

LES ACTEURS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

LA FRANCE CONSACRE GLOBALEMENT 10 % de sa richesse nationale au financement de sa politique de santé. Cette part est en progression rapide puisqu'elle ne représentait que 3 % en 1950 et 7 % en 1970. Les trois quarts, environ, de cette somme sont couverts par des ressources publiques, sous forme de cotisations sociales, de CSG ou d'autres prélèvements obligatoires. Par conséquent, même lorsque ceux qui dispensent les soins sont des acteurs privés – c'est notamment le cas de tout le secteur de la médecine dite libérale –, ils engagent des dépenses qui sont, pour l'essentiel, des dépenses publiques.

65

La prédominance du financement public de la politique de santé prévaut dans la plupart des pays occidentaux, à la notable exception des États-Unis. Elle explique que, dans presque tous ces pays, les responsables de cette politique soient clairement identifiés et que les mécanismes par lesquels ils prennent les décisions engageant l'argent public soient précisément encadrés. Un tel encadrement existe en France depuis toujours pour ce qui concerne le budget de l'État, mais n'a commencé à voir le jour, s'agissant des dépenses de santé couvertes par la Sécurité sociale, que très récemment : en 1983, avec l'instauration du budget global hospitalier, puis en 1996, avec l'instauration par la réforme Juppé d'une loi de financement de la Sécurité sociale qui fixe des plafonds de dépenses à toutes les activités sanitaires.

L'exception française explique largement qu'il soit si difficile de dire quels sont les principaux acteurs de la politique de santé. Ce n'est pas seulement, en effet, l'immensité du champ économique couvert par cette activité (800 milliards de francs de chiffre d'affaires annuel, 1,6 million d'emplois dont la moitié d'emplois publics) qui rend l'analyse complexe ; c'est aussi et, peut-être surtout, son inorganisation, son

défaut très ancien de principes de commandement. Dès lors, s'il est possible de décrire les activités de chacun des acteurs, la question de savoir qui décide de quoi est en partie indéterminée.

Dans ces conditions, toute tentative de classification de ces acteurs est contestable et celle que l'on propose ci-après en distinguant *les acteurs politiques, les acteurs professionnels et les acteurs médiatiques* n'échappe pas à la critique. En effet, cette distinction de trois groupes principaux ne signifie évidemment pas que les premiers s'abstiennent de toute incursion médiatique ni que les deuxièmes ou les troisièmes n'entreprennent jamais d'actions politiques. Elle permet cependant de clarifier un paysage complexe et donne une image que l'on espère la moins déformante possible de la réalité des pouvoirs qui s'expriment au sein du monde de la santé.

66

La légitimité des acteurs politiques repose sur des assises historiques nettement plus anciennes que celle des acteurs professionnels. En effet, tant que la médecine ne savait pas soigner – et le savoir scientifique médical ne prend son essor qu'avec Pasteur à la fin du XIX^e siècle –, la seule arme disponible contre les maladies et, surtout, contre les épidémies était entre les mains des responsables politiques. Il s'agit de la police sanitaire, dont les autorités publiques nationales ou locales usaient pour prendre des mesures de prévention. Lorsque le Conseil d'État du roi ordonne l'isolement de la ville de Marseille atteinte par une épidémie de peste en 1720 ou lorsqu'un décret de 1848 institue dans chaque département un conseil d'hygiène présidé par le préfet, l'État exerce son rôle d'acteur de la politique de santé à des époques où il n'en existait quasiment pas d'autres. Il reste des témoins de cette belle époque de la politique de prévention publique, tels que, par exemple, l'ordonnance du 18 juin 1823 sur la police des eaux minérales, encore en vigueur aujourd'hui.

L'influence des professionnels de santé – médecins, pharmaciens, infirmiers, etc. – ne prend logiquement son essor qu'avec le développement de leurs connaissances scientifiques. Cet essor est régulier de Pasteur à la Seconde Guerre mondiale. Il connaît une progression spectaculaire au cours du dernier demi-siècle : il y avait 32 000 médecins en France en 1950 ; ils sont 182 000 aujourd'hui. Une telle évolution statistique s'accompagne d'un profond changement dans les priorités de la politique de santé. Jusqu'à la découverte de la pénicilline, en 1928, et des autres antibiotiques qui s'ensuivent, l'accent est essentiellement mis sur la prévention. Les associations et ligues hygiénistes se multiplient et exercent une forte influence sanitaire et politique. Par la suite, avec le développement des moyens thérapeutiques, la prévention recule et les

acteurs de la politique curative, notamment les médecins et l'industrie pharmaceutique, conquièrent le terrain.

Plus récemment, une troisième catégorie d'acteurs est apparue et a pris une importance considérable : les médias. Cette émergence n'est pas surprenante dans la mesure où la plupart des activités des sociétés modernes doivent désormais compter avec l'influence médiatique. Le secteur de la santé n'y échappe pas. Il y est même particulièrement soumis.

LES ACTEURS POLITIQUES

Si l'on entend par acteurs politiques les personnes qui exercent une autorité publique au nom d'un mandat qui leur a été confié par le suffrage universel, cette catégorie comprend principalement le Parlement, le gouvernement et les collectivités territoriales.

67

Jusqu'à la réforme Juppé de 1996, le **Parlement** exerçait un rôle limité dans le domaine de la santé. En vertu de l'article 34 de la Constitution, dans sa rédaction issue du texte initial de 1958, la loi fixe les règles concernant la création de catégories d'établissements publics et détermine les principes fondamentaux de la sécurité sociale. Ces compétences ont conduit le Parlement à adopter quelques grandes lois, par exemple la loi hospitalière du 31 décembre 1970, mais ne lui permettait pas d'intervenir dans la détermination des moyens financiers de la politique de santé. Or, la longue expérience du vote du budget de l'État a montré que la discussion et l'adoption de la loi de finances est le moment clé où la nation fait ses choix. Dans le domaine de la santé, les choix financiers étaient décidés dans un entrelacs complexe de procédures mêlant décisions réglementaires du gouvernement et décisions des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale, organismes de droit privé où les partenaires sociaux sont majoritaires, en application de la philosophie assurantielle qui prévalut à la création de la Sécurité sociale en 1945.

La réforme constitutionnelle du 22 février 1996 a profondément bouleversé cet équilibre. Elle ajoute à l'article 34 un nouvel alinéa ainsi rédigé : « Les lois de financement de la Sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leur prévision de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique. » La loi organique du 22 juillet 1996, codifiée aux articles LO.111-3 et LO.111-7 du Code de la sécurité sociale dispose notamment que, chaque année, la loi de finan-

cement de la Sécurité sociale approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

Il revient donc désormais au Parlement de fixer chaque année un taux d'évolution des dépenses qui constitue un plafond s'imposant aux partenaires sociaux gestionnaires de l'assurance maladie. Le syndicat Force ouvrière qui, avec l'appui du CNPF, a géré l'assurance maladie au cours des trente années précédant la réforme Juppé s'est fermement opposé à la consécration du Parlement comme acteur de la Sécurité sociale. Il considérait que l'essence de cette dernière était de nature contractuelle et que l'intrusion du Parlement en constituerait une sorte de nationalisation. En 1945, l'esprit des fondateurs était certainement celui-ci. Il s'agissait, de la part du patronat et des syndicats, de financer certaines

68

prestations sociales en échange de cotisations assises sur les salaires. L'évolution du système a rendu une telle conception obsolète dans son principe et inapplicable dans sa pratique. Sur le plan des principes, l'extension de la couverture sociale à la quasi-totalité de la population a progressivement sapé la légitimité des représentants des seuls salariés à définir le contenu des avantages sociaux. Dès lors que ceux-ci concernent tous les citoyens, les principes démocratiques exigent que le Parlement intervienne pour fixer les grandes orientations et le rythme des engagements financiers de la nation. Au plan pratique, il n'était plus possible de laisser les entreprises ployer sous l'augmentation des cotisations salariales, au risque de gravement pénaliser leur compétitivité et donc l'emploi. La substitution de la CSG – contribution de nature fiscale – aux cotisations sociales a d'ailleurs été la traduction financière de cette évolution d'un système assurantiel vers un système fondé sur la solidarité. Or l'expression de la solidarité nationale est au cœur même de la fonction parlementaire.

La réforme de 1996, en plaçant le Parlement au sommet des acteurs de la politique de santé, a ainsi consacré une évolution qui fait de cette politique une des principales composantes de la société contemporaine.

Le rôle tenu par le **gouvernement** est plus ancien. Pour s'en tenir au XX^e siècle, on rappellera que la création du ministère de la Santé remonte au gouvernement Poincaré de 1920. La place et le rang de ce ministère dans la hiérarchie du pouvoir exécutif ont été mouvants. Tantôt autonome, tantôt rattaché au ministère du Travail ou de l'Emploi, ou encore fondu dans un vaste ministère des Affaires sociales, il a fluctué au gré des circonstances. Ce n'était guère surprenant à une époque

où les questions de santé occupaient une place mineure ; ce l'est beaucoup plus aujourd'hui quand le secteur de la santé pèse d'un poids économique supérieur à celui de l'agriculture ou de la défense nationale, que personne ne songerait à doter d'un statut ministériel subalterne.

Les effets de cette situation incertaine du ministère de la Santé ne sont pas seulement protocolaires. Le fait d'être une structure de second rang entraîne de multiples conséquences, pour la plupart fâcheuses. A titre d'illustration, on indiquera que, face au ministère des Finances et du Budget, le ministère de la Santé se trouve souvent défavorisé dans les arbitrages interministériels ou encore qu'en raison de la faiblesse des primes, des débouchés et autres avantages matériels qu'il peut offrir à ses cadres, il lui est difficile de constituer une équipe aussi solide que l'exigerait l'ampleur des problèmes à traiter. Le sous-équipement humain et matériel de ce ministère explique pour partie l'insuffisance de ses réactions lors du drame sanitaire de la transfusion sanguine du milieu des années 1980, dont il n'est pas évident que, sur ce plan, on ait tiré toutes les leçons.

69

Un effort a cependant été réalisé avec la création de plusieurs établissements publics qui, sous l'appellation d'agences, sont en train de constituer une force de frappe que l'on espère mieux dotée et plus rapide que les administrations centrales auxquelles ils se substituent. S'inspirant des structures américaines comparables, l'Agence du médicament et l'Agence française du sang, créées par la loi du 4 janvier 1993, ont ainsi donné le coup d'envoi d'une modernisation indispensable.

L'essentiel des compétences exercées par le ministère de la Santé est désormais concentré au sein de trois directions.

La *direction de la Sécurité sociale* est en charge de l'équilibre des comptes. Naturellement, ce qui concerne les prestations familiales et les régimes de retraite ne concerne pas le ministre de la Santé. Seules les activités de la branche maladie le regardent directement. A ce titre, cette direction définit notamment la politique tarifaire en corrélation avec la nomenclature des actes de soins ainsi que les conditions de remboursement des soins. Elle a la tâche délicate de proposer des plans d'économie lorsque la dérive des dépenses ou l'insuffisance des recettes crée un déficit.

La *direction générale de la Santé*, héritière de ses lointaines ancêtres qui exerçaient la police sanitaire, continue de jouer un rôle clé dans des domaines très divers. Outre la poursuite de ce rôle de police sanitaire, qui appelle une vigilance constante étendue à tout le territoire quant à l'apparition d'incidents de type viral ou infectieux, ses tâches principales

consistent en la définition des priorités de santé publique au vu, notamment, des études épidémiologiques, ainsi que l'organisation et la réglementation des professions de santé libérales. Ces dernières années, elle a été particulièrement sollicitée pour la définition d'une politique de prévention contre le sida ainsi que pour la mise au point de la nouvelle législation relative à la bioéthique (lois du 29 juillet 1994).

La *direction des Hôpitaux* assure la tutelle des hôpitaux publics ainsi que l'encadrement réglementaire de l'ensemble des autres établissements hospitaliers, ce qui représente environ 4 000 hôpitaux et cliniques. A ce titre, elle a en charge 600 000 personnes relevant de la fonction publique hospitalière, c'est-à-dire le contingent de fonctionnaires le plus important après celui de l'Éducation nationale. Les sérieux inconvénients résultant de la centralisation à Paris d'une tutelle aussi vaste ont conduit les pouvoirs publics à la création, par l'ordonnance du 24 avril 1996, d'*agences régionales de l'hospitalisation*.

Ces nouvelles structures sont originales à plusieurs titres. D'abord, comme leur nom l'indique, elles mettent en œuvre *au niveau régional* un aspect majeur de la politique de santé. C'est la reconnaissance que, contrairement à l'orientation imprimée par la réforme de 1982 portant décentralisation, la région est dans certains cas le bon niveau de gestion des affaires publiques. On pourrait même ajouter, s'agissant notamment de l'hôpital, qu'un regroupement des vingt-deux circonscriptions métropolitaines actuelles en une dizaine constituerait l'échelle optimale. La deuxième originalité de ces agences est de regrouper les structures publiques que sont les services déconcentrés de l'État et les structures privées que constituent les caisses régionales d'assurance maladie. Pour parvenir à ce mariage inhabituel, il a fallu en passer par une personne juridique qui, à l'origine, n'était pas conçue pour cela, les groupements d'intérêt public (article L. 710-17 du Code de la santé publique). La troisième originalité est que la même instance est chargée de coordonner les activités des établissements hospitaliers publics *et privés* et dispose à cette fin du pouvoir de déterminer leurs ressources dans les limites fixées par la loi de financement de la Sécurité sociale.

Ainsi, devant l'épineux problème que représente l'excédent d'offre de soins hospitaliers en France, l'État et la Sécurité sociale unissent-ils leurs forces au niveau régional pour tenter d'insuffler davantage de rationalité. L'intention est louable. A-t-elle des chances sérieuses d'aboutir ? Il faut évidemment l'espérer car la Sécurité sociale a devant elle l'incontournable défi du financement des retraites à l'horizon de la prochaine décennie ; il est donc impératif qu'elle ait allégé auparavant son fardeau

sanitaire. Mais c'est à ce stade qu'intervient la troisième catégorie d'acteurs politiques, les collectivités territoriales.

Les collectivités territoriales jouent un rôle second mais politiquement très sensible dans l'univers de la santé publique. Il convient d'abord de rappeler la compétence du maire à prendre des mesures de sauvegarde de la salubrité publique qu'il tient de son très ancien pouvoir de police. Ensuite, les départements ont hérité de l'État la charge de financer l'aide sociale à la suite des lois de décentralisation de 1982. Parmi les nombreuses aides sociales concernées figure l'aide médicale prévue à l'article L. 187-1 du Code de la famille et de l'aide sociale, qui consiste en la prise en charge totale ou partielle des frais médicaux encourus par les personnes à bas revenus, notamment les titulaires du RMI. Enfin, les maires, de longue date, président les conseils d'administration des hôpitaux publics. La réforme Juppé, après avoir hésité à retirer au maire cette compétence dans le but de faciliter les restructurations hospitalières, a fini par la maintenir (article L. 714-2 du Code de la santé publique).

71

Cette dernière responsabilité est d'autant plus importante que l'hôpital est souvent le premier employeur de la commune où il est implanté. La bonne marche de l'hôpital représente donc pour le maire non seulement un enjeu sanitaire mais aussi un enjeu économique. C'est sur ce point que les difficultés politiques de toute restructuration du tissu hospitalier peuvent devenir insurmontables, comme de nombreux exemples concrets l'ont montré dans un passé récent. A cet égard, la création des agences régionales de l'hospitalisation constitue un facteur positif dans la mesure où le débat public sur l'offre de soins hospitaliers trouve mieux sa place au sein de la région qu'entre une commune et un ministère parisien, toujours soupçonné d'ignorer les spécificités locales.

Malgré cela, la répartition des rôles entre les différents acteurs politiques continue de ne pas être claire. En effet, personne n'exerce une responsabilité pleine et entière en ce domaine :

– Le maire préside le conseil d'administration de l'hôpital qui arrête son budget (c'est-à-dire les dépenses) à partir d'une dotation financière fixée par l'agence régionale ; mais il ne fixe pas les recettes qui sont déterminées et prélevées au niveau national. Le maire n'est donc nullement incité à la maîtrise des dépenses hospitalières alors que, lorsqu'il engage d'autres dépenses au titre de sa commune, il est obligé de les financer par de nouveaux impôts locaux, ce dont ses électeurs lui demanderont de rendre compte.

– L’agence régionale de l’hospitalisation répartit entre les établissements la dotation financière allouée par l’État ; mais elle est dirigée par un fonctionnaire qui a mission de définir et mettre en œuvre une politique hospitalière régionale alors qu’aucune instance élue n’a donné au préalable une légitimité démocratique à cette politique ; de plus, comme le maire, l’agence n’est pas responsable des recettes ; enfin, l’agence n’exerce ses compétences qu’à l’égard des hôpitaux ; elle n’a donc pas le pouvoir de transférer des capacités de soins de l’hôpital vers la médecine de ville qui reste sous la responsabilité exclusive de l’assurance maladie, ni de transformer un hôpital en maison de retraite, la création de celle-ci étant de la compétence de la commune ou du département. Or ces deux derniers exemples expriment des opportunités majeures de reconversion des hôpitaux, ce qui montre que la voie régionaliste n’a été que timidement empruntée lors de la réforme de 1996.

72

– L’État, au nom de l’unité et de la solidarité nationale, a conservé la maîtrise totale des recettes et, en tant que supérieur hiérarchique des agences régionales, d’une grande partie des dépenses. L’État conserve également la compétence de recruter, nommer et affecter les médecins hospitaliers publics. Ainsi, ces derniers, qu’ils exercent dans des hôpitaux parisiens, tarbais ou valenciennois, qu’ils exercent dans des hôpitaux généraux ou des CHU, ne sont pas sous l’autorité du directeur de l’hôpital comme dans la plupart des pays du monde, mais sous celle du ministre de la Santé, voire, lorsqu’ils sont professeurs à la faculté de médecine, sous celle du ministre de l’Éducation nationale. Ce centralisme typiquement français a pour conséquence que le ministre, détenteur de l’autorité, ne l’exerce pas car il est trop loin du terrain, tandis que le directeur d’hôpital, qui est sur place, ne dispose pas à l’égard de ses principaux collaborateurs que sont les médecins des pouvoirs habituels d’un chef d’entreprise.

Le résultat de cet enchevêtrement d’acteurs politiques est que la France est le seul grand pays d’Europe où une question telle que celle du maintien en activité de la maternité de Pithiviers (10 000 habitants) remonte jusqu’au ministre de la Santé en personne sans qu’aucune instance intermédiaire n’ait été capable de la régler au préalable.

Cela étant dit, la complexité du monde politique de la santé est faible en comparaison de celle de son univers professionnel !

LES ACTEURS PROFESSIONNELS

Le premier constat à dresser est purement statistique. Si l'on s'en tient aux principales professions de santé, on dénombre en France aujourd'hui 182 000 médecins inscrits à l'Ordre des médecins, se répartissant en 93 000 généralistes et 89 000 spécialistes. 113 000 d'entre eux exercent leur activité à titre libéral, les autres exerçant à titre hospitalier ou sous diverses autres modalités salariées. Outre les médecins, on dénombre environ 40 000 chirurgiens-dentistes, 54 000 pharmaciens, 12 000 sages-femmes, 345 000 infirmières dont 59 000 infirmières de secteur psychiatrique, 50 000 masseurs-kinésithérapeutes, 12 000 orthophonistes. A ces personnes qui ordonnent les soins ou participent à leur exécution, il faut ajouter un peu plus de 100 000 personnels administratifs, 300 000 aides-soignants et 150 000 personnels techniques qui exercent dans les établissements hospitaliers ainsi que les personnels des 4 000 laboratoires d'analyse médicale. On a ici laissé de côté les salariés de l'industrie pharmaceutique car ils ne côtoient pas le patient, mais il ne faut pas oublier qu'ils réalisent chaque année 100 milliards de francs de chiffre d'affaires.

73

Ces chiffres sont impressionnants, mais on sous-estimerait beaucoup le poids de ces acteurs en s'en tenant à leur nombre. En effet, ce n'est pas d'abord parce qu'elles étaient nombreuses à défiler sous les fenêtres du ministre de la Santé il y a une dizaine d'années, que les infirmières ont obtenu une forte revalorisation de leur rémunération. C'est surtout parce que leur mouvement était populaire en raison du prestige moral considérable dont cette profession jouit dans l'opinion. Au-delà de la profession d'infirmière, le pouvoir politique a toujours craint d'affronter les professions de santé – au premier chef, les médecins – car il redoute son influence, réelle ou supposée, auprès des patients, c'est-à-dire la totalité de la population.

Le regroupement et l'expression de cette masse d'acteurs professionnels se font à plusieurs niveaux.

Le niveau syndical est le mieux connu car de même nature que dans toutes les autres professions. En milieu hospitalier, les personnels administratifs, aides-soignants et techniques sont représentés par les syndicats de salariés traditionnels. Les infirmières, après les grandes grèves de la période 1988-1992, s'estimant peu représentées par ces syndicats, ont constitué leurs propres organisations, mais l'audience de celles-ci demeure faible, sauf exceptions locales.

Le syndicalisme médical, de par son influence, mérite une attention particulière. Les médecins hospitaliers sont représentés par une extraordinaire mosaïque de microsyndicats, chaque spécialité, chaque grade ayant son propre organe, lui-même souvent dédoublé suivant que ses adhérents sont purement hospitaliers ou ont une double appartenance hospitalo-universitaire. Bien que parcellisés à l'extrême, ces syndicats sont puissants et il est rare qu'une nomination ou un avancement s'opère non seulement sans qu'ils aient été consultés, mais qu'ils aient donné leur agrément. Ce pouvoir des syndicats de médecins hospitaliers est d'autant plus remarquable qu'il n'est conforté par aucun texte de droit. Il s'agit là d'une coutume qui a acquis une force largement équivalente à celle de la règle.

74 La situation est différente s'agissant des médecins libéraux car le cadre juridique est tout autre que celui de l'activité hospitalière. En médecine libérale, le cadre de base est contractuel. Ce n'est que lorsque les partenaires professionnels ne parviennent pas à se mettre d'accord sur les conditions d'exercice de la profession que le pouvoir réglementaire est habilité à imposer un règlement minimum (art. L. 162-5/9 du Code de la sécurité sociale). Ce fut le cas à l'été 1998 lorsque, les conventions liant la profession médicale à l'assurance maladie ayant été annulées par le Conseil d'État, le gouvernement dut publier un règlement minimum dans l'attente que les partenaires professionnels trouvent éventuellement un nouveau terrain d'entente.

Ce pouvoir de contracter confère aux syndicats de médecins libéraux une place éminente parmi les acteurs du système de santé. Ils sont quatre ou cinq, suivant les époques, à se partager ce pouvoir. On doute parfois de leur représentativité ; mais celle-ci, qui oscille entre 5 et 15 % suivant les organisations et les époques, n'est pas moins grande que celle des organisations représentatives des salariés. Plus préoccupantes sont leurs divisions, rarement claires, parfois politiques, souvent corporatistes et toujours aiguës, qui rendent difficile la conclusion d'accords conventionnels et quasiment impossible de définir dans le consensus une réforme profonde qu'appelleraient la dérive des dépenses et l'évaluation de la qualité des soins.

Le niveau universitaire est un lieu plus feutré d'influence des médecins. Il est cependant essentiel. C'est en effet par l'intermédiaire des doyens et présidents d'universités de médecine que se négocient, d'une part, les postes d'enseignement hospitalo-universitaires qui sont parmi les plus prestigieux de la profession médicale et, d'autre part, les effectifs des spécialités médicales. Leur influence est telle, ainsi que celle des

syndicats de médecins hospitalo-universitaires avec lesquels ils se concertent, que de nombreux postes de professeurs de médecine continuent d'être pourvus alors que les effectifs de la discipline concernée sont saturés sur le terrain et que les besoins de formation de nouveaux médecins sont moindres qu'autrefois.

A ce niveau universitaire, il faut associer les organismes de recherche médicale qui peuvent être directement rattachés à une université ou constituer une entité indépendante. La plus importante d'entre elles, l'INSERM, contribue à faire avancer les connaissances dans des domaines précis et exerce ainsi une influence certaine sur les orientations de la politique de santé.

Le niveau ordinal est le troisième niveau d'agrégation de certaines professions de santé, notamment les médecins et les pharmaciens. Créé par le régime de Vichy, l'Ordre des médecins a pris place dans le schéma corporatiste de l'époque. Il s'agissait de faire assumer par les pairs les valeurs d'extrême conservatisme officiellement propagées. Ce rôle idéologique a perduré bien au-delà des premières années et l'on a vu l'Ordre défendre des positions que n'auraient pas reniées ses fondateurs lors des débats des années 1960 ou 1970 sur la contraception ou l'interruption volontaire de grossesse, au point que de nombreuses voix se sont élevées pour demander sa dissolution. La crise s'est apaisée au cours des dernières années, notamment grâce à l'action rénovatrice des deux derniers présidents de l'Ordre, qui ont su rapprocher celui-ci de la sociologie moyenne des Français.

75

Un nouveau Code de déontologie médicale a d'ailleurs été publié en 1995, qui témoigne de la prise en compte accrue de préoccupations contemporaines telles que l'obligation faite au médecin de ne pas se livrer à l'acharnement thérapeutique et, à l'inverse, de prendre en charge la douleur du patient. L'Ordre est notamment chargé d'appliquer des sanctions disciplinaires aux médecins qui enfreignent les règles déontologiques. Il use de ce pouvoir qui lui a été délégué par la puissance publique avec modération mais, paradoxalement, de manière moins parcimonieuse que les conseils disciplinaires des médecins hospitaliers publics, qui n'interviennent quasiment jamais alors que les comportements condamnables ne sont pas plus rares que dans le secteur privé.

Le niveau économique est plus difficile à cerner dans la mesure où tous les acteurs ont des intérêts économiques légitimes à faire valoir. On se limitera donc à souligner le rôle de deux intervenants.

L'industrie de la santé occupe une place d'autant plus forte que les progrès scientifiques et technologiques donnent naissance presque quo-

tidienement à de nouveaux moyens thérapeutiques. Elle regroupe de nombreuses activités dont la principale est l'industrie pharmaceutique. Dotée de puissants moyens financiers, celle-ci entretient un partenariat étroit avec le corps médical ainsi qu'avec la presse médicale, et elle est souvent parvenue à convaincre les pouvoirs publics d'autoriser la mise sur le marché de produits dont la valeur ajoutée thérapeutique par rapport à des produits génériques n'était guère démontrée.

76 La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) est un acteur économique fondamental du système puisque l'on peut dire que les 600 milliards qui transitent chaque année par la branche maladie de la Sécurité sociale sont globalement sous sa responsabilité. Elle n'est pas un acteur professionnel au même sens que les précédents, dans la mesure où les professions de santé n'y sont pas représentées en tant que telles. En effet, son conseil d'administration, tel qu'il résulte des dispositions de l'article L 221-3 du Code de la sécurité sociale issu de la réforme Juppé, comprend à parité des représentants syndicaux des assurés sociaux et du patronat ainsi que quelques personnalités qualifiées et des représentants de la mutualité française.

Sa situation juridique est complexe. En qualité d'établissement public, la CNAM n'exerce pas d'autorité hiérarchique sur les caisses locales, établissements de droit privé, mais elle centralise l'ensemble des opérations de ces caisses et dispose à leur égard – comme à celui des médecins prescripteurs et des assurés – d'un pouvoir de contrôle. De même, la loi lui confère la compétence de négocier et signer avec les syndicats représentatifs des professions de santé des conventions qui définissent les conditions d'exercice de ces professions et les modalités de prise en charge des dépenses de santé des assurés ; mais les dispositions de ces conventions n'entrent en vigueur qu'après avoir été approuvées par arrêté ministériel.

La CNAM est ainsi l'épicentre de la gestion du système assurantiel, mais son autorité n'est totale ni à la base ni au sommet. Elle personnalise en quelque sorte la voie moyenne française de gestion des affaires médicales. Ni voie anglaise d'une nationalisation du système, ni voie allemande d'une cogestion régionale et professionnelle, la voie française mélange la participation des syndicats de salariés et de patrons, la contractualisation avec les professions de santé et la réglementation gouvernementale. Par temps calme, cette complexité a le mérite d'attribuer une part de pouvoir à chacune des composantes du système. Lorsque celui-ci appelle des réformes énergiques, la dilution des responsabilités contribue à aggraver son entropie congénitale.

On ne peut clore la liste des acteurs professionnels sans y ajouter deux nouveaux venus.

Les associations qui œuvrent dans le domaine de la santé ont pris un essor à la mesure de son développement économique. Ce domaine qui touche à la maladie et à la mort est presque par nature un lieu où s'exercent les préoccupations humanitaires, au sens premier du terme. On n'oublie pas que, jusqu'aux années 1960, le personnel religieux fut une forte composante des professions hospitalières. Leur déclin a laissé place à de multiples activités associatives dont certaines exercent une grande influence. Par exemple, la Ligue nationale contre le cancer gère un budget de plusieurs centaines de millions de francs qui participe de manière significative au progrès de la recherche. Plus récemment, des associations ont su utiliser la force du média audiovisuel pour catalyser des énergies et des ressources financières au bénéfice de cibles sanitaires majeures. C'est ainsi que l'Association française contre les myopathies a eu l'idée du téléthon dont le succès a contribué pour beaucoup au programme de déchiffrement du génome humain et a ainsi ouvert la voie à des progrès considérables dans la connaissance de certaines maladies génétiques.

77

Enfin, *les juges*, dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, sont devenus des acteurs qui comptent. Sans atteindre la psychopathie procédurière américaine, la situation française est marquée par une croissance continue des contentieux médicaux individuels engagés aussi bien devant le juge judiciaire que devant le juge administratif. A ce type de contentieux s'ajoute désormais le contentieux du risque sériel, lorsqu'une affection ou un accident thérapeutique touche un grand nombre de personnes.

LES ACTEURS MÉDIATIQUES

On donnerait aujourd'hui une fausse idée des acteurs de la politique de santé si l'on omettait de mentionner le double rôle des médias.

Les médias exercent d'abord un rôle d'acteur direct. Il est joué par trois catégories d'organes de presse :

- La presse scientifique, principalement d'origine anglo-saxonne, par la qualité de ses publications, exerce une influence intellectuelle considérable sur les orientations prises par les responsables de la santé publique.

- La presse professionnelle, proche de certains syndicats et des milieux industriels, pèse d'un poids certain dans la défense des intérêts des professionnels de santé.

– La presse grand public spécialisée dans le domaine de la santé joue un rôle pédagogique d’autant plus important auprès de la population que son audience est en augmentation constante. Plusieurs magazines de santé diffusent ainsi entre 100 000 et 500 000 exemplaires. Certaines émissions jouent le même rôle à la télévision.

78 Les médias exercent également un rôle indirect en ce qu’ils sont utilisés ponctuellement par certains groupes pour sensibiliser l’opinion à une cause particulière. On a déjà cité l’exemple du téléthon qui mobilise chaque année plusieurs millions de téléspectateurs au service de la lutte contre les maladies génétiques. Une autre technique, utilisée par des associations telles que Act’up, est celle de manifestations spectaculaires, voire de provocations, destinées à attirer l’attention des médias sur une cause jugée urgente. Cette technique peut atteindre son objectif, qui est de réorienter la politique de santé vers la résolution du problème soulevé. Mais elle peut aussi avoir des effets pervers en laissant quelques poignées de militants déterminés survaloriser un problème par rapport à d’autres qui n’ont pas su ou pas voulu attirer sur eux le parfum du scandale médiatique. Ainsi, les principales causes de mortalité en France – les affections cardiovasculaires et les cancers – bénéficient de la part des médias d’une attention moindre que celle suscitée par les bruyants propagandistes de causes aussi douloureuses mais statistiquement moins répandues.

Les acteurs de la politique de santé forment donc un puzzle d’une rare complexité, ce qui explique pour une part la difficulté que rencontre tout gouvernement à introduire un peu plus de rationalité dans la gestion du système.

R É S U M É

La politique de santé met directement en jeu 10 % de la richesse nationale et plus d’un million et demi d’emplois. Ses acteurs sont nombreux et appartiennent principalement aux univers politique, professionnel et médiatique. La complexité des compétences et des zones d’influence rend difficile toute rationalisation du système.