection collective face à la maladie. Il ne résout pas à lui-seul toutes les difficultés de l'assurance maladie. Il partage par exemple avec d'autres régimes d'assurance maladie les difficultés qu'engendrent les dépassements d'honoraires, dont il réduit les effets sur les restes à charge acquittés par les patients. En outre, ce scénario devrait impérativement être assorti de procédures d'évaluation médicale et économique rigoureuses, permettant d'évaluer et de comparer l'utilité des biens et services que la collectivité choisirait d'inclure dans le périmètre élargi de prise en charge. A défaut de pouvoir être aisément mis en œuvre, ce scénario doit laisser envisager un autre scénario, prenant plus directement en compte la persistance d'un système d'assurance dual, associant la protection complémentaire à la Sécurité sociale. La régulation de cet ensemble doit dans l'immédiat être envisagée.

4.

A présent, il faut réguler !

Dans un contexte où l'assurance complémentaire s'est développée de manière souvent opaque pour les assurés, les pouvoirs publics sont appelés à intervenir dans la régulation du marché de l'assurance complémentaire. Il n'est pas possible de privilégier un désengagement de la Sécurité sociale, qui renforce les mécanismes de concurrence entre assureurs complémentaires, sans mettre en place les dispositions de régulation. Or, le secteur des complémentaires santé est aujourd'hui peu et mal régulé.

Le secteur des complémentaires santé est encadré par des dispositions de droit commun et par des dispositions plus spécifiques, ayant fait l'objet de révisions dans le cadre d'une récente refonte du code de la mutualité et d'évolutions du code des assurances. Au tournant des années 2000, l'un des enjeux de ces évolutions était d'appliquer les directives européennes sur les assurances, d'inspirations libérales et favorables à la mise en concurrence, tout en préservant les spécificités historiques des mutuelles françaises, notamment le caractère démocratique de leur organisation et le rôle structurant des assemblées générales d'adhérents. Chargé d'une réflexion préparatoire, Michel Rocard réussit à jeter un pont entre les deux sources d'inspiration, en préservant les caractéristiques, et à vrai dire l'existence même de mutuelles, autrement menacées de disparaître dans leur spécificité. Depuis, le désengagement progressif de la Sécurité sociale et les réformes de l'assurance maladie votées en 2004 ont changé la donne.

Les organismes d'assurance complémentaire regroupent les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Deux cinquièmes des détenteurs d'une assurance complémentaire en bénéficient grâce à un contrat collectif d'entreprise. Pour les autres, l'accès aux complémentaires est facultatif. Il suppose le paiement d'une prime en général indépendante du revenu et croissante avec l'âge. Dans ce cas le financement est dégressif : en 2006, la part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire hors employeur était de 2,9 % pour les ménages les plus aisés mais pouvait atteindre 8 % pour les ménages les plus modestes. Un tel effort pour la seule complémentaire santé peut sembler prohibitif aux ménages modestes, au point de les conduire à renoncer à l'assurance.

La place des complémentaires s'accroît tant dans le financement que dans la gouvernance du système de santé. En France, leur rôle reste moindre que dans des pays comme la Suisse ou les Pays-Bas, qui ont fait le choix de recourir aux assurances privées obligatoires pour

financer la totalité de leurs dépenses de santé. Dans ces pays, le recours à la concurrence a nécessité la mise en place d'une régulation complexe obéissant à deux principes. D'abord, il s'agit de favoriser la concurrence entre opérateurs en renforçant les possibilités de choix des assurés. La mise en place de contrats standardisés favorise la comparabilité des services offerts et donne la possibilité de choisir de manière informée. D'un autre côté, les mécanismes de sélection des risques engendrés par le libre choix d'une assurance sont compensés par des mécanismes de péréquation et de mutualisation au niveau national. Ces dispositions visent à transférer des sommes perçues par les assureurs disposant d'une forte proportion d'assurés jeunes et bien portants vers ceux dont le portefeuille comporte plus de personnes à risque. Autrement dit, les mécanismes de solidarité ne sont pas inscrits dans les statuts des organismes mais dans la régulation du secteur : l'obligation d'assurance permet une mutualisation des risques à très large échelle ; l'interdiction de la sélection des risques et la fixation d'une prime indépendante des problèmes de santé permettent à la solidarité de jouer ; la compensation des risques et l'imposition d'un contrat standard découragent la sélection des risques qui passerait par une stratégie de ciblage de publics particuliers.

En France, la part plus modeste des assurances complémentaires n'a pas exigé de dispositifs de régulation analogues. Tant que l'on considère leur part globale dans le financement des dépenses de santé, les tendances restent constantes et n'exigent pas de transformation majeure. Pourtant, dans certains domaines, en particulier pour les dépenses de soins courants, y compris dans des situations sanitaires sérieuses, le rôle des assurances complémentaires devient souvent décisif. L'augmentation des cotisations des mutuelles ou des primes d'assurance traduit l'importance croissante de leur rôle dans le financement des dépenses. Or la quasi absence de régulation du secteur des complémentaires santé n'a jusque récemment fait l'objet d'aucun débat dans l'espace public.

Lorsqu'elle est envisagée, la régulation des assurances complémentaires santé se rapporte à deux questions générales et presque hors-sujet tant elles laissent échapper les principales préoccupations mentionnées ci-dessus.

D'un côté, le rôle des complémentaires santé est abordé dans le cadre de réflexions plus générales sur la régulation du système de santé dans son ensemble. Ce fut le cas à l'occasion du vote de la loi sur l'assurance maladie de 2004, qui a aussi invité les complémentaires à la table des régulateurs, sans que rien ne soit prévu pour les réguler elles-mêmes ! D'un autre côté, le rôle des assurances complémentaires est envisagé dans le cadre de la régulation des institutions financières. Dans le contexte de crise que chacun connaît, la régulation financière concerne l'ensemble des banques et des assurances, sans spécificité pour le domaine sanitaire, marginal à l'échelle du système financier dans son ensemble. De sorte que la seule autorité publique compétente en matière de régulation et de contrôle des assurances santé est aujourd'hui l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), dont la création récente, en 2010, correspond surtout au souci de faire respecter des règles de solvabilité financière s'appliquant à toutes les institutions financières, sans rapport avec la régulation du secteur sanitaire. De sorte que les assurances complémentaires santé

développent leurs activités de manière assez libre, au gré du désengagement progressif de la Sécurité sociale.

Le marché de l'assurance complémentaire est caractérisé par une dégradation progressive de la mutualisation des risques entre malades et bien portants et par une soustraction des opérateurs mutualistes ou privés à la pression concurrentielle grâce à des stratégies de sélection des risques d'autant plus opaques qu'elles sont très techniques. Les assurances complémentaires santé proposent des offres ciblées vers certaines catégories d'assurés, de manière à éviter une trop grande concurrence sur leurs produits. Il s'agit pour elles de bénéficier des avantages d'une situation de marché, sans payer un prix trop lourd aux contraintes de la concurrence, que les assurés ont du mal à faire jouer en leur faveur. La multiplicité des contrats qui résulte des stratégies de soustraction à la concurrence engendre une grande complexité technique de l'offre, à peu près illisible pour le consommateur. Cette situation se traduit par des niveaux de primes élevés pour certains individus (jusqu'à 8 % du revenu, nous l'avons signalé), pour une couverture qui est loin d'être complète. En l'absence de régulation, les données individuelles disponibles sur les couvertures offertes par les assurances complémentaires restent très parcellaires, ce qui ne facilite pas l'émergence d'un débat public sur ces questions. Ces données ne permettent pas de connaître la distribution réelle des taux de couverture des dépenses correspondant à la somme du reste à charge et des dépassements, même si l'on sait, au vu des données disponibles, que les contrats offrent des couvertures hétérogènes.

Des compagnies privées placées en situation de concurrence sur un marché d'assurance facultatif ne peuvent offrir qu'un partage limité des risques. Même des mutuelles qui affichent un idéal de solidarité ne peuvent se permettre d'égaliser les primes de leurs adhérents. Elles sont obligées de différencier les primes en fonction des risques, car autrement elles perdraient rapidement leurs affiliés les plus jeunes et les moins exposés aux risques, en réduisant l'étendue de la mutualisation aux seules personnes les plus malades et les plus âgées. Il en résulterait mécaniquement un renchérissement proportionnel de la prime moyenne. Dans ce contexte, les compagnies doivent calculer les primes au plus près des dépenses prévues pour chaque individu. La concurrence impose de définir des primes plus élevées pour les personnes âgées. Les écarts de prime entre les jeunes et les seniors peuvent varier du simple au triple.

Les compagnies peuvent-elles fixer leur tarif en fonction de l'état de santé du souscripteur ? L'encadrement législatif du secteur vise à décourager cette pratique : depuis 2002, les organismes d'assurance complémentaire sont exonérés de la taxe de 7 % sur les contrats d'assurance santé s'ils offrent des contrats dits « solidaires », sans tarification en fonction de l'état de santé ni questionnaire médical à la souscription. Pour respecter cette contrainte tout en ajustant leurs tarifs au plus près des dépenses de santé des individus, les compagnies ont développé des stratégies de segmentation des contrats. Des produits de plus en plus différenciés sont proposés aux adhérents ou aux clients : contrats modulaires, contrats *low cost*, avec franchise cautionnée, sur-complémentaires et contrats à options...

Cette stratégie permet de définir des groupes d'affiliés avec des niveaux de dépenses homogènes, réalisant de facto une sélection des risques et une tarification selon l'état de santé. Par exemple, des jeunes en bonne santé seront attirés par les contrats *low cost* : on pourra proposer à ce groupe une prime bien plus attractive que ce qu'on pourrait leur offrir avec une tarification à l'âge à l'intérieur d'un groupe plus large couvert par un contrat plus généreux. Ici, l'avantage concurrentiel dont bénéficie la compagnie qui développe une segmentation des contrats vient du fait qu'elle peut sélectionner les « bons risques » en offrant un contrat avec une faible couverture. En revanche, une mutuelle qui se bornerait à tarifier à l'âge risquerait de perdre ses affiliés jeunes et bien portants : ceux-ci ont intérêt à souscrire des contrats *low cost* ou peuvent plus radicalement renoncer à s'assurer. Ces tendances conduisent à une multiplication de contrats très segmentés, défavorables à la mutualisation des risques telle que traditionnellement pratiquée par la Sécurité sociale. Cette multiplication des contrats les rend souvent peu lisibles et peu comparables entre eux. En l'absence d'information pertinente, les capacités de choix éclairés des assurés sont limitées, au point de soustraire les opérateurs privés aux dynamiques concurrentielles habituelles sur un marché privé.

Si l'on raisonne en dynamique, dans la perspective d'une augmentation – prévue – des dépenses de santé et dans l'hypothèse que le surcroît de dépenses serait financé par les complémentaires, on doit prendre acte du caractère spectaculaire que prendraient les augmentations de primes pour certains affiliés. Le caractère facultatif de l'assurance complémentaire devrait en effet engendrer une hausse des primes proportionnellement plus forte que celle des dépenses de dépenses de santé dans leur ensemble, et des seules dépenses couvertes par la Sécurité sociale a fortiori. Dans une perspective d'augmentation des dépenses, le scénario le plus probable est en effet une désaffiliation progressive des assurés les moins coûteux. Ces derniers ont de moins en moins intérêt à souscrire des primes d'assurance au fur et à mesure que s'accroît l'écart entre leur prime, de plus en plus élevée, et les remboursements qui leur sont proposés, modérés en raison de leur faible exposition aux risques. La réduction de la mutualisation qui en résulterait entraînerait une augmentation des primes. Ce phénomène est en outre cumulatif : les mauvais risques n'étant plus partagés que par des personnes ayant réellement besoin d'une assurance complémentaire, la base de mutualisation est appelée à se réduire progressivement. Souhaitant éviter la fuite d'une partie de leur clientèle, les assureurs proposent à leurs clients ayant les meilleurs risques des produits adaptés, échappant à une mutualisation qui leur serait défavorable à court termes. Pour les « mauvais risques » la situation empire : seuls ces derniers ont suffisamment de dépenses à faire admettre au remboursement de leur complémentaire pour accepter des primes élevées et croissantes. Le coût d'accès à l'assurance complémentaire, déjà excessif pour certains ménages, risque de devenir simplement prohibitif pour une frange croissante de la population, avec des risques accrus de renoncement aux soins.

Le caractère peu ou mal régulé du secteur de l'assurance complémentaire peut ainsi devenir critique et aboutir à des situations socialement inacceptables dans un contexte de désengagement de la Sécurité sociale. Quels doivent être les principes d'une régulation de l'assurance complémentaire santé ?

5.

Trois principes de régulation

Au vu de ces constats, la définition d'une véritable régulation du secteur des complémentaires santé peut reposer sur trois principes de clarification, qui contrastent avec le flou et l'opacité actuels dans ce secteur.

Le premier principe est la création d'une autorité de régulation disposant de compétences spécialisées. Cette autorité se substituerait dans le domaine sanitaire à l'Autorité de contrôle prudentiel, dont la vocation financière est trop large pour être pertinente dans le domaine de la santé. Cette autorité pourrait prendre la forme d'une agence ou d'une autorité indépendante. Ses compétences incluraient le respect des normes de solvabilité financière destinées à protéger les clients de ces sociétés contre des risques financiers, mais s'étendraient aussi de manière plus spécifique au secteur sanitaire, en intégrant des compétences techniques et humaines spécialisées. Cette autorité exercerait une double compétence portant à la fois sur la définition, la mise sur le marché et la diffusion de l'information en matière de contrats, d'une part, et sur la mise en œuvre d'activités d'organisation des soins ou de promotion de la santé par les complémentaires santé, d'autre part.

Le deuxième principe vise à réduire la sélection des risques et leurs effets inégaux en séparant deux domaines aujourd'hui confondus. Si l'on peut concevoir que pour certains services annexes, les préférences de chacun et la liberté de choix puisse s'exercer librement, on ne peut accepter les difficultés d'accès aux soins essentiels. Il convient de séparer nettement un premier ensemble de soins, pour lesquels la solidarité doit s'exercer de manière à rendre l'accès aux soins possible pour tous, et un second ensemble plus accessoires, pour lesquels une plus grande liberté de choix est possible. Cette séparation est possible si l'on introduit une distinction claire entre l'assurance « complémentaire » proprement dit, et les fonctions d'assurances « supplémentaires ». Techniquement, les assurances « complémentaires » interviennent en simple complément de remboursements déjà en partie acquittés par la Sécurité sociale, c'est à dire après qu'une décision de remboursement a été prise à l'échelle nationale. Les assurances « supplémentaires », en revanche, offrent un remboursement pour des services n'ayant pas fait l'objet d'une décision de remboursement, même limité, par la Sécurité sociale. La séparation claire entre assurance complémentaire et assurance supplémentaire a un grand mérite : elle rend explicite la définition d'un panier de biens et services reconnus comme indispensable, même si ces soins ne sont pas intégralement remboursés par la Sécurité sociale, tout en

laissant aux assurances la possibilité de proposer à titre supplémentaire le remboursement de soins moins importants, n'ayant pas fait l'objet d'une décision de remboursement à l'échelle nationale.

Contrairement à l'assurance supplémentaire, l'assurance complémentaire couvre les soins du panier de base, pour lesquels la société décide de faire jouer la solidarité. Elle doit donc être obligatoire et régulée de façon à exclure la segmentation des contrats et la sélection des risques. L'assurance complémentaire devrait faire l'objet d'un contrat standard, dont le caractère unique éviterait la sélection des risques. Les préférences des souscripteurs pourraient parallèlement s'exercer dans le champ des soins remboursés au titre de l'assurance supplémentaire. Le point de clivage entre l'obligatoire et le facultatif se situe dans la délimitation des soins de base, dans la différenciation entre assurance complémentaire et assurance supplémentaire. Définir un contrat standard et obligatoire en matière d'assurance complémentaire de base n'induit pas de remise en cause des organismes complémentaires tels qu'ils existent sous leur forme actuelle.

Le troisième principe est un principe élémentaire de transparence de l'information dans le secteur de l'assurance santé. Cette exigence est la contrepartie de la liberté de choix d'une assurance complémentaire et d'une assurance supplémentaire. La distinction entre les domaines relevant de l'assurance complémentaire et de l'assurance supplémentaire va dans le sens d'une clarification et d'une meilleure comparabilité des services proposés. La définition à l'échelle nationale d'un unique contrat standard pour lequel les tarifs appliqués pourraient être comparés est de nature à accroître la transparence des informations communiquées aux adhérents des mutuelles et aux clients des assurances santé. L'existence d'une autorité nationale compétente dans ce domaine rend possible la formulation crédible de plus grandes exigences en matière de transparence et de comparaison des services d'assurance.

La mise en place rapide d'une régulation plus aboutie des assurances complémentaires ne vise pas seulement à offrir plus de garanties et de sécurité à nos concitoyens dans l'immédiat. Elle ne vise pas seulement à éviter que des augmentations de cotisations et de primes d'assurance accroissent les phénomènes d'exclusion à un horizon prévisible. Elle donne aussi une direction en matière de solidarité et de protection contre la maladie.

Les deux scénarios de la régulation du marché de l'assurance santé et de la nationalisation ne sont pas nécessairement alternatifs. Ils peuvent être pensés de manière dynamique : la perspective d'une nationalisation aide à penser les formes que peut prendre la régulation des complémentaires, tandis que cette régulation rend moins utopique la perspective d'une nationalisation. Comment pourrait s'organiser une séquence de transformation ? La séparation de l'assurance complémentaire et de l'assurance supplémentaire, préconisée dans le cadre du scénario de régulation, permet de rendre obligatoire l'assurance complémentaire et d'en standardiser les termes. Dans un premier temps, cette standardisation favorise la comparabilité entre offres assurantielles. Elle permet aussi de définir un panier de base composé de services indispensables, pour lequel une assurance complémentaire publique pourrait se substituer, à moindre frais, aux assurances privées et

aux mutuelles, sur le modèle de l'Alsace Moselle. Ces dernières interviendraient alors sur le seul segment de l'assurance supplémentaire, pour lequel des principes de comparaison et de transparence auraient entre temps été institués sous l'autorité d'un régulateur public. La régulation est tout autant un aménagement des lois du marché qu'un acheminement possible vers des formes élargies de mutualisation. Même dans le scénario abouti d'une « nationalisation », les assurances privées n'auraient pas vocation à disparaître.

Les réformes engagées au cours de la dernière décennie dans le domaine de l'assurance maladie ont fragilisé l'édifice de la Sécurité sociale. Le désengagement progressif et insidieux de l'assurance maladie a de multiples effets, souvent aussi discrets que pernicieux. Au-delà des baisses de remboursements, de l'érosion de la prise en charge des soins courants et de l'augmentation du coût des assurances complémentaires, apparaissent de nouvelles fractures au sein de la population. Les personnes malades et vulnérables en sont les victimes les plus directes. Mais le système est aussi menacé dans ses grands équilibres par l'apparition d'une fracture entre deux modes de prise en charge de niveau sensiblement différent, selon que l'on est ou non atteint d'une affection longue durée.

Cet écart est de nature à miner le principe de solidarité entre tous les français sur lequel repose l'édifice de la Sécurité sociale. La prise en compte de ces dynamiques régressives conduit à faire des propositions globales, relatives à l'architecture du système d'assurance maladie, et plus singulièrement aux équilibres entre la Sécurité sociale et les assurances complémentaires, qu'elles soient mutualistes ou privées. Nous proposons de changer de référentiel en matière de régulation de l'assurance maladie, en affirmant la possibilité de faire évoluer le système actuel vers un plus haut niveau de prise en charge, comparable à celui qui existe d'ores et déjà en Alsace-Moselle.

Pour y parvenir de manière réaliste, nous proposons d'envisager d'abord une régulation du secteur des assurances complémentaires compatible avec l'évolution ultérieure vers une extension de la prise en charge.

De manière plus concrète, nous formulons plusieurs propositions :

Proposition n°16 : Définir une procédure démocratique de définition du panier de soins pour lesquels on veut faire jouer la solidarité

Proposition n°17 : Garantir un haut niveau de prise en charge de ces soins à travers deux stratégies possibles :

- une extension de la couverture par la sécurité sociale sur le modèle du régime existant en Alsace Moselle, ou
- une assurance obligatoire complémentaire régulée.

Proposition n°18 : Délimiter le champ d'intervention des assurances supplémentaires, par nature privées et facultatives.

PARTIE IV

Pour une politique de coordination des soins

Dans les années soixante, l'exigence de modernisation correspondait à des enjeux sanitaires caractérisés par la prise en charge de maladies infectieuses ou de soins aigus, notamment grâce à de nouveaux médicaments efficaces et au développement de technologies performantes à l'hôpital. Pendant plusieurs décennies, le niveau de financement des dépenses de santé a permis l'essor de ces deux pans de l'organisation des soins, largement dissociés l'un de l'autre. Tandis que la médecine ambulatoire prenait en charge les patients de manière opportuniste, au gré des besoins exprimés, la médecine hospitalière se situait, avec des succès remarquables, à la pointe des progrès technologiques et de la recherche. Ce modèle est aujourd'hui en crise, sans qu'un modèle alternatif ne se dessine clairement. Il s'agit d'en favoriser l'émergence en accompagnant les mutations de la médecine ambulatoire et de l'hôpital, tout en favorisant leur rapprochement.

Au cours des dernières années, la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière ont fait l'objet de nombreuses réformes : plan « hôpital 2007 » puis « hôpital 2012 », réformes de l'assurance maladie et des parcours de soins autour du « médecin traitant » en 2004, généralisation de la tarification à l'activité, réformes Bachelot en 2009... Conformément aux objectifs visés, ces réformes ont mis les professionnels et les structures de soins « sous tension ». Mais elles n'ont guère modifié les équilibres.

Les réformes ont entériné le divorce historique entre la médecine ambulatoire et hospitalière. Ces deux pans du système de soins ont été réformés séparément, en 2004 puis en 2009. Ces réformes ont réaffirmé l'identité de chaque secteur, sans les rendre plus perméables l'un à l'autre. Elles se sont fondées sur des conceptions souvent rétrogrades de l'organisation médicale. La réforme du « médecin traitant » a offert une nouvelle traduction administrative de la bonne vieille figure du « médecin de famille », dont l'exercice individuel a été réaffirmé sous couvert de participation aux soins coordonnés. La réforme hospitalière a mis en œuvre de manière autoritaire une chaîne de commandement verticale d'un autre temps.

Plutôt que d'envisager les réformes de manière brutale sans changer les équilibres, nous proposons de modifier ces équilibres en tirant parti d'évolutions en cours. L'objectif est de rapprocher médecines ambulatoire et hospitalière, de réduire le grand partage institué dans les décennies d'après-guerre et de ainsi dépasser un certain « hospitalo-centrisme » à la

française. Pour ce faire, il nous semble préférable de favoriser en priorité les transformations de la médecine ambulatoire, dont l'organisation et la coordination peuvent favoriser dans un second temps un rapprochement avec l'hôpital, lui-même déjà très et peut être trop sollicité par les réformes au cours des dernières années. Nous proposons que soit définie une stratégie explicite de coordination des soins en médecine ambulatoire. Cette stratégie offrira à l'hôpital les supports externes favorisant son ouverture sur la ville et la campagne. La coordination de la médecine ambulatoire est le pivot d'une stratégie de réorganisation des soins plus globale.

Cette orientation n'est pas sans précédents. De premières tentatives de coordination ont été faites depuis une vingtaine d'années, à travers la création de réseaux de soins, la délivrance de soins en hôpital de jour ou à travers la création de dispositifs d'hospitalisation à domicile par exemple. Certaines innovations ont été couronnées de succès, d'autres sont restées programmatiques ou isolées. La plupart ont été empilées sans coordination ni lisibilité, pour les patients notamment. Ces innovations ont néanmoins ouvert la voie à des réflexions innovantes et à l'expérimentation de nouvelles formes de pratiques, plus collectives et plus coordonnées en médecine ambulatoire, plus ouvertes sur leur environnement en médecine hospitalière, plus transversales de manière générale. Il s'agit d'en tirer les leçons pour envisager une modernisation du système de soins.

Pour clarifier les enjeux devant lesquels se trouvent la modernisation et la coordination du système de soins, quelques pièges doivent être évités. Ils doivent être signalés d'emblée car ils ont tendance à s'imposer comme des évidences, y compris auprès des professionnels et des experts.

Le premier piège, dans lequel ont surtout versé les responsables de la majorité sortante, est celui des réformes radicales, pensées d'en haut comme autant de « ruptures ». Plus qu'à de nouvelles réformes autoritaires, brutales et technocratiques, les évolutions du système de soin dans le sens d'une meilleure coordination entre acteurs de santé doit s'inscrire dans le temps et bénéficier des expériences acquises depuis une vingtaine d'années, en France comme dans d'autres pays comparables. Ces évolutions doivent donner lieu à une transformation progressive et différenciée des structures et des pratiques de soin existantes. C'est à partir d'elles, en partant du réel, que doivent être envisagés les nouveaux défis sanitaires, liés à l'évolution des pathologies prises en charge, au vieillissement de la population, à la démographie médicale, à l'apparition de déserts médicaux, aux nouvelles aspirations des professionnels. L'organisation des soins a moins besoin de bouleversements que d'équilibres nouveaux, de coordination et d'apprentissages réciproques aux nouveaux contextes de soin.

Le second piège - qui n'est en réalité qu'une réaction conservatrice au premier - est l'affirmation d'une utopie régressive : des voix s'élèvent dans le monde hospitalier et parmi les experts pour en appeler au « retour » du moment idéalisé de 1945 ! Dans le domaine de l'organisation des soins, l'enjeu n'est pas tant de retrouver les principes qui avaient prévalu en 1945, dans un système de soins en fort mauvais état et grevé d'inégalités de toutes sortes au sortir de la guerre ! Il n'a pas fallu moins qu'un

changement de régime et la détermination d'un Robert Debré pour sortir le système de soins français des corporatismes rétrogrades qui s'étaient imposés à la Libération en matière de santé. Et même alors, le privilège reconnu à l'élite hospitalière a favorisé l'essor sans modération du système hospitalier, au point d'aboutir à de graves déséquilibres, qu'il s'agit encore aujourd'hui de corriger. L'enjeu, pour la gauche, n'est pas de verser dans des utopies réactionnaires associées aux vertus reconstruites du monde d'hier ou aux intérêts de certaines catégories professionnelles organisées, fussent-elles influentes et bien intentionnées. Pour l'hôpital, il ne s'agit pas de revenir à un « âge d'or » imaginaire, chéri par une élite hospitalière alors au sommet de son autonomie et de son prestige économique et social. En médecine ambulatoire, il ne s'agit pas non plus s'en tenir aux vertus rassurantes du « médecin de famille ». Au-delà des références au passé, l'enjeu est d'envisager une modernisation du système de soins.

A l'écart des deux pièges de la rupture et de la réaction, comment envisager les évolutions progressives et progressistes du système de soins ? Ces évolutions doivent d'abord être réalistes et prendre en compte de nouveaux enjeux sanitaires du pays. Elles exigent une capacité d'innovation en médecine ambulatoire, largement délaissée ces dernières années. Ces évolutions appellent en retour des évolutions de l'hôpital, malmené par des réformes déstabilisantes.

1.

Nouveaux défis sanitaires et coordination des soins

Les caractéristiques épidémiologiques de la nation ont changé. Ces changements ne sont pas spécifiques à la France, ils concernent la plupart des pays développés. Décrit par les spécialistes comme une « transition épidémiologique », cette évolution voit s'atténuer la part relative des maladies infectieuses au bénéfice d'une montée en puissance des pathologies chroniques. Par son ampleur, cette transition impose une reconfiguration des modes de prise en charge, plutôt qu'une reconduction des modèles traditionnels. Cette reconfiguration doit être progressive parce que la transition épidémiologique est elle-même progressive. Les maladies infectieuses restent responsables d'une grande partie de la morbidité dans notre pays.

Transmises par des virus ou des bactéries, les maladies infectieuses sont le plus souvent aussi banales que fréquentes, en particulier chez l'enfant. Dans certains cas, elles peuvent être graves. La persistance de maladies infectieuses comme la tuberculose rappelle que la transition épidémiologique n'est pas une simple substitution d'un type de pathologies par un autre. Souvent les deux types de pathologies se combinent, par exemple lorsque des maladies infectieuses acquièrent un caractère chronique, comme dans le cas du Sida, ou lorsque des maladies infectieuses se déclarent chez des personnes fragilisées par des pathologies chroniques, notamment des personnes âgées. L'apparition de bactéries pathogènes résistantes aux antibiotiques complique encore le tableau. D'autant que la France reste l'un des pays les plus grands consommateurs d'antibiotiques, et que certaines bactéries résistantes peuvent être contractées à l'occasion d'épisodes de soins, dans un environnement hospitalier. C'est en somme bien d'une transition et non d'une substitution qu'il s'agit.

Les maladies chroniques prennent une place croissante parmi les causes de morbidité et de mortalité. Les cancers, en particulier, s'imposent comme la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population. Ils représentent un tiers de l'ensemble des décès depuis le milieu de la décennie, et quatre décès prématurés sur dix. Les hommes meurent deux fois plus de cancer que les femmes, pour des raisons qui tendent à l'exposition à des facteurs de risques comme l'alcool, le tabac ou certains risques professionnels. En termes de morbidité, les cancers représentent la deuxième cause de reconnaissance d'affection longue durée, après les maladies cardiovasculaires. Ces dernières représentent réciproquement la deuxième cause en termes de fréquence de décès, après les cancers. Les séquelles des accidents vasculaires cérébraux représentent la première cause de handicap et

la seconde cause de démence. A ces deux groupes de pathologies susceptibles de devenir chroniques, s'ajoutent des pathologies comme l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle ou le diabète, dont la prévalence augmente dans notre pays en raison de comportements alimentaires défavorables associés à une sédentarité croissante.

Les épisodes de soins deviennent plus longs et sont souvent répétés, le cas échéant de manière fréquente et régulière. Dans certains cas, les soins exigent une prise en charge active de la part de la personne malade et de son entourage, plutôt qu'une posture « patiente » privant le malade de ses capacités d'action ordinaires. Quelles que soient les causes et les manifestations de la chronicité, quelles que soient ses associations avec d'autres expressions pathologiques, aiguës ou infectieuses par exemple, le nouveau contexte épidémiologique impose des contraintes inédites à l'organisation des soins.

La démographie médicale impose offre de nouvelles opportunités. Les médecins d'aujourd'hui ne sont plus ceux d'hier. Leur nombre a augmenté au cours des dernières décennies, pour atteindre un effectif inédit de 214 000 médecins. Mais derrière cette augmentation se cachent deux tendances plus inquiétantes : le nombre de médecins généralistes en exercice plafonne autour de 50 000 environ, soit un médecin sur quatre ; le nombre de médecins est appelé à décroître, quoique légèrement, au cours des prochaines décennies, en raison du *numérus clausus* limitant l'accès aux études de médecine depuis 1970. Selon le ministère de la Santé, cette diminution devrait entraîner une baisse de la densité médicale globale de l'ordre de 15% au cours de la prochaine décennie.

Des indicateurs plus qualitatifs appellent une réflexion sur les évolutions de l'exercice médical. La féminisation de la profession (65% des étudiants en médecine sont des étudiantes), transforme les aspirations des jeunes médecins dans leur ensemble. La nécessité de concilier la vie familiale avec la vie professionnelle s'impose comme une exigence, plus présente chez les jeunes médecins que parmi les générations précédentes. Les formes d'exercice à temps partiel ou en groupe, ainsi que la conjugaison d'activités libérales et salariées apparaissent comme des options envisageables, parfois jugées préférables à l'exercice libéral traditionnel. Elles faisaient jadis figure de repoussoir pour de nombreux médecins. Ces aspirations apparaissent jusque dans les revendications des syndicats de jeunes médecins, qui se démarquent des syndicats de médecins plus établis dans l'exercice libéral traditionnel, vers lequel hésitent à s'orienter les jeunes médecins.

Ainsi, l'évolution du tableau épidémiologique donne plus de place à la prise en charge de maladies chroniques, qui doivent faire l'objet d'un suivi coordonné et organisé des soins dans la durée. Parallèlement, les évolutions démographiques et qualitatives de la profession médicale incitent à envisager de nouvelles formes d'exercice, moins individuelles que l'exercice libéral traditionnel. Ces tendances militent pour une organisation plus collective des soins en médecine ambulatoire.

En France, l'organisation coordonnée des soins reste très largement à inventer. Elle peut prendre des formes diverses, que la référence aux « maisons de santé » permet de regrouper. L'idée est d'associer une pluralité de professionnels de santé et d'organiser leur

travail sur un même site, afin de desservir un bassin de population en relation avec les professionnels libéraux et les structures hospitalières existantes. Les professionnels associés aux maisons de santé sont non seulement des médecins, le plus souvent généralistes, mais des infirmiers, des kinésithérapeutes ou des psychologues. Selon les spécificités et les besoins de chaque bassin de population, les maisons de santé peuvent associer des professionnels plus spécialisés. Les maisons de santé peuvent résulter d'évolutions de structures existantes. La modernisation des Centres de santé peut conduire à la mise en place de structures de soins ambulatoires. Elles peuvent être l'aboutissement de formes antérieures de coordination, de réseaux de soins par exemple. Elles peuvent alors prendre la forme de pôles de santé, moins intégrés. Le plus souvent, la création de maison de santé doit cependant être envisagée *de novo*, dans un contexte de raréfaction de l'offre médicale, voire dans des « déserts médicaux » où leur structuration est particulièrement utile. Il en existe aujourd'hui plus d'une centaine en France, il en faudrait deux à trois milliers.

L'enjeu de la création de maisons ou de pôles de santé est de favoriser la transition de formes d'exercice libéral, fondées sur l'autonomie de chaque professionnel et le paiement de chaque acte de soin, vers des formes plus transversales, coordonnées et collectives d'exercice. Ces dernières placent les professionnels de santé dans des relations de mutualisation de moyens, de partage et d'échange d'informations. Elles placent aussi certains d'entre eux dans des positions de subordination, dont les règles doivent être explicitées et partagées dans le cadre de projets organisationnels bien définis. Les malades évoluent pour leur part dans des filières d'accueil, de suivi et de prise en charge qui pour être coordonnées n'en restent pas moins individualisées, chaque patient étant suivi par un médecin identifié. La présence d'une équipe de soins sur un site commun facilite la coordination des pratiques. L'usage intensif des technologies de l'information (systèmes d'information, registres communs, mails, sms, relances téléphoniques...) facilitent les échanges entre professionnels ainsi qu'avec les malades. Mais ces éléments ne suffisent pas. Tant que les modes de paiements encouragent les pratiques individuelles, ou laissent indéfinies les implications économiques de la coordination, cette dernière peine à prendre forme. Tant que les relations professionnelles restent fondées sur l'autonomie et la responsabilité de chacun, la subordination et la définition des responsabilités restent indéfinies.

L'évolution de l'exercice médical vers des modes d'organisation coordonnés doit prendre en compte ces enjeux économiques, organisationnels et institutionnels. Les expériences d'autres pays en matière de coordination des soins offrent un paysage varié. Elles conduisent à distinguer deux types de scénarios économiques et organisationnels, selon que la coordination revient à des assurances privées ou des professionnels de santé.

La première voie a été expérimentée par des pays ayant fait le choix de renforcer la place des assurances privées dans le financement des dépenses de santé. Appellées à participer dans des proportions plus importantes au financement des soins, les assurances ont aussi développé des stratégies de coordination des soins afin d'acquérir un contrôle managérial plus direct sur les coûts de production des soins. Le modèle le plus abouti est celui des

Health Maintenance Organizations américaines, qui constituent de véritables entreprises intégrées de santé. Ces organisations associent les fonctions d'assurance, de délivrance de soins et de prévention. Des formes moins intégrées d'organisation, plus proches du modèle des maisons de santé, ont vu le jour plus récemment aux Etats-Unis, à l'instar des *Patient Centered Medical Homes*. Dans ce modèle, la participation des assurances est associée à celle des pouvoirs publics.

La coordination des soins à dominante assurantielle présente les avantages des modèles concurrentiels et managériaux, ainsi que leurs inconvénients. Elle diversifie l'offre de soins mais réduit l'autonomie des professionnels. Elle les place même parfois en position de conflit de loyauté vis-à-vis des patients. Elle engendre des inégalités de prise en charge, la sélection des risques inhérente à la segmentation du marché de l'assurance se répercutant mécaniquement sur les conditions de délivrance des soins. Malgré un contrôle de gestion souvent tatillon pratiqué au sein de chaque entreprise, cette forme de coordination ne parvient pas à maîtriser les coûts à l'échelle nationale. Ces tendances ne sont pas absentes du système de santé de français, bien qu'elles restent embryonnaires. Elles font l'objet de réflexions et d'expérimentation de la part des assurances et des mutuelles. Depuis plusieurs années, les complémentaires santé développent des relations contractuelles avec des professionnels de santé, dans les secteurs dentaires et optiques, et s'efforcent d'être plus actives dans le secteur de la prévention.

La seconde voie en matière de coordination a été expérimentée dans des pays qui ont laissé moins de place aux assurances de santé. Les pouvoirs publics et les organisations professionnelles ont alors été les promoteurs de pratiques coordonnées. C'est le cas en Grande-Bretagne, dans le cadre du *National Health Service*, ou en Catalogne par exemple. Etant données les options que nous privilégions par ailleurs dans ce rapport en matière d'assurance maladie, un scénario public et professionnel, plutôt qu'assurantiel, est privilégié.

Laisser l'initiative aux pouvoirs publics et aux professionnels n'est pourtant pas sans risque. Depuis des années, leurs relations sont caractérisées par le *statu quo*. Les formes innovantes de coordination sont le fait d'initiatives à la marge, bien plutôt que d'une stratégie nationale organisée. Les relations entre pouvoirs publics et professionnels ont plus précisément inhibé toute stratégie de coordination. Les références au modèle obsolète du médecin de famille n'ont pas aidé pas à penser de nouvelles formes de coordination. Objet de toutes les crispations, le paiement à l'acte reste inadapté à l'évolution des pratiques. Toute stratégie de coordination suppose de dépasser ces références.

2.

En finir avec la référence au « médecin de famille » !

En médecine ambulatoire, les pratiques cliniques évoluent sans que les implications politiques en soient tirées. Alors que le modèle traditionnel du médecin de famille s'estompe dans les pratiques de soins, et qu'il correspond de moins en moins aux enjeux sanitaires du pays, il s'est paradoxalement imposé à contre temps dans le discours administratif et politique. Il a inspiré les dernières réformes importantes en médecine ambulatoire à travers la référence au « médecin traitant ».

Le modèle du médecin de famille attaché à une clientèle connue de longue date et de manière personnelle, parfois depuis la naissance, laisse la place à de nouveaux rapports entre médecins et patients. Ces rapports sont à la fois plus individuels et plus égalitaires, plus utilitaires aussi. Ils sont moins emprunts de paternalisme, laissent davantage de place à l'avis informé des patients, voire à une certaine défiance dans certains cas. Ces rapports cliniques sont parfois vécus par les professionnels de santé comme le résultat d'un « consumérisme médical ». Année après année, ces nouvelles formes de pratique gagnent du terrain, et se substituent aux formes plus anciennes de l'exercice médical.

C'est pourtant autour d'une réaffirmation des anciens modèles de pratique clinique que les réformes de la médecine ambulatoire ont été envisagées. Tout en soulignant l'importance d'un principe de coordination des soins, le dispositif du « médecin traitant » institué en 2004 a réaffirmé jusque dans sa dénomination la référence à la figure traditionnelle du médecin de famille. Cette réforme a figé une représentation conservatrice de la pratique médicale ambulatoire au lieu de la transformer. Elle a consacré pour plusieurs années un modèle qui ne correspond plus aux pratiques ni des patients ni des professionnels de santé.

D'un côté, les médecins travaillent en relation permanente avec des réseaux de plus en plus fournis de professionnels et d'intervenants, qu'ils sollicitent de manière formelle ou informelle. Ils sont intégrés à un environnement public ou marchand auprès duquel ils trouvent des informations, des occasions d'échange, des références ou des référentiels auxquels ils doivent se conformer de manière plus ou moins contraignante. Les patients disposent de leur côté d'un accès plus facile à l'information, qui les conduit à prendre connaissance des spécificités de leur pathologie, des soins qui leur sont proposés et avec lesquels ils vivent souvent de longues années, en aménageant autour d'eux une nouvelle organisation personnelle.

Le vieux modèle du médecin de famille auquel se réfère la réforme du médecin traitant ne suffit pas à embrasser les transformations de la médecine ambulatoire. Il ne prend pas la mesure de l'individualisation des relations de soins, devenues aujourd'hui plus utilitaires, techniques et « professionnelles » qu'auparavant. Il n'en prend finalement acte que pour contenir ces évolutions, en espérant limiter les capacités de choix des patients par des sanctions financières. Il ne tire pas non plus les conséquences de l'intégration de relations plus individualisées dans un espace social de soins paradoxalement plus dense autour des patients, y compris lorsqu'ils sont confrontés à la solitude, contre laquelle le système de soins est souvent un dernier rempart.

Sans être abandonné, le modèle du médecin de famille et ses avatars administratifs doivent être remis à leur juste place, celle d'un héritage qu'il faut certes entretenir mais qu'il convient de moderniser et de diversifier. Si les formes traditionnelles de l'exercice médical ont encore leur place, elles doivent désormais coexister avec de nouvelles formes de pratiques, plus coordonnées. A cet égard, le dispositif plus ancien du « médecin référent » institué par la gauche dans les années quatre-vingt-dix avait du moins l'avantage de n'associer qu'une petite fraction volontaire de la profession (10% des médecins généralistes), sans enrôler toute la médecine ambulatoire par des menaces financières comme l'a fait le dispositif du médecin traitant (qui couvre 85% des patients, et 96% des patients en affection longue durée).

Aux modèles dérivés de la figure du médecin de famille, auxquels les français restent attachés, doivent être associées d'autres formes d'exercice. Elles doivent tenir compte des enjeux sanitaires et de l'évolution des rapports que les français entretiennent avec leurs professionnels de santé. Elles doivent être favorisées par une diversification des modes de rémunération.

3.

Diversifier les modes de rémunération

La diversification des modes de rémunération est un puissant levier de changement. Au-delà des aspects pécuniaires, cette évolution permet d'ouvrir un large débat sur les conditions matérielles et sur les formes de l'exercice médical aujourd'hui.

La rémunération à l'acte n'est pas adaptée au développement de pratiques coordonnées en médecine libérale. Elle rémunère l'acte individuel de soins, sans considération pour sa durée ni pour son inscription dans une stratégie de prise en charge impliquant une pluralité d'intervenants. La rémunération à l'acte n'est pas pour autant dénuée d'avantages. Elle préserve l'autonomie du patient, qui n'est pas lié par avance aux dispensateurs de soins. Elle incite les professionnels à rester accessibles à leur clientèle, dans la mesure où le contact direct avec le patient est rémunérateur. Plus que dans l'abandon du paiement à l'acte, c'est vers la diversification et la mixité des modes de rémunération que doivent être envisagés de nouveaux modes de paiement.

Plusieurs éléments entrent en ligne de compte dans la nouvelle définition des modes de rémunération des professionnels de santé.

En premier lieu, la rémunération à l'acte doit être complétée par d'autres formes de paiements. Le paiement à la capitation est un mode de rémunération éprouvé dans certains pays, notamment en Grande-Bretagne. Il favorise la prise en charge dans la durée de patients identifiés a priori, avant tout épisode de soins. Il encourage des démarches de prévention à l'échelle individuelle comme à l'échelle d'une population locale. Plus récent, le paiement contractuel à la performance, expérimenté en Grande-Bretagne comme en France, introduit aussi un paiement forfaitaire. Ce paiement est conditionné par la réalisation a posteriori d'objectifs quantifiés, souvent définis en termes de prévention et de santé publique. Des formes de paiement à l'acte peuvent enfin être associées à au salariat, notamment lorsque des professionnels de santé sont associés à des structures de soins collectives, libérales ou hospitalières (cf. *infra*). Les dosages entre ces modes de rémunération salariaux, à l'acte, à la capitation ou à la performance peuvent être modulés de multiples façons.

En deuxième lieu, la rémunération individuelle doit être complétée par le paiement collectif à des structures de soins. L'une des limites rencontrées par les réseaux de soins ces vingt dernières années tient à la coexistence de principes contradictoires, à savoir la rémunération individuelle des professionnels, et l'organisation collective de leurs

pratiques. Les deux ne peuvent coexister longtemps, le coût de l'organisation collective n'étant pas financé. Le paiement collectif des structures pourrait prendre des formes variées, allant de dotations forfaitaires à la capitation au paiement collectif des structures à la performance, et jusqu'au paiement direct des patients aux structures elles-mêmes. Comme pour les rémunérations individuelles, les dosages entre ces divers modes de paiement collectif, et entre ces derniers et les rémunérations individuelles aux professionnels, peuvent être modulés de multiples façons.

En troisième lieu, le paiement en médecine ambulatoire peut s'inspirer de la tarification à l'activité à l'hôpital. La mise en place de paiements à la pathologie en médecine de ville serait facilitée par un paiement aux structures, plutôt qu'aux professionnels (cf. *supra*). Le principe général est simple : les professionnels ou les structures auprès desquelles ils exercent se verraient allouer pour chaque patient atteint de pathologies identifiées, notamment de maladies chroniques, une somme correspondant au coût moyen de la prise en charge de cette pathologie. Selon les formules de paiement envisagées, qui sont là aussi d'une grande diversité, un professionnel de référence est rémunéré pour sa propre intervention considérée dans la durée et pour sa capacité à animer un réseau d'intervenants auprès du malade. Ces intervenants seraient rémunérés à partir du budget alloué au médecin, ou à la structure de soins coordonnés à laquelle il est associé. Les modes de calculs et de répartition des paiements à la pathologie en médecine ambulatoire peuvent, là encore, être modulés de multiples façons.

Un pas dans la diversification des modes de rémunération des médecins a été franchi avec la création de « contrats d'amélioration de la performance individuelle ». Les médecins respectant des objectifs précis en matière de suivi des maladies et de prévention, notamment pour des pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension, ont bénéficié de paiements forfaitaires. Ce mode de contractualisation est défini à l'échelle nationale, et adapté aux conditions individuelles de réalisation des objectifs par les médecins ayant choisi ce dispositif. Accepté par les représentants des professionnels de santé, pourtant très attaché au paiement à l'acte, ce mode de rémunération n'a pas vocation à remplacer le paiement à l'acte, il le complète. Ses évolutions devraient permettre d'introduire de nouveaux modes de paiement, et de diversifier les principes obsolètes du paiement exclusif à l'acte.

4.

Réformer la régulation de la médecine ambulatoire

La diversification des modes de rémunération nécessite de changer les règles de négociation entre pouvoirs publics et professionnels de santé. Pour aller au-delà d'une simple négociation des tarifs associés aux actes, le schéma de régulation doit être redéfini, ses instruments renouvelés et ses objectifs élargis.

La diversification des modes de rémunération ouvre un espace de négociation entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé. Cette négociation offre des possibilités de choix accrues aux professionnels de santé, selon leurs modes d'exercice, leurs préférences individuelles ou les inflexions qu'ils donnent à leurs pratiques au cours de leur vie professionnelle. La diversité permet parallèlement aux pouvoirs publics de créer de nouvelles incitations en direction des professionnels, afin de renforcer la coordination des soins. L'ouverture d'un espace de négociation offre l'opportunité de dépasser les logiques binaires et souvent autoritaires déployées autour de la régulation du paiement à l'acte, qui polarise toutes les énergies. Pour chacun, il s'agit depuis trop longtemps d'obtenir ou de contenir des augmentations, en se dispensant de toute stratégie d'évolution et d'organisation des pratiques. Dans ce domaine, les bonnes volontés n'ont pourtant pas manqué : pouvoirs publics, assurance maladie et syndicats de médecins ont fait des propositions, y compris en conditionnant l'augmentation des tarifs aux respects de certains objectifs. Mais ces objectifs ont été détournés ou oubliés dès la mise en œuvre des augmentations de tarifs... jusqu'aux négociations suivantes, organisées selon les mêmes principes.

Les règles de négociation avec les professionnels doivent évoluer pour inclure de nouvelles formes de contractualisation. Des contrats de soins plus diversifiés et individualisés ont vocation à remplacer l'actuelle convention nationale. Des contrats cadres devraient être négociés à l'échelle nationale. Pour ce faire, les pouvoirs publics devraient disposer des moyens techniques permettant de définir, d'analyser et de suivre la mise en place des contrats de rémunération des professionnels de santé. Ces contrats cadres pourraient être déclinés en fonction des besoins identifiés à l'échelle régionale. Les régions pourraient disposer d'une capacité d'allocation de ressources allouées aux nouvelles formes de contractualisation. Les Agence régionales de santé pourraient être associées aux négociations des nouvelles formes de contrats incluant des paiements forfaitaires ou des paiements aux structures de soins ambulatoires. Il importe que les négociations relatives à

la tarification des actes reste du seul ressort de l'Etat, afin d'éviter une course régionale à l'échalote tarifaire.

Les dépassements d'honoraires doivent être régulés et strictement limités dans ce cadre général. Les nouvelles formes de rémunération offrent assez d'opportunités d'évolution concertée des revenus des professionnels de santé pour que les dépassements d'honoraires soient interdits après une phase de régularisation, correspondant à la mise en place de nouveaux contrats de soins.

La diversification des formes de contractualisation nécessite une clarification institutionnelle. Actuellement, les professionnels négocient auprès d'une dyarchie en trompe l'œil. Un double guichet est composé des représentants de l'assurance maladie et de l'Etat. Ce guichet a lui même tendance à se démultiplier : l'assurance maladie recouvre une multiplicité des régimes obligatoires coordonnés dans une Union nationale (UNCAM), tandis qu'une multiplicité de régimes complémentaires sont coordonnés au sein d'une autre union nationale (UNOCAM)... L'Etat associe de son côté les arbitrages du ministère des Affaires sociales à ceux du ministère des Finances, concerné par toute question relative aux comptes sociaux. Cette dyarchie à tiroirs est de plus largement factice : depuis la réforme de 2004, la régulation de l'assurance maladie est surtout le fait de l'Etat. Une clarification de ces relations est nécessaire. La responsabilité des négociations avec les professionnels devrait être plus clairement confiée à l'Etat. Le ministère des Affaires sociales serait épaulé techniquement par des services médico-économiques aujourd'hui rattachés à l'assurance maladie. Ce dispositif renforcerait l'expertise et l'autorité de l'Etat, qui parlerait d'une seule voix dans la négociation. Il permettrait de rapprocher la régulation de la médecine ambulatoire - qui relève depuis la Libération de l'assurance maladie - de la régulation de l'hôpital et de la santé publique, historiquement placée sous la responsabilité de l'Etat. Ce rapprochement institutionnel ouvre la voie à des dispositions contractuelles favorisant l'association de médecins libéraux à des fonctions territoriales de santé publique ou de médecine hospitalière.

Au-delà de la question clé des rémunérations, d'autres leviers peuvent être utilisés par les pouvoirs publics pour favoriser la coordination et l'organisation des soins ambulatoires.

Le régulateur peut mobiliser des leviers académiques, à travers l'organisation et le soutien apporté à de nouvelles filières de formation et de recherche universitaires. La coordination des soins est mise en œuvre de manière privilégiée par certains segments des professions de santé, qui s'efforcent de mettre en relation d'autres professionnels dont les pratiques spécialisées sont plus cloisonnées. Ces segments peuvent être soutenus à travers le développement de filières universitaires, aujourd'hui embryonnaires. La consolidation quantitative et qualitative de la jeune filière académique de médecine générale et la création d'une filière universitaire en soins infirmiers jusqu'au doctorat, à l'image de ce qui existe dans nombre de pays, offrent des supports de connaissance et de reconnaissance du rôle que ces segments professionnels jouent dans la coordination des soins.

Le régulateur peut aussi apporter un soutien financier aux projets innovants, notamment sous la forme d'appels à projets. Comme le font déjà de nombreuses collectivités territoriales, les pouvoirs publics peuvent apporter leur soutien à des projets d'investissement immobiliers, en promouvant des logiques de site destinées à créer des locaux dans lesquels interviennent divers professionnels de santé, voire d'autres intervenants, sociaux par exemple. La définition de projets innovants suppose la définition d'un projet de soins et une réflexion approfondie sur les relations entre intervenants dans les groupements professionnels. Les principes de gouvernance interne, la définition des relations de subordination, les modalités d'allocation des ressources ainsi que les transferts de tâches sont autant de points clés devant faire l'objet de réflexions, d'expérimentations, de retours d'expériences et le cas échéant d'incitations financières.

L'organisation d'une médecine ambulatoire plus coordonnée est aussi de nature à faire évoluer de manière plus globale le système de soins en offrant à l'hôpital les supports externes de son ouverture. La coordination des structures hospitalières et ambulatoires suppose de quitter l'hospitalo-centrisme caractéristique du système de soins français, qu'ont accentué les réformes récentes de l'hôpital, au détriment de l'organisation de logiques plus transversales.

5.

Redonner de l'oxygène à l'hôpital

Après dix ans de réformes, le système hospitalier va mal. Objet de modernisation technique dans les années 1960, d'humanisation à partir des années 1970, l'hôpital est entré dans l'ère de la rationalisation économique dans les années 1980. Depuis, il a été l'objet de nombreux programmes qui ont modifié son organisation et son fonctionnement quotidien à l'aide d'instruments managériaux. Leur mise en place n'a pourtant pas modifié sa place dans le système de soins, qui reste hospitalo-centré. Mais l'hôpital a changé.

L'hôpital est devenu plus intégré hiérarchiquement. Traditionnellement, l'organisation hospitalière était marquée par une dissociation entre deux lignes de pouvoir : l'une était administrative, l'autre médicale. Leur relative indépendance assurait aux médecins une certaine autonomie dans leur exercice professionnel, au sein de services spécialisés souvent dirigés de main de maître. Elle laissait parallèlement aux « administratifs » le soin de gérer la logistique. L'importance des frais de personnel (70% des budgets hospitaliers) donnait toute légitimité aux représentants du personnel dans les arbitrages locaux. Cette organisation garantissait à chaque structure une certaine indépendance, les tutelles disposant d'assez peu d'information pour administrer ce secteur, notoirement complexe. La présidence des établissements par les maires assurait, au moins formellement, une forme d'équilibre démocratique. Cet équilibre a été bouleversé par le train des réformes, accélérées ces dix dernières années. Elles ont restructuré l'organisation des pouvoirs internes en regroupant les deux lignes hiérarchiques, et en démedicalisant les décisions stratégiques. Sans reprendre la chronologie des réformes, trois principes ont été conjugués.

Le premier principe est d'inspiration médico-économique. Sa mise en œuvre s'est traduite par le changement des règles de financement. La création d'une « programme médicalisé de système d'information » (PMSI) dans les années 1980, sa généralisation dans la décennie suivante, puis la mise en œuvre d'une « tarification à l'activité » (T2A) à partir de 2004 en sont les principaux jalons. Le principe est simple et n'est pas dépourvu d'intérêt. Il s'agit d'associer de manière systématique des coûts moyens de prise en charge à des groupes cohérents de séjours hospitaliers. Cette association permet de décomposer la boîte noire de l'activité hospitalière en une série de sous éléments auxquels sont associés des coûts unitaires. Grâce à ces informations, les dotations attribuées aux hôpitaux ont pu être définies à partir de critères plus fins liés à leur activité, plutôt que de manière globale, par simple reconduction de budgets antérieurs. Le passage du « budget global » à la « tarification à l'activité » a permis de lier le financement public des hôpitaux à leur

activité réelle, en évitant que des rentes sans rapport avec l'activité ne se logent dans des budgets calculés de manière trop globale. Les principes de financement de l'hôpital se sont ainsi rapprochés de la prise en compte d'un principe d'efficience. Il garantit que les ressources financières consacrées à l'hôpital et à ses activités sont allouées au meilleur escient.

Le second principe est d'inspiration managériale. Sa mise en œuvre a donné lieu à une réorganisation formelle des pouvoirs, visant à transformer le traditionnel compromis local entre lignes hiérarchiques administratives (faibles) et lignes hiérarchiques médicales (plus fortes). L'enjeu était de modifier les équilibres internes aux établissements en attribuant plus de pouvoirs aux gestionnaires, tout en renforçant la relation des établissements avec leur tutelle, jusqu'alors distante. Inaugurées par les plans hôpital 2007 et hôpital 2012, ces évolutions ont été consacrées par la loi HPST en 2009. La « nouvelle gouvernance » a institué une chaîne de pouvoir verticale, allant du ministère de la Santé aux établissements hospitaliers en passant par les Agences régionales de santé (ARS). A chaque niveau, les pouvoirs ont été concentrés auprès des seuls exécutifs, qu'ils soient nationaux, régionaux ou locaux. Comme dans une chaîne de commandement, les exécutifs ont été subordonnés les uns aux autres. La place des instances délibératives, dans lesquelles prévalait le pouvoir collégial des médecins (Commissions médicales d'établissement), et dans une moindre mesure la voix des représentants du personnel et des patients, a été réduite à la portion congrue, avec un rôle consultatif. Pour la première fois depuis la Révolution, l'hôpital est sorti des équilibres locaux pour entrer dans une architecture nationale verticale et autoritaire, quasi napoléonienne.

Le troisième principe est structurel. Il a pour objet une série de restructurations hospitalières, se traduisant par la fusion ou la suppression de certains services, voire de certains établissements. Les pouvoirs publics partent du constat d'un relatif surplus de l'offre hospitalière en France, en grande partie héritée de la phase de modernisation des années 1960. Ils y associent la nécessité de préserver l'accès local aux soins tout en optimisant les ressources, dans la droite ligne des logiques financières de tarification à l'activité. La création d'espaces de décision plus forts à l'échelle régionale, et de relais plus assurés le long d'une ligne hiérarchique autoritaire, a permis de conduire des projets de restructurations dans chaque région. Sous couvert de rapprochements, de coopérations entre établissements locaux ou de meilleures articulations entre l'offre hospitalière privée et publique, les restructurations ont donné lieu à des répartitions inéquitables. En termes d'infrastructure, les accords de coopération ont souvent été déséquilibrés en défaveur de l'hospitalisation publique, qui a pris en charge les coûts d'investissement ou les risques financiers, quitte à en payer le prix fort à des opérateurs privés par la suite. En termes d'activité, l'offre privée s'est concentrée sur les segments les plus rentables en termes de tarification, laissant au secteur public le reste des soins. Les programmes de rationalisation ont ouvert la voie à de graves déséquilibres. Ils ont aussi favorisé une logique de concentration et de regroupement des structures, qui a renforcé des dynamiques proprement hospitalières, sans véritable considération pour des logiques plus transversales, associant les logiques ambulatoires.

Après dix ans de mise en œuvre, quel bilan tirer de ces réformes ?

Tout d'abord, les réformes ont globalement abouti. Alors que le monde hospitalier a souvent été stigmatisé pour sa lourdeur administrative et son manque de réactivité, les réformes ont été menées à bien. Certains aspects, comme la création de « pôles médicaux » au sein des établissements, ou la mise en place de réseaux de soins autour des établissements, sont restés inachevés ou virtuels. Mais dans l'ensemble, les réformes structurantes ont été conduites avec efficacité, non seulement par ceux qui les ont promues mais par ceux qui les ont mises en œuvre dans les établissements. Ce constat ne doit pas étonner : le monde hospitalier a toujours été animé d'un fort souci d'amélioration et d'innovation.

Ces réalisations ont porté remède à des difficultés anciennes. La tarification à l'activité a établi un lien jusqu'alors inexistant entre le financement des établissements et leur activité médicale, entre les ressources et les emplois de l'hôpital. Elle a décliné en pratique un principe général d'efficacité économique. Elle a aussi offert aux acteurs de l'hôpital des références communes permettant d'en faciliter le pilotage, fût ce de manière autoritaire et démedicalisée. Bien qu'elles n'aient pas réussi à rapprocher l'hôpital et les soins ambulatoires, les nouvelles formes de gouvernance ont au moins désenclavé les établissements hospitaliers en les inscrivant plus explicitement dans leur environnement régional.

Mais ces succès ne doivent pas dissimuler les limites des réformes.

Les réformes ont été nombreuses, répétées, empilées et ont parfois même été contradictoires. Par leur répétition et les changements successifs qu'elles ont entraînés dans la gestion des établissements, elles ont constitué un facteur d'épuisement pour les personnels. De réunions en injonctions, de coupes budgétaires en *reportings* obligatoires, les personnels hospitaliers ont vu leurs activités et leurs métiers se transformer. Ils ont vu la gestion, ses instruments, ses professionnels, son jargon et ses contraintes prendre toujours plus d'importance, aux dépens des valeurs qui fondaient leur engagement auprès des malades. La répétition des réformes a donné le sentiment que l'hôpital se transformait en entreprise et a nourri un malaise social. Parfois jusqu'à la démotivation ou au burn out des personnels.

Les réformes ont été conduites de manière autoritaire. La généralisation d'instruments de gestion anonymes, le pilotage confié à un nombre limité de responsables situés au sommet de hiérarchies nationales ou régionales distantes, le renforcement systématique des exécutifs aux dépens des instances de délibération ou de concertation ont été mal vécus. Ce regain autoritaire était d'autant plus difficile à accepter qu'il s'accordait mal avec d'autres évolutions, à la fois récentes et profondes au sein du monde médical : il allait à rebours des nouveaux principes de décision médicale partagée entre pairs ou avec le malade et son entourage ; il prenait à contre pied la démocratie sanitaire encouragée quelques années auparavant dans les établissements.

Les réformes ont été uniformes, alors que les établissements sont d'une grande diversité. Les trois mille établissements hospitaliers français sont de taille et de vocations différentes. Les spécificités de leurs statuts, de leurs activités, de leur taille, de leur degré de spécialisation n'ont pas été prises en compte par les récentes réformes. Certes des outils de planification régionalisés se sont affermis, à l'image des Schéma régionaux d'organisation des soins (SROS). La création des Agences régionales de santé est de nature à renforcer la prise en compte des enjeux territoriaux. Mais les réformes les plus structurantes ont été plaquées en imposant des logiques financières et managériales sans discernement, à charge pour les établissements de s'adapter. La tarification à l'activité a été pensée et mise en place de manière homogène. Les schémas de gouvernance ont été définis par la loi et mis en œuvre de manière identique dans les établissements. Même la différence de dénomination traditionnelle entre « hôpitaux » (publics) et « cliniques » (privées) a été remplacée par l'appellation indifférenciée d'« établissements de santé ».

Enfin, les réformes sont restées centrées sur l'hôpital. Leurs objectifs concernaient le monde hospitalier, indépendamment de son environnement ambulatoire. Les réformes ont eu pour objet de transformer l'hôpital de l'intérieur, sans suffisamment prendre en compte les dynamiques externes et transversales du système de soins. Pire, la fragilisation parallèle de la médecine ambulatoire, ses difficultés à prendre en charge des patients en situation d'urgence ou hors des heures ouvrables, ont fait affluer les malades vers les services d'urgence et vers une prise en charge hospitalière. Les réformes ont renforcé l'hospitalo-centrisme à la française.

En prenant acte des transformations engagées, comment faire évoluer l'hôpital vers une situation plus équilibrée ? Comment passer de l'obsession des équilibres comptables, qui ont certes leur importance, à l'exigence d'équilibres humains et organisationnels plus harmonieux ?

Nous formulons trois ensembles de propositions.

En matière de financement, nous proposons de différencier davantage les modes de financement des établissements de santé, dans le respect de leur diversité et de leurs spécificités.

La différenciation exige une modulation de la tarification à l'activité par grands types d'établissements. Les centres hospitaliers locaux ou régionaux ne sont pas des Centres hospitalo-universitaires. La définition de quelques « groupes homogènes d'établissements de santé » (GHES), en plus des actuels « groupes homogènes de séjours » (GHS), permettrait de différencier le financement à l'activité sans remettre en cause le principe général d'efficience et d'association de coûts unitaires aux activités médicales. C'est à partir des groupes homogènes d'établissements de santé que de nouvelles règles de convergence entre hospitalisation publique et privée pourraient être envisagées.

En matière d'outils de gestion, nous proposons d'enrichir les indicateurs actuels, purement financiers et quantitatifs, en introduisant des indicateurs plus qualitatifs. Une première

série d'indicateurs pourraient être des indicateurs de la qualité des soins dispensés aux malades. Ces indicateurs devraient rendre compte des processus de prise en charge aussi bien que des résultats médicaux obtenus. Ils pourraient concerner les établissements de manière globale, ou les services plus spécifiquement. Certains de ces indicateurs de qualité existent déjà. Ils devraient faire l'objet d'une diffusion auprès des patients. Ces indicateurs devraient être pris en compte dans les règles de tarification et dans la gestion des établissements. Une seconde série d'indicateurs devraient avoir une vocation sociale, afin de rendre compte de l'environnement social et professionnel des établissements en tant qu'employeurs, dans une logique de responsabilité sociale. Ces indicateurs pourraient prendre en compte l'état des relations internes au sein des établissements, notamment les conditions de travail des personnels de l'hôpital, aussi bien que les caractéristiques socioéconomiques et les niveaux de satisfaction des patients, afin que la vocation sociale des établissements soit plus explicite. Ces indicateurs devraient être pris en compte dans les règles de tarification et dans la gestion des établissements.

En matière de gouvernance, nous proposons de renforcer l'organisation démocratique des pouvoirs afin d'équilibrer le renforcement récent des exécutifs, tant à l'échelle des établissements qu'à l'échelle des régions. A l'échelle des établissements, nous proposons de renforcer la place des instances délibératives et participatives dans la gouvernance des établissements, afin d'associer plus étroitement les médecins, les autres professionnels de santé ainsi que les patients à l'orientation stratégique et à la gestion des hôpitaux. A l'échelle régionale, nous proposons que le rôle conféré aux Agences régionales de santé en matière de régulation hospitalière soit équilibré par les pouvoirs de contrôle et de prospective de nouvelles Chambres régionales de santé associant l'ensemble des parties prenantes.

En matière de relation entre les établissements de santé et leur environnement ambulatoire nous formulons deux propositions. Les établissements de santé doivent pouvoir déléguer des personnels soignants « hors les murs », afin d'exercer dans des zones dont la densité médicale est faible. Des médecins hospitaliers, le cas échéant associés à des personnels infirmiers seraient détachés en ville ou à la campagne, le cas échéant dans plusieurs localités, tout en gardant une relation fonctionnelle et statutaire avec l'hôpital. Le changement de financement de certaines pathologies permettrait de rapprocher les modes de financement pratiqués à l'hôpital et les financements ambulatoires. Des enveloppes mixtes, à la fois hospitalières et ambulatoires, « à la pathologie » pourraient être dédiées à la prise en charge coordonnée de certaines maladies chroniques. La gestion de ce mode de financement, dont la gestion pourrait être confiée aux maisons de santé ou aux établissements hospitaliers, permettrait d'associer des médecins de ville ou de village aux structures hospitalières.

Après les dix dernières années de réformes hospitalières, le système de soins a aujourd'hui besoin d'équilibre. Nous proposons une évolution de l'organisation des soins qui s'articule aux transformations de la médecine ambulatoire, largement laissée en marge des réformes les plus récentes. L'enjeu est de favoriser une organisation de soins plus coordonnés en médecine ambulatoire, et de favoriser les articulations entre la médecine

ambulatoire coordonnée et le monde hospitalier. Pour ce faire, les modèles du passé doivent être dépassés. Il ne s'agit plus ni de réhabiliter la figure traditionnelle du médecin de famille en médecine ambulatoire, ni de revenir à l'âge d'or du pouvoir hospitalier.

Il s'agit de promouvoir le développement de structures de soins coordonnés, notamment de maisons de santé, aux côtés des activités libérales et des structures hospitalières existantes. Pour ce faire, la réforme des relations contractuelles entre la médecine de ville et les pouvoirs publics doit permettre de diversifier les modes de rémunération afin d'encourager des pratiques transversales et coordonnées, adaptées aux enjeux épidémiologiques et démographiques d'aujourd'hui. Le soutien aux projets innovants et le développement de filières académiques en médecine générale et en soins infirmiers peuvent favoriser l'organisation de soins coordonnés. Parallèlement, le monde hospitalier a besoin de souffler et d'être plus étroitement articulé à une médecine ambulatoire renouvelée. Les réformes engagées au cours de la dernière décennie ne doivent pas être abandonnées, elles doivent être équilibrées. La diversification des modes de financement, le renforcement des instances de délibération et de participation, ainsi que la création de dispositifs favorisant les liens entre la ville et l'hôpital, tels qu'une présence hors-les-murs de praticiens hospitaliers ou la création de tarifs associant pratiques ambulatoires et hospitalières, sont de nature à équilibrer les dynamiques hospitalières en les associant à la médecine de ville ou de village.

Ces orientations conduisent à formuler plusieurs propositions :

Proposition n°19 : Promouvoir la création de maisons de santé dans les zones de faible densité médicale (soutiens aux projets innovants).

Proposition n°20 : Diversifier les formes de rémunération individuelles en médecine ambulatoire (paiement à l'acte, à la capitation, à la performance) Interdire les dépassements d'honoraires après diversification des modes de rémunération.

Proposition n°21 : Favoriser l'association de médecins libéraux aux fonctions hospitalières et de santé publique, ainsi que de personnels soignants hospitaliers « hors les murs ».

Proposition n°22 : Créer des formes de paiement à la pathologie associant la médecine hospitalière et ambulatoire.

Proposition n°23 : Renforcer ou créer des filières académiques en médecine générale et en soins infirmiers

Proposition n°24 : Moduler la tarification à l'activité par groupes homogènes d'établissements.

Proposition n°25 : Diffuser et intégrer à la gestion des établissements des indicateurs de qualité et des indicateurs sociaux.

Proposition n°26 : Renforcer les instances délibératives dans la gouvernance des établissements

PARTIE V

Gouvernance : instituer l'Etat de santé

Dans un contexte de transformation des enjeux de santé publique et de prévention, de lutte contre les inégalités sociales de santé, de prise en compte de nouveaux risques sanitaires, de développement de pratiques médicales plus coordonnées et de recentrement du système d'assurance maladie autour de L'organisation du système de santé doit attribuer toute sa place à l'Etat, véritable garant de la protection des citoyens en matière de santé. Longtemps en retrait dans les politiques de santé, l'Etat a désormais un rôle éminent à jouer dans en matière de santé. Son renforcement n'est pas un « retour un arrière » idéologique, c'est un progrès dans le sens d'une plus grande cohérence de l'ensemble des acteurs impliqués dans les transformations du système de santé.

L'affirmation d'un Etat fort, régionalisé et démocratique doit accompagner les évolutions en cours et modifier les relations entre acteurs du système de santé, en les équilibrant davantage. Si cette perspective traduit une forme assumée d'étatisme, ce dernier est assorti dans ses principes d'une poursuite de la régionalisation et d'un approfondissement démocratique.

1.

Pour un Etat sanitaire fort

La santé est du ressort de l'Etat, appelé à intervenir dans ses attributions classiques de protection des citoyens. Quitte à aller à rebours d'une idée répandue, notamment au sein de la profession médicale, une « étatisation » accrue de l'administration sanitaire est aujourd'hui indispensable. Encore faut-il s'entendre sur ce que recouvre ce terme, souvent utilisé à des fins polémiques comme un commode repoussoir justifiant le statu quo. Pour des raisons historiques, liées aux rapports de force entre les parties prenantes du système de santé, l'Etat sanitaire est resté faible en France. Sa faiblesse est le produit des relations éclatées que l'Etat a entretenues avec d'autres acteurs institutionnels : dyarchie entre Etat et assurance maladie ; difficultés de pilotage du système hospitalier ; indépendance d'un grand nombre d'agences techniques. Elle peut aussi être analysée en référence au faible poids du ministère de la Santé dans les dispositifs gouvernementaux. Bien que parfois considéré comme un ministère important, le ministère de la Santé dépend de ministères plus puissants, comme le ministère des Affaires sociales ou le ministère des Finances, responsables du financement et des comptes sociaux, autrement dit du nerf de la guerre.

La faiblesse de l'Etat sanitaire est connue et a donné lieu à deux principaux types de réponses, largement inachevées. Après les crises sanitaires, le déficit d'expertise technique du ministère de la Santé a conduit à renforcer ses capacités d'expertise à travers la création d'agences techniques intervenant dans divers domaines de la santé publique et de l'organisation des soins (produits de santé, alimentation, environnement, pratiques cliniques, qualité hospitalière...). La forme agence a renforcé les moyens de l'Etat sans faciliter l'exercice d'une tutelle stratégique sur ces nouveaux moyens. Différentes réformes ont renforcé la tutelle de l'Etat sur le secteur hospitalier, longtemps assez autonome, à travers l'institution récente d'une chaîne hiérarchique reliant par paliers successifs le ministère aux services de soins, via des mécanismes de contractualisation souvent comminatoires. En médecine de ville, le rôle de l'Etat est en revanche resté modeste.

Nous proposons de donner au décideur public les moyens d'une régulation équilibrée du système de santé. Cette évolution exige un renforcement des administrations responsables de la santé publique, de l'organisation des soins et des comptes sociaux. Elle vise à surmonter le découplage historique entre la santé publique, l'hospitalisation et la médecine de ville, traditionnellement régulées par l'Etat, pour les deux premières, et par la Sécurité sociale, pour la dernière. Héritée du passé, cette séparation présente l'inconvénient de laisser les pouvoirs publics à distance de la médecine de ville, dans un climat de défiance réciproque, parfois entretenu à dessein. Ce découplage a des effets pervers pour deux

domaines clés de l'action publique. Définies sans coordination avec la médecine de ville, les politiques de santé publique consistent souvent en un ensemble de plans volontaristes, nombreux, ambitieux, mais coupés des professionnels de terrain qui pourraient servir de relais auprès de la population. La récente campagne de vaccination contre la grippe A en a été une illustration caricaturale : planifiée en haut lieu, la vaccination s'est heurtée à l'impossibilité technique, semble-t-il assumée, d'associer les médecins libéraux, eux-mêmes volontiers sceptiques et laissés hors jeu. Parallèlement, dans le domaine hospitalier, les nombreuses tentatives pour surmonter un certain « hospitalo-centrisme » à la française se sont heurtées à la difficulté récurrente d'organiser des transversalités entre l'hôpital et la médecine de ville. Si les nouvelles Agences régionales de santé sont destinées à surmonter ce cloisonnement, le dispositif administratif reste lui-même marqué par la dyarchie : l'assurance maladie restant hors du dispositif, la médecine de ville risque elle-même de rester extérieure aux recompositions. Une articulation plus globale des responsabilités de l'Etat nécessite une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs de santé.

En pratique, nous proposons de renforcer l'action de l'Etat en regroupant ses moyens administratifs, aujourd'hui dispersés.

En premier lieu, l'Etat doit acquérir une capacité de régulation de la médecine de ville, aujourd'hui déléguée aux caisses d'assurance maladie. Il doit pouvoir accompagner les transformations à venir de la médecine de ville appelée à évoluer de pratiques à dominante individuelles aujourd'hui, vers des pratiques plus transversales, parfois collectives, associant divers types de professionnels et de structures, qu'elles soient hospitalières ou non (voir chapitre *offre de soins*). Pour favoriser ces évolutions dans un esprit d'association de l'ensemble de moyens sanitaires, nous proposons d'organiser un transfert de responsabilité de la Sécurité sociale vers le ministère de la Santé. Ce transfert ne préjuge en rien du caractère plus ou moins centralisé ou régionalisé de la régulation, qui deviendrait plus nationale que paritaire. En l'espèce, nous penchons pour une poursuite active de la régionalisation (cf. *infra*). Ce déplacement significatif du centre de gravité de la régulation de la médecine de ville vers l'Etat présente l'avantage de rendre plus explicites des changements déjà engagés au cours des dernières années dans les rapports entre l'Etat, la Sécurité sociale, les partenaires sociaux et les représentants des professions de santé. Il renforce la légitimité et la capacité de régulation de l'Etat, tout en favorisant les rapprochements aujourd'hui plus nécessaires que jamais entre la médecine de ville, l'hôpital et la santé publique.

En deuxième lieu, le renforcement des compétences ministérielles devrait aussi concerner le pilotage du secteur hospitalier, à travers la réintégration de moyens aujourd'hui dispersés au sein d'organismes spécialisés, notamment d'agences. Si les activités de certaines agences sanitaires justifient sans conteste leur indépendance, en matière d'évaluation scientifique en particulier, d'autres activités relèvent en revanche davantage de la gestion et de la modernisation administrative, dans le domaine hospitalier en particulier. Associées au sein du ministère, les fonctions techniques qu'exercent ces agences peuvent utilement renforcer la capacité de l'Etat dans le pilotage stratégique de l'offre de soins. Les formes d'une telle réintégration de moyens aujourd'hui extérieurs aux

administrations centrales n'impliquent nullement un retour aux formes administratives traditionnelles, antérieures à la création d'agences indépendantes dans les années 1990. Elles pourraient prendre la forme d'une grande agence exécutive de l'organisation des soins, placée sous la responsabilité du ministre de la Santé. Dans la mesure où l'Etat développerait le champ de ses compétences à la médecine de ville, cette agence exécutive de l'organisation des soins inclurait le champ de la médecine de ville, de l'hôpital et du secteur médico-social. Un tel renforcement apparaît d'autant plus opportun qu'il permettrait à l'Etat d'exercer une tutelle stratégique sur des Agences régionales de santé dont les compétences coordonnées dans ces différents secteurs sont elles-mêmes appelées à se renforcer à l'échelle régionale. Par son statut et dans son mode de mode de fonctionnement et de relation, ce type d'agences exécutives se différencierait en outre nettement des agences scientifiques d'évaluation, dont l'indépendance gagnerait pour leur part à être renforcée (cf. *infra*).

Enfin, les évolutions des modes de prise en charge financière des dépenses de santé, qui laissent aujourd'hui plus de place aux assurances complémentaires, nécessitent un renforcement de la régulation publique. Cette dernière nécessite l'institution d'une Autorité de régulation de l'assurance complémentaire santé. Cette autorité devrait non seulement s'assurer de la solvabilité des assurances complémentaires, comme c'est le cas aujourd'hui, mais devrait aussi disposer de compétences techniques spécifiques au secteur de la santé. Dans l'hypothèse où les assurances complémentaires seraient maintenues dans le secteur concurrentiel, l'Etat devrait être en mesure, grâce à cette autorité de régulation, d'assurer aux souscripteurs une plus grande transparence du marché des complémentaires et une réelle capacité de comparaison et de choix. Il devrait aussi veiller à ce que les mécanismes du marché de l'assurance complémentaire ne renforcent pas les inégalités sociales de santé, en partie liées aux modes de financement. Cette autorité serait en particulier appelée à proposer chaque année un bilan de son activité discuté au Parlement dans le cadre des débats annuels relatifs aux lois de financement de la sécurité sociale.

2.

Pour un Etat sanitaire régionalisé

Le renforcement des compétences de l'Etat dans le domaine sanitaire doit s'accompagner d'une politique de régionalisation plus poussée. Cette dernière ne doit pas être conçue, on l'a compris, comme un désengagement de l'Etat, mais comme une déclinaison territoriale de l'action publique. Depuis les années 1990, l'Etat a favorisé l'émergence d'un niveau régional de régulation. C'est à l'instigation des pouvoirs publics que la région s'est progressivement imposée comme un espace géographique de référence dans le domaine sanitaire. Dès le milieu des années 1980, après la création des premiers Observatoires régionaux de santé (ORS), des réflexions ont été conduites auprès du Commissariat Général au Plan en vue d'une régionalisation plus poussée des politiques de santé.

Différentes perspectives ont alors été envisagées : décentralisation, déconcentration, rénovation des partenariats entre l'Etat et l'Assurance maladie. Au seuil des années 1990, la région est sans conteste devenue l'échelon pertinent. La loi hospitalière de 1991 a institué des Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). En 1993, le rapport *Santé 2010* a anticipé le schéma des actuelles Agences Régionales de Santé. En 1996, le Plan Juppé s'en est directement inspiré pour créer des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui relayent au niveau régional la politique nationale de restructuration hospitalière. La médecine de ville est restée du ressort des caisses d'assurance maladie dont la coordination a été confiée à de nouvelles Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), elles mêmes chapeautés par l'Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie. De sorte que la dyarchie nationale entre l'assurance maladie et l'Etat a alors été entérinée au niveau régional, hypothéquant le décloisonnement entre les deux secteurs ambulatoire et hospitalier. Parallèlement au souci manifesté par l'Etat de régionaliser les politiques de santé, les autres acteurs du système de santé n'ont pas toujours su, pu ou souhaité investir l'échelon régional. Les élus régionaux ont souvent montré quelques réticences à l'égard d'une décentralisation sanitaire, volontiers perçue comme un élément d'inégalité entre régions. Les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ont éprouvé des difficultés à trouver leur place, prises en étau entre l'échelon national des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé et le réseau local des caisses primaires d'assurance maladie. Le faible investissement de l'espace régional est aussi le fait des organismes d'assurance complémentaire, des syndicats de médecins ou de l'industrie pharmaceutique dont la principale organisation représentative, le LEEM, ne dispose pas de délégation régionale. Or la régionalisation de la politique de santé suppose que les acteurs de santé investissent l'échelon régional.

La consécration de l'échelon régional fournit opportunité historique pour reconfigurer les relations entre les acteurs du système de santé sous la responsabilité de l'Etat. Au-delà de ses limites autoritaires, la loi Bachelot de 2009 constitue une étape importante. Les Agences régionales de santé (ARS) qu'elle a créées apparaissent comme les vecteurs naturels d'une rationalisation des structures intervenant à l'échelle régionale. Ces administrations déconcentrées ont vocation à accélérer la restructuration du secteur hospitalier entamée par les ARH, à décloisonner ses relations avec la médecine de ville et le secteur médico-social, à mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et à développer au niveau régional les compétences dans le domaine de la gestion des nouveaux risques sanitaires. Mais deux limites de la loi Bachelot doivent être soulignées. En premier lieu, la négociation de la convention médicale, la politique de gestion du risque et la régulation de la médecine de ville restent du ressort de l'échelon national de l'assurance maladie, alors que les agences régionales de santé se voient confier l'organisation de l'offre de soins de ville à l'aide de schémas régionaux non opposables, sans pouvoir peser sur les négociations tarifaires. Dès lors, le décloisonnement entre la ville et l'hôpital et la meilleure répartition de l'offre de soins dans les territoires deviennent difficiles, les nouvelles agences régionales ne disposant finalement de compétences pleines et entières que pour le secteur hospitalier. En second lieu, l'incertitude demeure sur la coordination nationale des agences régionales, le ministère de la Santé ayant refusé la création d'une agence nationale de santé. La dyarchie est maintenue au niveau national comme au plan local. En outre, les pouvoirs et contre-pouvoirs locaux, marginalisés par la nouvelle gouvernance régionale, continueront probablement à se mobiliser, localement ou en faisant appel aux échelons centraux pour faire désavouer des décisions locales jugées défavorables. La régionalisation de la gouvernance sanitaire reste inachevée.

La voie empruntée de façon empirique par le système de santé français permet d'affirmer le *leadership* de l'Etat au niveau régional. Dans cette perspective, les Agences régionales de santé apparaissent comme les pivots d'une mise en cohérence des administrations de l'Etat et de l'Assurance maladie. Elargies, les compétences des agences régionales doivent englober non seulement l'hôpital et le médico-social, comme c'est le cas dans le schéma actuel, mais aussi, plus nettement qu'aujourd'hui, la médecine de ville. Cette évolution suppose que des compétences actuelles de l'assurance maladie soient transférées aux agences régionales de santé. S'il semble peu pertinent d'envisager une régionalisation intégrale des négociations conventionnelles entre des agences régionales de santé rénovées et les professionnels libéraux et l'Assurance maladie, en raison de la concurrence entre territoires qui en résulterait, et des effets inflationnistes qui s'ensuivraient dans un contexte où la démographie médicale place les professionnels libéraux en position de force, les agences régionales devraient disposer de leviers financiers propres, permettant d'inciter les professionnels de santé à évoluer vers de nouvelles formes d'activités, sur la base du volontariat. Les agences régionales pourraient disposer d'enveloppes leur permettant d'allouer des rémunérations forfaitaires destinées à favoriser une présence médicale dans des zones sous-médicalisées ou à encourager des pratiques innovantes, transversales et pluri-professionnelles. L'outil conventionnel national tel qu'il existe est à bout de souffle. Limité à de simples enjeux tarifaires, révisés périodiquement et sans perspective d'ensemble, il n'est plus à la hauteur des évolutions de la médecine de ville. Partielle et

contrôlée, assortie de schémas d'organisation stratégiques, la régionalisation permettrait de réanimer ses ambitions originelles d'amélioration de l'organisation et de la qualité des soins. Dans cette optique, les Unions régionales des professionnels de santé pourraient accéder au rang de partenaires d'une ambitieuse politique régionale de santé.

3.

Pour un Etat sanitaire plus démocratique

La régionalisation et le renforcement du rôle de l'Etat doivent s'accompagner d'un approfondissement démocratique. Faute de quoi, le caractère inévitablement normatif des politiques de santé – qui concernent à un moment ou à un autre la vie de tout un chacun, y compris jusque dans des aspects quotidiens et intimes de l'existence – peut vite tourner au cauchemar. En matière de santé, l'approfondissement démocratique est lié à deux exigences complémentaires. La première se rapporte au contrôle que les citoyens sont en droit d'exercer sur des formes de pouvoir qui, pour être diffus et en partie délégués à des tiers, professionnels ou institutionnels, n'en sont pas moins fortement normatifs. La seconde a trait au degré élevé de complexité technique et institutionnelle du système de santé, qui en rend son contrôle démocratique problématique.

S'il est devenu de bon ton de stigmatiser les tentations « ultra sécuritaires » de sociétés contemporaines obsédées par le principe de précaution et par la réduction tous azimuts de « risques » avérés ou seulement possibles pour la santé, force est de constater que de telles préoccupations ne sont pas, loin s'en faut, imputables à la seule puissance publique, qui n'en est souvent que le réceptacle et l'amplificateur. Le risque d'un contrôle des comportements individuels et de la liberté de chacun par des normes sanitaires plus ou moins contraignantes est aussi imputable à une « sanitarisaton » plus générale des risques, à laquelle participent nombre d'acteurs indépendants de l'Etat, tels que des scientifiques, des industriels, des professionnels de santé, des organisations de patients, des médias ou les citoyens eux-mêmes. Dès lors, il ne suffit pas de questionner les menaces vaguement totalitaires que ferait peser sur les citoyens le fantasme d'une santé parfaite relayé par la puissance publique. Il importe de mettre en regard le risque d'un accroissement du contrôle sur les comportements imputable au renforcement de l'Etat sanitaire, d'une part, et le risque non moins tangible d'un contrôle des comportements individuels résultant d'un défaut de régulation, laissant toute marge de manœuvre à des acteurs économiques et sociaux intéressés, d'autre part. S'il n'est pas sans responsabilité politique vis-à-vis de la liberté de chacun, l'Etat sanitaire n'a pas le monopole du contrôle social. A la différence d'autres acteurs sociaux participant au développement des normes de santé, il peut du moins faire l'objet de contrôles démocratiques, pour peu ces derniers soient envisagés et organisés.

L'exigence d'un contrôle démocratique des politiques de santé est d'autant plus grande que le système de santé est complexe techniquement. Après plusieurs décennies de

transformation, les tenants et aboutissants des systèmes de santé et de protection sociale sont devenus peu familiers pour l'honnête citoyen. Appelé en dernier recours à faire les frais d'une réduction de la couverture maladie ou d'une augmentation des prélèvements, le citoyen n'a d'autre choix que de manifester sa perplexité devant la complexité d'une administration sanitaire dont il doit déléguer la régulation. Or cette complexité, parfois assortie d'une opacité de bon aloi, permet, année après année, de modifier de manière substantielles des aspects essentiels des systèmes de santé et d'assurance maladie, mesures techniques après mesures techniques. Ces transformations sont réalisées sans que les principes et les valeurs du pacte social relatif à la Sécurité sociale aient vraiment été débattus, ni le cas échéant revus. Constamment réaffirmés sous la forme de références aux temps glorieux, ou de réassurances sur l'excellence présumée du système de santé français, ces principes sont peu à peu écornés, au point de laisser émerger de préoccupantes tendances inégalitaires. Le système de santé mérite mieux qu'une gestion opaque s'accommodant d'une dégradation financière, ou pire encore de projets politiques implicites, progressivement mis en œuvre. Il requiert une large ouverture du débat public sur les enjeux, les options, les rapports de force, les scénarios d'évolution possibles.

En raison de sa complexité et de ses implications sur la vie de chacun, le champ de la santé nécessite un approfondissement démocratique. Là encore, nous proposons des évolutions significatives plus qu'une révolution. Le champ de la santé a fait l'objet d'importantes transformations, qui ont accru son caractère démocratique depuis une dizaine d'années. Il s'agit d'en approfondir les exigences en assortissant l'émergence de nouveaux pouvoirs, notamment régionaux, d'indispensables garanties. Quels sont les acquis à partir desquels peut être promu un second souffle de la démocratie sanitaire et en quoi consiste concrètement cet approfondissement ?

Les exigences démocratiques en matière de santé ne datent pas d'hier. Elles s'articulent autour de trois volets, issus de contextes historiques successifs. Dans l'immédiat après-guerre, la proclamation d'un droit constitutionnel à la santé et l'organisation d'institutions garantes de la démocratie sociale incarnent une exigence démocratique forte. A cette démocratie sociale articulée autour de la représentation syndicale est venue s'ajouter, à partir des années 1980, une nouvelle exigence démocratique portée par la participation des patients et de leurs représentants associatifs, revendiquant de nouveaux droits individuels et collectifs. Ces éléments représentent des acquis, qui complètent sans s'y substituer les formes traditionnelles de la démocratie représentative, qui ont-elles-mêmes fortement évolué. Traditionnellement peu débattues au Parlement, malgré la forte présence de médecins dans les rangs des deux assemblées, les questions de santé ont fait l'objet d'un intérêt parlementaire plus soutenu depuis une dizaine d'années. Deux éléments traduisent l'implication accrue du pouvoir législatif. Le premier est le vote annuel de Lois de financement de la sécurité sociale, depuis les ordonnances Juppé de 1996. Ces lois, ainsi que les travaux et débats qui les accompagnent, sont l'occasion de délibérations ouvertes sur les questions de santé et de protection sociale. Au cours de la même période, le Parlement a par ailleurs voté un nombre impressionnant d'autres lois relatives à la santé (une douzaine en une décennie). Longtemps tenu à l'écart de l'administration de la santé

au bénéfice de la démocratie sociale, la représentation nationale a activement entretenu un débat démocratique sur la santé.

Fort de l'expérience de la démocratie sociale, de la démocratie sanitaire et du renouvellement même de la démocratie représentative, quels approfondissements démocratiques sont aujourd'hui pertinents pour équilibrer le renforcement de l'Etat sanitaire ? Deux principes peuvent guider cet approfondissement.

L'un et l'autre ont un caractère pragmatique, lié aux expériences réalisées dans le secteur de la santé, qui offre un exemple remarquable d'association entre diverses sources de légitimité démocratique, tout à la fois représentative, sociale et participative. Cette conjugaison associe diverses « générations » d'acteurs collectifs, dont la légitimité n'est pas contestée mais dont les agencements, variables, sont plus ou moins aboutis. Des éléments de démocratie participative peuvent ainsi être introduits au risque de dispenser l'action publique d'autres formes d'équilibre démocratique, en termes de séparation des pouvoirs ou d'implication des représentants de la démocratie sociale, par exemple.

De même, une association des deux démocraties sociale et participative peut-elle être mise en œuvre aux dépens de la démocratie représentative, au risque d'autres déséquilibres. Certains agencements peuvent échouer plus radicalement à équilibrer le renforcement des pouvoirs exécutifs, au risque d'une gouvernance devenant alors autoritaire. L'exigence d'équilibre entre les différentes formes d'expression démocratique devient d'autant plus cruciale que l'évolution de la gouvernance sanitaire s'accompagne de la constitution d'un pouvoir exécutif plus fort, décliné à une échelle aussi bien nationale que régionale. Le renforcement du rôle de l'Etat rend nécessaire l'institution de contre-pouvoirs. A l'échelle nationale, le Parlement offre un cadre régulier d'exercice de la démocratie équilibrant le pouvoir exécutif. A l'échelle régionale, le renforcement en cours des pouvoirs exécutifs des Agences régionales de santé ne s'accompagne en revanche d'aucun contre pouvoir équivalent. Si elles ont le mérite d'exister, les Conférences régionales de santé sont organisées sous la responsabilité du pouvoir exécutif régional et dénuées de véritables pouvoirs. Cet agencement inclut une dimension participative, mais il reste incomplet et déséquilibré. Il évacue en particulier les élus territoriaux, jusqu'alors actifs dans la gouvernance des établissements sur lesquels désormais une tutelle régionale.

Ces deux principes – la nécessité d'articuler les trois sources de la légitimité démocratique en santé et de faire émerger un contre-pouvoir délibératif régional – conduisent à proposer la création de Chambres régionales de santé. Associant l'ensemble des acteurs de santé, ces Chambres pourraient être constituées, comme les actuelles Conférences du même nom, sur la base d'une représentation électorale des différentes parties prenantes (partenaires sociaux, représentants élus des professionnels, représentants élus des patients).

A la différence des Conférences régionales de santé, ces Chambres seraient rattachées aux Conseils régionaux, qui auraient la responsabilité d'en organiser l'installation et le fonctionnement. La Région se verrait ainsi conférer une compétence explicite en matière de santé, aujourd'hui inexistante. Le contenu de cette compétence reste à circonscrire dans

un double souci d'équilibre entre le niveau national et le niveau régional d'une part, et entre le représentant régional de l'Etat et le Conseil régional, d'autre part. Rattachés aux Conseils régionaux, les Chambres régionales de santé comprendraient parmi leurs membres des conseillers régionaux, afin de favoriser l'articulation des deux organes délibératifs et de renforcer le caractère de contre-pouvoir des nouvelles Chambres régionales de santé. Ces dernières pourraient se voir reconnaître des pouvoirs de contrôle sur les Agences régionales de santé, éventuellement par l'intermédiaire du Conseil régional. La présentation d'orientations générales de l'action des agences régionales de santé devant les Chambres pourrait constituer un moment fort du débat régional sur la santé. Les Chambres disposeraient en outre de responsabilités en matière de prospective sur l'organisation des services de santé et pourraient notamment être associées à l'élaboration et au vote des schémas régionaux d'organisation, participant ainsi à la planification régionale. Ce dispositif associe l'ensemble des parties prenantes dans un esprit de participation tout en adossant ses activités à une instance élue, dont les compétences se trouveraient ainsi explicitement élargies au champ de la santé. Il crée en somme un pouvoir régional délibératif, destiné à équilibrer le renforcement des pouvoirs exécutifs régionaux dans un esprit de participation, de délibération et de séparation des pouvoirs.

Le même état d'esprit conduit à faire évoluer, à l'échelle nationale, le dispositif des agences d'expertise sanitaire dans le sens d'une meilleure séparation, de nature à garantir une plus grande indépendance scientifique. Certaines agences ou autorités créées au cours des dernières années dans le domaine de la santé exercent en fait deux types d'activités, qui sont d'autant moins faciles à distinguer qu'elles incorporent les unes et les autres, quoique à des titres très différents, d'importantes connaissances scientifiques, perpétuellement actualisées. D'un côté, certaines agences ou autorités exercent des activités d'expertise scientifique, qui justifient un très haut degré d'indépendance. D'un autre côté, d'autres agences, ou parfois les mêmes, participent à des activités de mise en œuvre, disposant alors de pouvoir de décision nécessitant une intégration fonctionnelle au reste de l'administration. Dans le domaine hospitalier, par exemple, certaines agences ont vocation à améliorer l'organisation ou la qualité des soins, plutôt qu'à les évaluer simplement. Ce second type de fonctions justifie une réintégration au sein de l'administration, afin de renforcer les capacités de pilotage de l'Etat sanitaire (voir *supra*). Le pendant de cette réintégration est un renforcement concomitant de l'indépendance garantie aux activités relevant proprement de l'expertise scientifique.

Depuis les années 1990, la nécessité d'externaliser certaines fonctions par rapport aux administrations centrales a pu aboutir à des compromis incertains, préjudiciables à l'indépendance de l'expertise scientifique. Après avoir proposé de réintégrer dans l'administration certaines agences ou certaines fonctions exécutives aujourd'hui exercées par des agences, nous proposons parallèlement de renforcer l'indépendance de l'expertise scientifique, appelée à rester hors de l'administration, en créant une Autorité indépendante d'évaluation et de sécurité sanitaire. Se rapprochant du modèle américain de la *Food and Drug Administration*, cette autorité regrouperait les fonctions d'expertise aujourd'hui exercées par une pluralité d'agences spécialisées.

Les réformes de l'assurance maladie et de la santé publique engagées ces dernières vingt dernières années ont modifié les principes de régulation et de gouvernance du système de santé. Elles ont renforcé les capacités de régulation de l'Etat et lui ont donné un caractère plus régional. Tout en constituant des acquis, ces évolutions ont introduit des déséquilibres. Elles ont exclu des dispositifs de régulation des acteurs importants du système de santé, comme les professionnels de santé, sans parvenir à y inclure de nouveaux acteurs, comme les représentants de patients. Elles ont multiplié les organismes publics indépendants sans les coordonner entre eux. Elles ont délégué à des organismes publics indépendants des fonctions exécutives. Le renforcement des capacités de régulation de l'Etat doit être poursuivi, mais doit être plus équilibré. Nous privilégions pour ce faire trois principes : le renforcement du rôle de l'Etat, sa régionalisation et son approfondissement démocratique.

Ces principes s'équilibrent mutuellement, la régionalisation et la démocratisation de la régulation tempérant le renforcement de l'Etat. Le renforcement du rôle de l'Etat se traduit par le renforcement de son rôle dans l'administration de l'assurance maladie et de la médecine ambulatoire, tant au niveau central qu'au niveau régional. Ce rapprochement permet de rassembler sous la tutelle unique du ministère de la Santé la régulation de la médecine ambulatoire, de la médecine hospitalière et de la santé publique, aujourd'hui dissociées dans le système dyarchique séparant les compétences de l'Etat et de la Sécurité sociale. Le rôle de l'Etat dans la régulation des assurances complémentaires santé doit en outre être renforcé par la création d'une autorité indépendante s'assurant des conditions de concurrence et de transparence de l'information. La réforme du système de sécurité sanitaire doit conduire à dissocier des fonctions exécutives, réintégrées dans l'administration centrale, et des fonctions d'expertise et d'évaluation, qui doivent disposer d'une totale indépendance. La création d'une autorité indépendante d'évaluation et de sécurité sanitaire a vocation à rassembler et à rationaliser les capacités d'expertise scientifique publique nécessaires à l'administration du secteur sanitaire, aujourd'hui dispersées. Enfin, le caractère démocratique de la régulation régionale sera renforcé par la création de Chambres régionales de santé rattachées aux Conseil régionaux. Leurs compétences en matière de prospective et de participation à l'organisation de soins équilibreraient le renforcement des Agences régionales de santé.

Concrètement, ces orientations s'accompagnent de propositions :

Proposition n°27 : Transférer l'administration du secteur ambulatoire de l'assurance maladie vers l'Etat, tant à l'échelon national que régional.

Proposition n°28 : Renforcer les compétences des Agences régionales de santé dans le secteur ambulatoire.

Proposition n°29 : Créer une Agence exécutive de l'organisation des soins au sein du ministre de la Santé.

Proposition n°30 : Créer une Autorité indépendante de régulation de l'assurance complémentaire santé.

Proposition n°31 : Rassembler au sein d'une Autorité indépendante d'évaluation et de sécurité sanitaire les services de plusieurs agences spécialisées existantes.

Proposition n°32 : Créer des Chambres régionales de santé.

Présentation de Terra Nova

Terra Nova est un *think tank* progressiste indépendant ayant pour but de produire et diffuser des solutions politiques innovantes.

Née en 2008, Terra Nova se fixe trois objectifs prioritaires.

Elle veut contribuer à la rénovation intellectuelle et à la modernisation des idées progressistes. Pour cela, elle produit des rapports et des essais, issus de ses groupes de travail pluridisciplinaires, et orientés vers les propositions de politiques publiques.

Elle produit de l'expertise sur les politiques publiques. Pour cela, elle publie quotidiennement des notes d'actualité, signées de ses experts.

Plus généralement, Terra Nova souhaite contribuer à l'animation du débat démocratique, à la vie des idées, à la recherche et à l'amélioration des politiques publiques. Elle prend part au débat médiatique et organise des événements publics.

Pour atteindre ces objectifs, Terra Nova mobilise un réseau intellectuel large.

Son conseil d'orientation scientifique réunit 100 personnalités intellectuelles de l'espace progressiste français et européen.

Son cabinet d'experts fait travailler près de 1000 spécialistes issus du monde universitaire, de la fonction publique, de l'entreprise et du monde associatif.

Terra Nova s'intègre dans un réseau européen et international d'institutions progressistes. Ces partenariats permettent d'inscrire les travaux de Terra Nova dans une réflexion collective européenne et donnent accès aux politiques expérimentées hors de France.

Terra Nova, enfin, est un espace collectif et fédérateur. Elle constitue une plateforme ouverte à tous ceux qui cherchent un lieu pour travailler sur le fond, au-delà des courants et des partis, au service des idées progressistes et du débat démocratique. Elle travaille pour le collectif sans prendre part aux enjeux de leadership. Sa production est publique et disponible sur son site : www.tnova.fr

Terra Nova - Déjà parus

Quels métiers de l'aide médico-sociale aux personnes handicapées et dépendantes ?, Florence Weber (Terra Nova, Contribution n°28, 2012)

Banlieues et quartiers populaires : remettre les gens en mouvement, Jacques Donzelot, Anne Wyvekens et Yacine Djaziri (Terra Nova, Contribution n°27, 2012)

Biodiversité – Prendre soin de la nature : un investissement pour l'avenir, Aude Auroc, Jules Vertin, Maud Lelièvre (Terra Nova, Contribution n°24, 2012).

Nicolas Sarkozy 2007-2012 : le dépôt de bilan, par le cabinet d'experts de Terra Nova (Terra Nova, 2012)

Pour une régulation des hautes rémunérations, Martin Hirsch, Gaby Bonnand, Sandra Desmettre (Terra Nova, Contribution n°20, 2011)

L'imposture, dix ans de politique de sécurité de Nicolas Sarkozy, Préface de Robert Badinter, Valérie Sagant, Benoist Hurel et Eric Plouvier (Terra Nova, Contribution n°19, 2011)

Changer de politique de sécurité, Jean-Jacques Urvoas et Marie Nadel (Terra Nova, Contribution n°18, 2011)

Pour une République des services publics, Matine Lombard et Jean-Philippe Thiellay, (Terra Nova, Contribution n°17, 2011)

Les primaires : une voie de modernisation pour la démocratie française, par Olivier Ferrand, Florence Chaltiel, Marie-Laure Fages, Harold Huwart et Romain Prudent (Terra Nova, 2011)

2012-2017 : Renforcer la négociation collective et la démocratie sociale, Henri Rouilleault, (Terra Nova, Contribution n°15, 2011)

Ecole 2012 : Faire réussir tous les élèves, François Dubet et Ismaël Ferhat (Terra Nova, Contribution n°14, 2011)

Pour une mobilité durable, Diane Szykier, (Terra Nova, Projet 2012, Contribution n°13, 2011)

Faire réussir nos étudiants, faire progresser la France, propositions pour un sursaut vers la société de la connaissance, par Yves Lichtenberger et Alexandre Aïdara (Terra Nova, Projet 2012, Contribution n°12, 2011)

Coopération internationale : éléments d'une politique progressiste, par Anne Mingasson (Terra Nova, Projet 2012, Contribution n°11, 2011)

Politique familiale : d'une stratégie de réparation à une stratégie d'investissement social, par Guillaume Macher (Terra Nova, Projet 2012, Contribution n°10, 2011)

D'un capitalisme financier global à une régulation financière systémique, par Laurence Scialom et Christophe Scalbert (Terra Nova, Projet 2012, Contribution n°9, 2011)

Maîtriser l'énergie : un projet énergétique pour une société responsable et innovante, par Alain Grandjean (Terra Nova, Projet 2012, Contribution n°8, 2011)

Les défis du care : renforcer les solidarités, par Gilles Séraphin, rapporteur du groupe, préface de Marc-Olivier Padis, directeur éditorial de Terra Nova (Terra Nova, Projet 2012, Contribution n°7, 2011)

L'accès au logement : une exigence citoyenne, un choix politique, par Denis Burckel, rapporteur du groupe (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°6, 2011)

L'implication des hommes, nouveau levier dans la lutte pour l'égalité des sexes, par Emmanuel Borde, Dalibor Frioux, François Fatoux, Céline Mas, Elodie Servant, rapporteurs du groupe de travail (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°5, 2011)

Les politiques de lutte contre la pauvreté : l'assistanat n'est pas le sujet, par Marc-Olivier Padis et le pôle « Affaires sociales » de Terra Nova (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°4, 2011)

Pour une prise en charge pérenne et solidaire du risque dépendance, par Luc Broussy (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°3, 2011)

L'avenir de la décentralisation, par Victor Broyelle et Yves Colmou, président du groupe de travail et Karine Martin, rapporteure (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°2, 2011)

Gauche : quelle majorité électorale pour 2012 ?, par Olivier Ferrand, Bruno Jeanbart, présidents du groupe de travail, et Romain Prudent, rapporteur (Terra Nova, Projet 2012, contribution n°1, 2011)

La justice, un pouvoir de la démocratie, par Daniel Ludet et Dominique Rousseau, président du groupe de travail, et Hélène Davo et Sonya Djemni-Wagner, rapporteuses (Terra Nova, 2010)

Pour une réforme progressiste des retraites, par Olivier Ferrand et Fabrice Lenseigne (Terra Nova, 2010)

Accès à la parenté : assistance médicale à la procréation et adoption, par Geneviève Delaisi de Parseval et Valérie Depadt-Sebag (Terra Nova, 2010)

L'Etat Pyromane, ouvrage collectif sous la direction d'Olivier Ferrand (Terra Nova, Delavilla, 2010)

L'Europe contre l'Europe, par Olivier Ferrand, président de Terra Nova (Hachette Littératures/Terra Nova, 2009)

Pour une primaire à la française, par Olivier Duhamel et Olivier Ferrand (Terra Nova, 2008)