

Ch6 - 3.2. La valse entre le marché et l'Etat : le secteur de la santé

DOC1 France	États-Unis
Population totale : 60,496,000	Population totale : 298,213,000
PIB par habitant (Intl \$, 2004) : 30,093 US\$	PIB par habitant (Intl \$, 2004) : 39,901 US\$
Espérance de vie à la naissance h/f (2004) : 76.0 / 83.0 années	Espérance de vie à la naissance h/f (2004) : 75.0 / 80.0 années
Espérance de vie en bonne santé à la naissance h/f : 69.3 / 74.7 années	Espérance de vie en bonne santé à la naissance h/f : 67.2 / 71.3 années
Total des dépenses de santé par habitant (Intl \$, 2003) : 2,902 US\$	Total des dépenses de santé par habitant (Intl \$, 2003) : 5,711 US\$
Médecins (densité pour 1000 habs) 3.37	Médecins (densité pour 1000 habs) 2.56
Source financement : Financement public 76.3% des dépenses totales – (7.7 % PIB) Financement privé 23.7% des dépenses totales – (2.4 % PIB) Total 100,0 – (10.1 % PIB)	Source financement : Financement public 44.6% des dépenses totales – (6.8 % PIB) Financement privé 55.4% des dépenses totales – (8.4 % PIB) Total 100,0 – (15.2 % PIB)
<p>Environ 1,7 millions de personnes travaillent actuellement dans le secteur de la santé, soit 8 % de la population active totale et 9 % de la population active occupée</p> <p>Les soins avec hébergement sont dispensés dans des établissements publics ou privés. Les deux secteurs, public et privé, se différencient sur certains points : étendue des missions, modalités de fonctionnement, équipements, type de clientèle, mode de rémunération. Ainsi, l'enseignement, la recherche, font partie des fonctions des hôpitaux publics qui ont, par ailleurs, l'obligation d'accueillir tous les malades, en particulier en urgence. On recense ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les établissements de santé publics, personnes morales de droit public, dotées de l'autonomie administrative et financière, qui peuvent être à vocation générale ou spécialisés (Centres hospitaliers régionaux, Centres hospitaliers, établissements locaux). - Les établissements privés à but non lucratif parmi lesquels les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) qui représentent 10,4 % de l'ensemble des lits hospitaliers. - Le secteur privé lucratif, caractérisé par un mouvement de concentration des cliniques pour créer des établissements de taille importante dotés de plateaux techniques sophistiqués. Ce secteur représente 20,0 % des capacités hospitalières totales. 	<p>D'inspiration libérale, le système d'assurance maladie américain ne repose ni sur le principe d'une couverture généralisée de la population ni sur celui d'un financement public par le biais de prélèvements obligatoires. Globalement, trois types de couverture existent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assurance maladie privée qui est le plus souvent liée à l'emploi, - Medicare qui couvre les personnes de plus de 65 ans ainsi que les personnes gravement handicapées, sans considération de revenus, Medicaid qui prend en charge les familles les plus pauvres. <p>Si le système privé est prédominant, les Etats-Unis possèdent un secteur public couvrant 74 millions de personnes, soit 27% de la population et financé par l'impôt.</p> <p>Deux Américains sur trois, âgés de moins de 65 ans, sont ainsi couverts par le biais d'une assurance privée liée à l'emploi. La prise en charge publique ne concerne que deux catégories de personnes, les plus de 65 ans qui sont couverts par le programme fédéral Medicare et les familles pauvres éligibles au programme Medicaid. En 1999, plus de 42 millions d'Américains, soit 15% environ de la population, ne disposaient d'aucune assurance maladie. Cependant, et contrairement à une image très répandue dans l'opinion, la contribution des assurances privées aux dépenses de santé est inférieure au financement public par l'impôt : 36 % des dépenses de santé sont financées par les assurances privées contre 45 % pour le financement public.</p> <p>La majorité des lits hospitaliers dépendent du secteur privé non lucratif (56%), un tiers des lits du secteur public et 11% du secteur privé lucratif.</p> <p>Malgré l'existence d'une couverture maladie publique pour certains groupes particuliers, le système de santé américain est géré principalement par des acteurs liés aux assurances privées tant au niveau de son financement que de sa gestion.</p>

Source : <http://www.gipspsi.org>

DOC2 : L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), créée en mars 1999, est un établissement public français dont la mission principale, héritée de l'Agence du médicament, est d'évaluer les risques sanitaires présentés par les médicaments et plus généralement tous les produits de santé destinés à l'homme. Elle est ainsi en charge de délivrer les autorisations de mise sur le marché (AMM). Plus récemment, elle est aussi devenue l'autorité unique en matière de régulation des recherches biomédicales. L'agence est animée par environ 1000 salariés auxquels s'ajoutent 2000 experts réguliers ou occasionnels. Son budget s'élève à environ 111 millions d'euros dont l'essentiel des recettes provient des taxes et redevances prélevées sur l'activité de l'industrie pharmaceutique. Son fonctionnement et plus particulièrement son indépendance vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques font parfois l'objet de critiques.

Source : <http://www.wikipedia.org>

DOC3 : Documentaire 54', « Les médicamenteurs » de S. Horel, A. Redolfi et B. Rossignaux, 2008

DOC3Bis : L'industrie pharmaceutique est le secteur économique qui regroupe les activités de recherche, de fabrication et de commercialisation des médicaments pour la médecine humaine ou vétérinaire. C'est une des industries les plus rentables et importantes économiquement, au monde. Cette activité est exercée par les laboratoires pharmaceutiques et les sociétés de biotechnologies. Avant la fin du XIX^e siècle, les médicaments étaient fabriqués par chaque pharmacien, ou apothicaire à partir de diverses substances végétales, voire minérales. L'industrie pharmaceutique moderne est née à la fin du XIX^e siècle avec le développement des médicaments de synthèse issus de la chimie. Les grands laboratoires pharmaceutiques mondiaux tirent en général leur origine du développement de la chimie. L'industrie pharmaceutique mondiale est confrontée à plusieurs défis :

- La chute tendancielle de l'innovation des différents laboratoires de recherche depuis 1999, sur 1092 nouveaux médicaments lancés en cinq années sur le marché, aucun n'a apporté une réelle innovation thérapeutique (chiffre établi en 2005).
- La concurrence, de plus en plus importante, des médicaments génériques, favorisée par les politiques de réduction des coûts de santé, réalisées dans les différents pays développés. Le marché des génériques devrait croître annuellement de 9% pour atteindre 75 milliards d'euros en 2008 (100 milliards de dollars) (estimation faite en 2005).
- La plus grande vigilance des autorités de santé (FDA américaine, EMEA européenne, etc.) face aux apports thérapeutiques des nouveaux produits et à leurs effets secondaires. Les autorisations de mise sur le marché sont donc de moins en moins nombreuses.

L'industrie pharmaceutique est sujette à de **nombreuses critiques**. Dans un contexte où la mise sur le marché de médicaments innovants est moindre, les groupes de l'industrie pharmaceutique usent de diverses stratégies pour maintenir et accroître leur croissance économique. Ces pratiques commerciales ont fait l'objet d'un rapport réalisé par la Direction générale de la concurrence de l'Union européenne et paru le 8 juillet 2009. Le principe général est de maintenir le plus longtemps possible la réalité juridique des brevets, lesquels sont pourtant appelés à tomber nécessairement dans le domaine public (après 20 ans, voire 25 ans pour les produits pharmaceutiques ou phytosanitaires). Une des premières pratiques commerciales utilisées par l'industrie pharmaceutique est de protéger tel médicament non par quelques brevets, mais par des centaines, « jusqu'à 1300 pour l'un d'eux », ce qui permet en sus de « bloquer toute possibilité de recherche chez les concurrents ». Viennent en second lieu les pratiques d'intimidation à l'encontre des fabricants de génériques : « 700 procédures juridiques entre 2000 et 2007, puis les règlements à l'amiable : 200 millions versés par les grands du secteur aux fabricants de génériques pour qu'ils se tiennent tranquilles ». En

troisième lieu, les grands groupes de l'industrie pharmaceutique mènent des campagnes de dénigrement concernant les produits génériques, présentés comme « moins sûrs, moins efficaces, inférieurs ». Quatrième et dernière stratégie commerciale identifiée dans ce rapport : la mise sur le marché des produits dits de « deuxième génération ». Cette pratique consiste à mettre sur le marché un nouveau médicament avec les mêmes molécules présentes sous une autre forme ou avec de nouvelles concentrations : associé à des stratégies de vente efficaces, tel nouveau médicament sera massivement diffusé avant que ne sorte un équivalent générique moins cher.

Une deuxième critique met en cause l'indépendance et la neutralité des instances d'autorisation, de validation et de contrôle des médicaments. Les Comités d'experts sont très souvent composés de personnalités scientifiques ayant par ailleurs des intérêts financiers ou des fonctions de direction dans des laboratoires pharmaceutiques, ce qui ne va pas sans poser d'importants conflits d'intérêts : par exemple, la présence au sein du Comité de lutte contre la grippe de huit experts par ailleurs collaborateurs du fabricant Roche du Tamiflu, aurait pu faciliter la prescription massive de ce produit, alors même que la validité de certaines études sur lesquels ils s'appuyaient est sujet à débat dans une revue publiée en décembre 2009 (longtemps après cette décision).

Source : <http://www.wikipedia.org>

DOC4 : Comment exercer la médecine ?

70 % des médecins exercent en libéral. Les autres sont employés par une clinique privée, un hôpital public, une administration (médecine scolaire, médecine du travail, des armées...), par une collectivité territoriale ou encore par une association humanitaire. Leur emploi du temps est chargé, car, à raison de 20 à 30 consultations par jour, ils font environ 50 heures par semaine. Ils peuvent, après quelques années d'exercice en libéral, se diriger vers la médecine de contrôle et de santé publique (sécurité sociale), ou vers le secteur de la prévention (PMI, médecine du travail...). On compte en moyenne 160 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Toutefois, il existe une forte disparité entre les grandes villes et les zones rurales. En effet, à la campagne, les besoins sont très importants, et on assiste à une pénurie de médecins dans certaines régions. Le salaire d'un débutant est d'environ 3000 euros bruts par mois en moyenne. Il peut atteindre 7000 euros après quelques années d'expérience. Pour exercer ce métier, de longues études sont à prévoir. En effet, 9 années sont nécessaires pour devenir médecin généraliste. Le cursus est organisé en 3 cycles, qui débouchent sur le diplôme d'Etat de Docteur en médecine. Ce diplôme est délivré à l'issue de la soutenance d'une thèse. La 1ère année d'études de santé est sanctionnée par un concours. Le nombre de places, appelé "*Numérus Clausus*" est limité, et fixé par l'Etat (7403 en 2010).

Source : <http://suaoi.univ-lille2.fr>

DOC5 : Le financement des dépenses de santé

Les dépenses de soins et biens médicaux en France sont financées par la Sécurité sociale à 76% en 2008. Les complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) assurent 13,7% du financement des dépenses de santé, dont 7,7% pour les mutuelles contre 3,5% pour les assureurs. La part directe des ménages représente actuellement 9,4%. 93% des ménages bénéficient d'une couverture complémentaire qu'elle soit obtenue par une mutuelle, par une assurance privée ou par la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui complète, le plus souvent, à hauteur de 100 % le remboursement de médicament de la Sécurité sociale. La sensibilité directe des ménages au prix des médicaments est donc très faible.

Evolution de la consommation de médicaments en France depuis 1975 : La consommation de médicaments en quantité a augmenté de 2,3 % par rapport à 2008. Cette croissance était de 4,3 % par an en moyenne sur la période 1980-1985, de 2,4 % par an sur la période 1985-1990, mais seulement de 1,7 % sur la période 1990-1995. Elle est quasiment nulle sur la période 1995-2009. Les difficultés financières de la Sécurité sociale et le choix d'une régulation combinant enveloppes opposables, maîtrise médicalisée et bon usage des soins entraînent une stagnation des quantités de médicaments.

Source : <http://www.leem.org> (Les entreprises du médicament)

DOC6 : Les médecins pétitionnent pour défendre le système de santé

Généralistes, spécialistes, libéraux ou hospitaliers se mobilisent au travers de pétitions pour la préservation de l'égal accès aux soins pour tous. Déremboursements, franchises médicales, dépassements d'honoraires, déserts médicaux... Depuis quelques années, au gré des réformes de la Sécurité sociale et du système de santé, l'accès aux soins n'est plus garanti pour l'ensemble des Français. Pour ne pas que la santé devienne un luxe, nombre de médecins se mobilisent et mobilisent, lançant sur le Net des appels, manifestes et autres pétitions.

L'adoption, le 21-mars dernier, de la réforme de la couverture médicale par la Chambre des représentants marque un tournant dans l'histoire de la politique sociale des Etats-Unis. Mais de façon paradoxale, car la manière dont cette réforme a été adoptée, sans le consensus bipartisan espéré par Obama, confirme les tendances des vingt dernières années.

Clotilde Cadu - Marianne | Lundi 2 Mai 2011

DOC7 : La réforme de la santé aux Etats-Unis

[...] mettre fin – ou du moins atténuer de manière significative – à cette « exception américaine » qui fait des Etats-Unis un des très rares pays développés à ne pas lier citoyenneté et couverture médicale.

En mettant fin à cette exception, Obama et les démocrates au Congrès ont opté pour un compromis très... américain. Au cours du débat, il n'a jamais vraiment été question de créer un système d'assurance santé national, à l'instar de celui des Canadiens ou de la « Sécu » française. [...]

Améliorations du système existant

A y regarder de près, la réforme adoptée est moins un changement de paradigme qu'un rafistolage un peu confus du système existant. Les Américains dans leur grande majorité ne devraient pas être affectés par la nouvelle loi : ils continueront à recevoir (et à payer en partie) une assurance maladie privée fournie par leur employeur. Bien plus, la loi utilise la voie réglementaire pour « boucher les trous » du système existant. D'ici quelques années, les Américains seront soumis à l'obligation légale de s'assurer (sous peine d'amende). [...] Bien que l'opposition républicaine s'acharne et la qualifie de « socialiste », la réforme d'Obama s'appuie sans ambages sur des mécanismes de marché : une de ses provisions majeures est la création, au niveau des Etats, d'« échanges » où les non-assurés pourront comparer les prix et les détails en matière de couverture des différents contrats d'assurance privée (un peu comme on achète un billet d'avion sur Internet). C'est ainsi qu'Obama compte réduire l'envolée des coûts médicaux. [...] Néanmoins, la réforme constitue une avancée sociale majeure pour les Américains. Surtout, c'est un pas indéniable fait dans le sens de la justice sociale. C'est ce qu'explique John Boccieri, représentant démocrate de l'Ohio, en évoquant les conséquences de la réforme pour sa circonscription (qui tend souvent à voter républicain) : des crédits fiscaux pour 167 000 familles ; une aide *Medicare* accrue pour 110 000 personnes ; une couverture élargie pour 38 500 habitants ; la possibilité d'accéder à la couverture pour 9 800 particuliers qui, pour cause des « conditions préexistantes », en étaient privés ; la possibilité pour 49 000 jeunes de moins de 26 ans de continuer à être couverts par les contrats de leurs parents. C'est une réforme par bribes, mais ces bribes, une fois additionnées, contribueront à changer de manière déterminante le contrat social étatsunien.

Alternatives économiques – Article web, 24 mars 2010 Par **Michael C. Behrent**.

- 1) Pour la France, listez ce qui relève du marché et de l'Etat dans le secteur de la santé.
- 2) Montrez quel est le système de santé le plus efficace entre la France et les Etats-Unis. Expliquez pourquoi.
- 3) Pourquoi les pouvoirs publics limitent-ils le nombre de médecins en France ?
- 4) Montrez comment notre système de Sécurité sociale garantit les bénéfices de l'industrie pharmaceutique.
- 5) Montrez qu'un conflit d'intérêt potentiel existe entre la volonté des pouvoirs publics de limiter le déficit de la branche santé de la Sécurité sociale et les intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique.