

Dimension économique des contraintes actuelles sur les politiques de santé publique dans l'espace européen et son voisinage

Bernard YVARS

Chaire Jean Monnet en *Intégration régionale comparée*

Institut d'Etudes Démographiques de l'Université Montesquieu-Bordeaux IV

Les champs de la santé publique sont multiples et les politiques en la matière peuvent avoir un contenu extrêmement divers : concerner la morbidité et la médecine curative, la prévention sanitaire, l'éducation ou la promotion de la santé, etc. Elles peuvent être directes (lutte contre la morbidité liée aux tumeurs malignes, prévention des infections nosocomiales, etc.) ou transversales (lutte contre le stress au travail). Elles peuvent cibler les facteurs de risque de morbidité et alors intéresser l'habitat, les modes de vie, les conditions de travail, l'environnement, etc. Elles dépendent aussi du profil épidémiologique du pays concerné. À ce propos, on rencontre trois profils généraux recouvrant :

- les maladies de la pauvreté (pays d'Afrique subsaharienne où prédominent les maladies infectieuses) ;
- les maladies des pays riches (pays européens, par exemple, où les maladies chroniques sont devenues prépondérantes) ;
- les maladies des pays riches et des pays pauvres (pays d'Afrique du Nord).

Les profils de morbidité sont donc différents en termes de maladies infectieuses et chroniques. Les actions de santé publique seront également sensiblement différentes. Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, l'initiative de Bamako de 1987 a mis l'accent sur les soins de santé primaire (vaccination) d'une très grande efficacité sur l'incidence des maladies infectieuses, source de mortalité élevée dans la population, notamment chez les enfants de moins de cinq ans. Dans les pays développés, notamment en France, l'action sanitaire des pouvoirs publics est multidimensionnelle mais les maladies chroniques sont davantage ciblées à tous les stades de la médecine (préventive ou curative) : pathologies cardio-vasculaires, cancéreuses, liées au vieillissement démographique. Plutôt que tenter une énumération des champs de l'action en santé publique, il est souhaitable, nous semble-t-il, de déterminer en amont les contraintes majeures auxquelles est confrontée aujourd'hui toute action relevant de la santé publique, qu'il s'agisse de pays développés ou de pays en développement, et qui *in fine* vont agir pour déterminer le périmètre des actions publiques de soins.

De ce point de vue, l'une des plus redoutables contraintes auxquelles sont confrontées les politiques actuelles de santé publique, notamment en Europe (les pays européens ayant un haut niveau de protection sociale), est la contrainte de financement qui peut conduire au rationnement budgétaire. Surmonter l'obstacle financier permet aux systèmes de santé d'être en mesure de fonctionner en dispensant les soins nécessaires et de pouvoir réduire les disparités régionales et sociales de santé. Une autre question se pose aussi : le fonctionnement doit être efficace et équitable. L'efficacité peut être appréhendée de plusieurs façons : on peut penser qu'éviter la morbidité ou en réduire la durée et son impact négatif, représentent deux objectifs majeurs des politiques européennes de santé publique. Autrement dit, l'objectif est la qualité de vie en réduisant l'impact des effets morbides. On peut penser qu'un système de santé efficace est un système de santé qui permet d'agir sur les différents champs de l'action sanitaire, notamment dans les pays développés où les coûts de santé sont en forte croissance.

L'exploitation efficace de champs incontournables des politiques de santé publique, en dehors de la médecine curative, va alors recouvrir en particulier :

- l'éducation pour la santé ;
- la promotion pour la santé ;
- la prévention en santé.

Une efficacité tridimensionnelle de ce type sera une des conditions de l'équité d'un système de soins. Une autre exigence majeure d'un système de soins est que l'action publique veille à permettre un accès continu à des soins de qualité à l'ensemble de la population. Bien sûr, on peut le décider par des dispositions juridiques mais cela n'est pas suffisant. L'exemple de l'effondrement économique du système de santé soviétique (octroyant en théorie des droits étendus à la population en matière de santé) et les grandes difficultés d'un fonctionnement efficace du système de santé russe le montrent sans ambiguïté (en termes d'efficacité appréhendée par la performance sanitaire, on note une baisse de l'espérance de vie à la naissance, une hausse de la prévalence de la tuberculose et des pathologies liées à l'alcoolisme, etc.). Si l'on prend l'exemple du système de santé en France, on peut dire que ses performances sont inégales. Le secteur hospitalier public enregistre une détérioration qualitative dont rendent compte un certain nombre d'indicateurs (taux de mortalité périnatale, taux d'infections nosocomiales...). En moyenne, les résultats sont insuffisants. Ce caractère est accentué par des disparités sociales et spatiales qui peuvent notamment se traduire par une discontinuité du service de santé dans les zones rurales ou à certaines dates (par exemple aux alentours du 15 août). En ce qui concerne les soins hospitaliers, la capacité d'investissement direct des hôpitaux publics en France s'est considérablement infléchie au cours de la dernière décennie. Le danger d'un vieillissement de leur patrimoine est donc réel. Un retard apparaît dans un bon nombre de techniques de pointe, en particulier concernant le diagnostic des cancers. Par rapport notamment à nos partenaires européens à la fin des années 90, on peut relever un sous-équipement en matière d'IRM (avant dernière position de la France en Europe devant la Turquie : 178 appareils autorisés contre 1050 en Allemagne). De la même façon, l'équipement en tomographes par émission de positons qui permet une détection précoce des lésions tumorales qui n'auraient pas été décelées par d'autres techniques d'imagerie. Un dernier exemple peut être cité : les implantations de défibrillateurs en matière de cardiologie sont insuffisantes (11 implantations par million d'habitants en France contre 65 en Allemagne) alors que leur efficacité est avérée dans la lutte contre la mort subite¹. Quelle est la réalité aujourd'hui de la contrainte de financement qui pèse sur les systèmes de santé ?

1. Des contraintes fortes et incontournables de financement

En France, selon le rapport de la Cour de Comptes, l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)² pour 2004 avait été fixé à 129,7 milliards d'euros. Le dépassement constaté a été de 1,3 milliard d'euros. Au total, le déficit de la branche maladie du régime général a atteint le niveau abyssal de 11,6 milliards d'euros. Aujourd'hui, ce chiffre est moins élevé (4,6 milliards d'euros en 2007) tout en demeurant non soutenable dans le long terme. Cela explique les efforts actuels des pouvoirs publics pour tenter un retour à l'équilibre des comptes de la branche maladie. Ce déficit apparaît difficilement compressible en dépit de son niveau en cours de réduction. Les nouvelles pistes empruntées par la régulation tarifaire, loin de remettre en question le mode de rémunération des médecins, notamment celui des médecins

¹ D. Laurent, Assurance - maladie: diagnostic et remèdes, Sociétal, N° 30, 4^{ème} trimestre 2000.

² L'ONDAM a été créé par la loi organique du 22 juillet 1996. Il est réparti entre les grandes catégories de dépenses : établissements de santé, soins de ville, domaine médico-social. La loi du 13 août 2004 a amélioré le suivi de l'exécution de l'ONDAM en mettant en place une procédure d'alerte censée conduire à des mesures de redressement, en cas de risque sérieux de dépassement supérieur à 0,75 point de l'objectif initial.

spécialistes (en France, relativement peu de prescriptions par rapport au nombre d'actes) fait peser sur les patients la contrainte spécifique de l'évolution du forfait hospitalier ou des franchises : l'instauration de franchises médicales sur les médicaments (50 centimes), les actes paramédicaux (50 centimes) et les transports sanitaires (2 euros) sera applicables au 1^{er} janvier 2008, avec toutefois un plafond fixé à 50 euros par an. Ces franchises devraient à elles seules rapporter 850 millions. Ce montant devrait être consacré au financement du plan Alzheimer et à la lutte contre le cancer. Autre élément de politique tarifaire qui pèse sur les patients : le déremboursement partiel ou total des médicaments. Ainsi, à partir du 1^{er} janvier 2008, les médicaments à vignette orange sont entièrement déremboursés par la Sécurité sociale.

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

Le problème général est celui du contrôle des coûts sans cesse croissants d'une médecine toujours plus efficace, à laquelle a recours de plus en plus souvent une population plus nombreuse (croissance démographique et accès aux soins). Les dépenses de santé sont souvent comparées au PIB, car ce rapport témoigne directement de l'importance relative qu'une collectivité attribue à sa santé. On a souvent observé que les dépenses de santé augmentaient plus vite que le PIB. Un tel surcoût devrait donc être obligatoirement financé au détriment d'un autre secteur, soit en diminuant d'autres dépenses de l'État, soit en augmentant la participation de la population sous forme d'impôts ou de cotisations sociales plus importantes. De façon plus précise, cette hausse des coûts, si elle est légèrement pondérée par l'inflation, peut s'expliquer de plusieurs façons :

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

Les politiques de régulation de la progression des dépenses de santé tentent de prendre en compte chacun de ces éléments. Elles sont en tous cas très délicates à mettre en œuvre, car les systèmes de santé sont toujours le siège de nombreux intérêts corporatistes, industriels et politico-économiques. L'augmentation du coût de la santé est donc inexorable, car elle reflète directement l'évolution des sociétés. La part des dépenses de santé d'une nation est, dans cette

perspective, un bon indicateur de son développement. En matière de financement de la santé, peut-être est-il utile de distinguer entre le financement macro-économique qui concerne les moyens mis globalement à la disposition de la santé et le financement micro-économique qui, lui, va concerner principalement la tarification des services fournis par les professions de santé. Il est probable que la tarification à l'acte en médecine ambulatoire constitue une modalité de tarification plutôt adaptée à des systèmes de santé libéraux tels que le système de santé américain et que la capitation soit plus adaptée à des systèmes de santé beveridgiens ou bismarckiens. Une politique de santé novatrice dans l'Union pourrait être alors de déterminer l'algorithme de tarification optimale en médecine ambulatoire (sur le modèle des pays scandinaves) et hospitalière, étant entendu que chaque modalité de tarification en médecine ambulatoire et hospitalière comporte ses propres incitations et ses effets pervers.

Mais il existe à l'heure actuelle un contexte défavorable à l'interventionnisme étatique. C'est le résultat d'une mondialisation des activités qui se poursuit et dont il n'est pas certain qu'elle conduise à une situation globalement plus avantageuse. On a renoncé à la planification même souple et indicative – et au rôle de l'État comme acteur déterminant de l'allocation des ressources. Les acteurs privés et les mécanismes de marché sont privilégiés : la concurrence est érigée en fondement de toute activité économique et les régulations envisagées sont largement inopérantes parce que mal conçues ou mal appliquées (en particulier aujourd'hui les évolutions des prix – produits ou services – sont très mal régulés par les pouvoirs publics). Les actionnaires deviennent une catégorie extrêmement minoritaire de la population qui est privilégiée au détriment de la très grande masse de la population, que celle-ci soit appréhendée globalement au niveau mondial ou au niveau de chaque État. Cette allocation des ressources, déterminée par les détenteurs du capital (réel mais surtout monétaire) qui profite à une minorité est sous-optimale et appelle de nouvelles formes de régulations plus équitables de la part des pouvoirs publics au niveau global, régional (par exemple au niveau de l'Union européenne) ou national.

En matière de santé publique, cette conjoncture favorable au libéralisme a conduit à des effets pervers graves. En France, on peut citer les conditions dans lesquelles le prix de la consultation en médecine générale est passée à 20 euros après avoir été décidé unilatéralement par les professionnels de santé, oubliant ainsi que l'argent qui les rémunère est issu, soit des cotisations sociales, soit des dépenses publiques préalablement alimentées par l'impôt. Cette indiscipline dans une partie de la médecine ambulatoire est aujourd'hui illustrée par les dépassements d'honoraires. En 2007, un rapport de l'IGAS a indiqué que ceux-ci avaient atteint un montant d'environ 2 milliards d'euros, ce qui représente un doublement en valeur réelle en moins de quinze ans. En 2008, un rapport à paraître de la Cour des Comptes évalue les dépassements des tarifs opposables à plus de 10 milliards d'euros (honoraires des médecins, des dentistes, optique, etc.). Nous proposerons une dernière statistique pour illustrer cette dérive du système de santé accompagnée d'une passivité critiquable des pouvoirs publics et de l'assurance maladie : les honoraires avec dépassements sont supérieurs à 50% du total pour les chirurgiens et les anesthésistes, 60% pour les ophtalmologues et les dermatologues, 70% pour les gynécologues, etc.

Au niveau macro-économique, la mondialisation des activités (dont un des effets induits est la relocalisation d'activités) risque d'éroder la base fiscale des États, notamment en Europe, et de réduire leur capacité de financement des biens collectifs non marchands, en particulier sanitaires. Au niveau micro-économique, la rémunération des professions de santé appelle une régulation plus performante, par exemple pour limiter les dépassements d'honoraires. Cependant, pour mieux maîtriser l'évolution des coûts de santé, les pouvoirs publics devront simultanément agir sur les aspects sanitaires non liés à la morbidité.

2. Investir les champs de la santé non liés à la morbidité

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

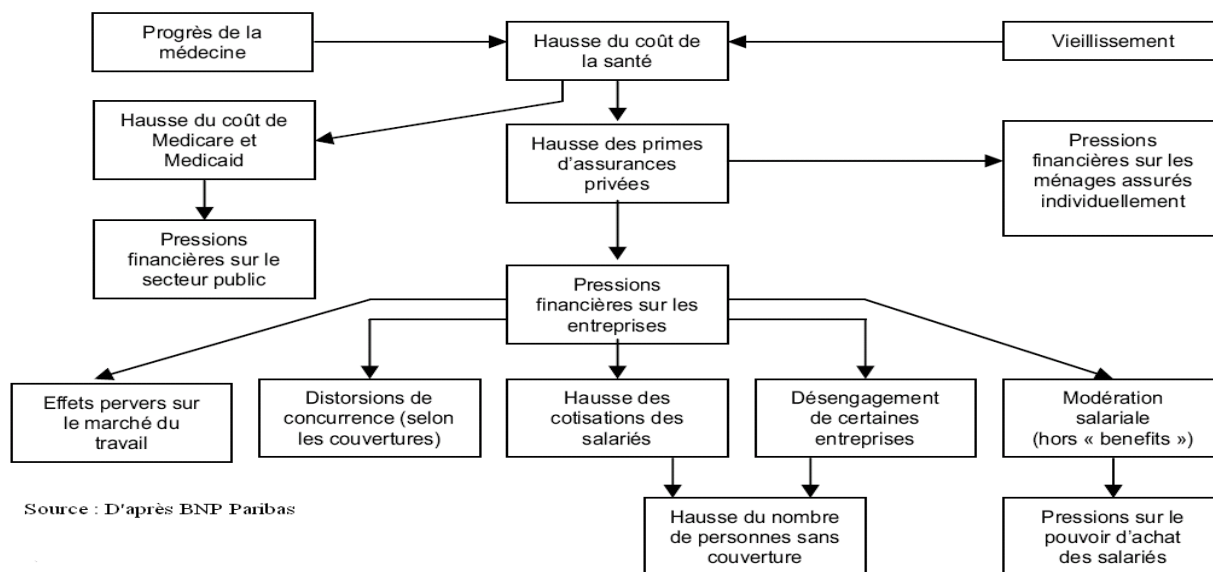
Deux voies de sortie de la crise de financement actuelle :

- la première réduirait le périmètre des biens et services remboursables (incluant la participation des mutuelles) et laisserait les services exclus du panier remboursable à la prise en charge directe des patients ou des assurances privées. Le système deviendrait alors inégalitaire mais fonctionnerait de façon efficace pour ceux qui pourraient supporter le coût de ces soins (hausse de la dépense de santé privée solvable). Plusieurs variantes sont possibles : exclure du panier minimal les catégories sociales d'un certain niveau de revenu qui se couvriraient en s'adressant alors aux assurances privées³, programmes publics d'action en direction des milieux défavorisés, etc. En clair, les systèmes de santé tendraient à se rapprocher du système libéral américain, les systèmes européens se situant au final entre les systèmes beveridgiens actuels et le système sanitaire en vigueur aux États-Unis. Celui-ci s'est d'ailleurs adapté dans la période contemporaine pour prendre en compte la hausse des coûts de santé (hausse des primes d'assurance, exceptions au paiement à l'acte, etc.)⁴.

³ Bien entendu, les pouvoirs publics devront veiller à ce que les catégories sociales les moins pauvres ne soient pas cumulativement taxées ou pénalisées, en étant sollicitées pour le financement de tous les problèmes sociaux d'un pays.

⁴ J.-M. Lucas, Système de santé américain : pronostic vital réservé (sans intervention), revue Conjoncture, BNP Paribas, janvier 2007.

Système de santé aux Etats - Unis : les adaptations en cours



Source : D'après BNP Paribas

Le vieillissement démographique et le coût d'une médecine de plus en plus technologique ont fait exploser les dépenses de santé aux États-Unis. Le système de santé y est à dominante privée : directement ou par le truchement des entreprises, environ 69% de la population bénéficie d'une couverture de santé. Le reste de la population n'est pas assuré (15,9%) ou est pris en charge par les deux grands programmes de santé publics (Medicare et Medicaid), ce qui représente 1/4 de la population (en y incluant les dépenses publiques militaires de santé). On peut noter que les dépenses des deux grands programmes publics de santé s'élevaient à 7,2% du PIB des États-Unis en 2004, ce qui constitue un niveau élevé. Ce qu'il est important de souligner aujourd'hui dans l'évolution du système américain de santé, c'est la mise en question du paiement à l'acte comme mode de rémunération exclusif des professionnels de santé en raison des effets pervers qu'il engendre (émergence d'une médecine fortement prescriptrice qui conduit de façon induite à une augmentation sensible des dépenses de santé). Une telle évolution serait souhaitable en France où le paiement forfaitaire commence à être introduit à titre expérimental à côté du sacro-saint paiement à l'acte (la Loi de financement de la sécurité sociale 2008 met en place un tel dispositif sur cinq ans à partir de 2008).

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

2.1. Les perspectives d'action sanitaire dans l'Union européenne : le cas de la France

Bien supérieur, le service de santé est appelé à occuper une place de plus en plus importante dans les budgets des ménages européens. Dans les prochaines années, la dépense de santé pourrait atteindre dans les pays de l'OCDE, 15% à 20% du PIB (plus de 20% aux États-Unis). Une telle part est considérable et pourrait être à l'origine de nombreuses créations d'emplois. Mais elle entraînera aussi des effets d'éviction sur les autres dépenses de biens collectifs non marchands, sauf à penser que l'augmentation de la dépense sanitaire sera essentiellement le fait de la dépense privée solvable. On ne voit pas d'ailleurs comment cette hausse, si elle se produit, pourrait être financée sur ressources publiques ou par une hausse des cotisations patronales et/ou salariales. Y compris pour un pays comme la France dont on peut penser que le déficit de la Branche maladie est difficilement résorbable (vieillesse démographique, universalité de son système de soins, charge élevée du coût des pathologies évitables), toute chose égales par ailleurs, c'est-à-dire avec la régulation actuelle. Cette incertitude dans le cas français est accrue par la structure du financement de la protection sociale, encore trop assis sur les revenus de la conjoncture. Augmenter la CSG semble donc une solution à développer mais encore faut-il définir avec précision les dépenses de santé à prendre en compte, ce qui pourrait contraindre le financement « à guichets ouverts » de toutes les dépenses !⁵ Il faut prendre en compte aussi le risque très sérieux de délocalisations d'activités significatives (exploitation d'économie d'échelle distantes) qui entraînent une déterritorialisation des activités industrielles des pays développés vers la zone asiatique : une érosion considérable de la base fiscale des pays développés, notamment européens, en résulterait – et en résulte déjà – qui se traduit par des possibilités de financement sensiblement amoindries de la protection sociale. Cette situation continuerait de s'accompagner en France d'une dette non soutenable : une dette publique est non soutenable à partir du moment où le taux d'intérêt réel dans cette économie est supérieur au taux de croissance réel. En bref, la contrainte économique et financière qui pèse sur les systèmes de santé des pays européens est aujourd'hui très forte.

On peut souligner qu'en France, l'effort en matière de prévention s'intensifie. Soulignons à cet égard le rôle que peuvent jouer les mutuelles. La MGEN par exemple développe des « Parcours de santé mutualistes »⁶. Ils concernent aujourd'hui les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les addictions. Elle offre aux mutualistes et à leur famille des informations, des conseils et des services. En région Lorraine, elle développe une initiative dont l'objectif est la prévention des maladies cardio-vasculaires et l'éducation pour la santé (deux domaines sont donc investis : la prévention et l'éducation en santé). Avec d'autres mutuelles, elle a conclu un accord avec des médecins généralistes et recherché le concours de l'École de santé publique pour l'évaluation scientifique. Le centre de santé de Nancy de la MGEN a été désigné comme étant le pivot du dispositif. Ce sont 2500 adhérents qui seront potentiellement concernés et une cinquantaine de médecins traitants volontaires. Les patients pourront bénéficier d'une synthèse périodique des risques cardio-vasculaires et d'un plan de suivi de santé personnalisé (mauvaises habitudes alimentaires, conduites addictives, stress, obésité, hypertension artérielle). Les

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

⁶ MGEN, Construire un parcours de santé, *Valeurs mutualistes*, N° 249, mai - juin 2007.

médecins respecteront les bonnes pratiques professionnelles (prescriptions d'antibiotiques, anxiolytiques, stannines, etc.).

Une telle initiative est intéressante parce qu'une étude de l'IRDES portant sur la morbidité ressentie et diagnostiquée et concernant plus particulièrement l'obésité, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie a montré que la population enquêtée sous-estimait à 30% son obésité et à plus de 50% son hypertension et son hypercholestérolémie⁷. Par conséquent, des actions de prévention en matière de risque cardio-vasculaire sont tout à fait justifiées en France aujourd'hui.

Cependant, il n'est pas certain que le dépistage de patients à risque voire à très grands risques soit suffisant pour que les susdits patients modifient leurs comportements (lutte contre la sédentarité, perte de poids, suppression du tabac, etc.) et *in fine*, aboutisse à atténuer le facteur de risque. Peut-être faudrait-il envisager des mesures d'incitation éducatives ou financières. La meilleure incitation semble devoir venir de l'éducation. De ce fait, des effets tangibles ne seront pas perceptibles dans l'immédiat. La situation constatée est-elle spécifique à l'Europe et à la France en particulier ? La réponse est négative parce qu'on trouve dans d'autres espaces des inquiétudes similaires sur le financement de la protection sociale, notamment dans le voisinage de l'Union européenne (par exemple dans les pays du Maghreb).

2.2. L'exemple du voisinage de l'Union européenne : le cas de la protection sanitaire dans les pays du Maghreb

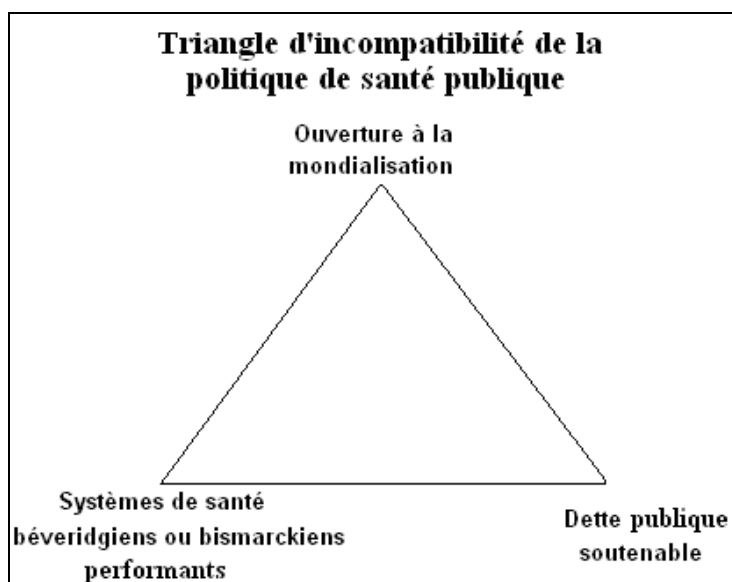
Les systèmes de santé au Maghreb subissent aussi la contrainte du financement dans un contexte encore plus défavorable lié aux effets de l'application de programmes d'ajustement structurel et de la mondialisation qui accroît l'incertitude sur la croissance économique. Des difficultés d'ordre général (défaillance du lien croissance – financement des systèmes sociaux) cohabitent avec des problèmes plus spécifiques tels que la croissance rapide des effectifs médicaux, l'introduction des technologies dans les structures sanitaires, la privatisation de l'exercice de la profession médicale. Confrontées à une insuffisance de ressources financières, les politiques sanitaires au Maghreb semblent aujourd'hui moins présentes dans les faits, même si elles existent toujours dans les intentions des pouvoirs publics.

Malgré les écarts de développement au sein de la zone euro-méditerranéenne, le développement économique et social s'y manifeste de façon continue. Le capital humain fait ainsi progressivement l'objet d'une attention et d'un volontarisme plus affirmés de la part des pouvoirs publics, ce qui se traduit par des politiques spécifiques dans le domaine de l'éducation et de la santé. Le droit à la santé est constaté comme un droit fondamental pour assurer un accès égalitaire aux soins. Le traitement des questions de santé (et de formation) devient une priorité des gouvernements dans la mesure où elles représentent un facteur déterminant de la croissance et du développement économiques actuels et futurs. Or, aujourd'hui, tous les systèmes de santé sont confrontés à des difficultés dont la plus importante est la contrainte de financement. Le vieillissement démographique, l'élévation du coût des soins en raison du progrès technique et de la complexité et de la lourdeur de certains protocoles curatifs (par exemple dans la lutte anti-cancéreuse ou anti-VIH), l'existence de nouvelles pathologies, sans que les anciennes aient nécessairement disparues, contribuent au renchérissement du coût des soins. Simultanément, de nombreux budgets publics des États, du fait de la mondialisation des activités et de la réallocation des ressources en résultant, sont confrontés à l'érosion de leur base fiscale, ce qui accroît d'autant le poids du financement des systèmes de santé sur la collectivité.

⁷ V. Dauphinot et al., Ecarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, *Questions d'économie de la santé*, N° 114, novembre 2006.

Au Maghreb, la dépense globale de santé est faible et se situe dans un contexte de cherté des soins et des biens médicaux par rapport au pouvoir d'achat moyen de la population. C'est finalement la demande privée solvable qui pourra bénéficier des soins les plus modernes, en particulier au Maroc et en Tunisie. La faiblesse de l'assurance maladie ne permet pas une prise en charge suffisante des besoins sanitaires de la population. Au Maroc, par exemple, le système de santé est confronté à plusieurs problèmes liés à la double transition démographique et sanitaire, à l'insuffisance de sa dotation financière et à l'iniquité dans le financement des soins. Le financement collectif de la santé ne couvre que 41% des dépenses globales de santé. Seules 5 millions de personnes bénéficient d'une couverture médicale, le reste de la population recourant au certificat d'indigence. La couverture médicale de base a pris naissance sur un plan législatif en novembre 2002. Elle va élargir l'accès des populations défavorisées aux soins de santé de base et renforcer la protection sociale par la mise en place d'un régime d'assistance médicale aux économiquement faibles (RAMED) et d'un régime d'assurance maladie obligatoire (AMO) qui est entré en vigueur en 2005. L'objectif de cette architecture est de hisser le niveau de la couverture médicale de la population de 17 à 34% en respectant notamment l'équité et l'égalité dans l'accès aux soins, l'équilibre financier du régime, la préservation des droits acquis et la solidarité nationale au profit des plus démunis, etc. On doit ajouter que le secteur sanitaire est confronté, ici comme ailleurs, à un contexte financier durablement défavorable. À noter également l'insuffisante implication du système de santé dans l'éducation, la promotion, la prévention en santé, autant de champs fondamentaux de la santé se manifestant en dehors de la morbidité et qui peuvent permettre de diminuer l'incidence et la prévalence de la plupart des pathologies. À chaque instant, les coûts en santé seraient alors moins élevés, ce qui pourrait rendre soutenable la dépense publique de santé.

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



Les problèmes de population deviennent aujourd'hui incontournables avec une croissance démographique mondiale continue, un vieillissement démographique particulièrement net dans les pays développés et des migrations internationales accentuées par la mondialisation. Une des dimensions majeures de ces problèmes est la santé humaine. Elle implique dans les pays en développement ou émergents, la mise en place de systèmes de santé cohérents et efficaces et dans les pays développés, la réforme de ces systèmes pour optimiser leur fonctionnement sous contraintes budgétaires (États, mutuelles ou personnes privées). Parallèlement au développement et à l'amélioration des structures de santé est posée la question de la formation des hommes. Pendant longtemps, celle-ci s'est limitée à celle des professionnels de santé, privilégiant de plus la dimension curative de la santé. Or aujourd'hui, en raison, d'une part, de la croissance des besoins de santé et du coût de leur satisfaction et, d'autre part, des contraintes de financement qui pèsent sur les budgets des ménages et des États, il est nécessaire d'introduire le calcul économique comme l'un des fondements d'une décision sanitaire cohérente et soutenable. Pour aider l'administration sanitaire et les personnels soignants, il apparaît nécessaire aussi de former des experts en évaluation économique sanitaire dont la vocation sera de soumettre au calcul économique le fonctionnement du système de soins, notamment en matière de choix des programmes de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- DAUPHINOT V. et *al.*, Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée. L'exemple de l'obésité, de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie, *Questions d'économie de la santé*, N° 114, novembre 2006.
- KADAR M., Quel est l'avenir des systèmes de santé au Maghreb ?, *Santemaghreb*, décembre 2005.
- LAURENT D., Assurance maladie : diagnostic et remèdes, *Societal*, N° 30, 4^{ème} trimestre 2000.
- LUCAS J.-M., Système de santé américain : pronostic vital réservé (sans intervention), revue *Conjoncture*, BNP Paribas, janvier 2007.
- MGEN, Construire un parcours de santé, *Valeurs mutualistes*, N° 249, mai-juin 2007.
- OMS, Rapport du Secrétariat sur les Systèmes de santé, janvier 2007.
- POLTON D., Décentralisation des systèmes de santé - Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères, *Questions d'Économie de la santé*, n° 72, octobre 2003.