

PHILIPPE BATIFOULIER
NICOLAS DA SILVA
JEAN-PAUL DOMIN

Économie de la santé

ARMAND COLIN

Ouvrages publiés sous la direction d'Alain Beitone


Emmanuel Buisson-Fenet et Marion Navarro, *La Microéconomie en pratique*, 3^e édition, 2018
Alain Beitone, Christophe Rodrigues, *Économie monétaire*, 2017
Alain Beitone, Lionel Lorrain, Christophe Rodrigues, *La dissertation de science économique*, 2016
Marion Navarro, *Les inégalités de revenus*, 2016
Didier Marteau, *Les marchés de capitaux*, 2^e édition, 2016
Vincent Barou et Benjamin Ting, *Fluctuations et crises économiques*, 2015
Mickaël Joubert et Lionel Lorrain, *Économie de la mondialisation*, 2015
Éloi Laurent et Jacques Le Cacheux, *Économie de l'environnement et économie écologique*, 2^e édition, 2015
Marc Bassoni et Alexandre Joux, *Introduction à l'économie des médias*, 2014
Magali Chaudey, *Analyse économique de la firme*, 2014
Antoine Bernard de Raymond et Pierre-Marie Chauvin, *Sociologie économique. Histoire et courants contemporains*, 2014
Denis Anne et Yannick L'Horty, *Économie de l'emploi et du chômage*, 2013
Jean-Luc Gaffard, *La Croissance économique*, 2011

Voir aussi :

Dictionnaire de science économique, Alain Beitone (dir.), 2016 (5^e édition)

Économie, sociologie et histoire du monde contemporain, Alain Beitone (dir.), 2016 (2^e édition)

Mise en page : Belle Page

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Armand Colin, 2018.

Armand Colin est une marque de
Dunod Éditeur, 11 rue Paul Bert 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-200-61951-0

<http://www.armand-colin.com>

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Introduction générale	9
1 De la construction des systèmes de santé à leur réforme	25
1. L'émergence d'un système de santé socialisé : une histoire conflictuelle	25
1.1 Refus de la socialisation et développement d'un marché des soins (xix ^e siècle)	26
1.2 Le tournant de la socialisation (1890-1940)	29
1.3 La création de la Sécurité sociale et le développement du système de santé	32
2. Les modèles français de protection sociale et de santé au regard des expériences étrangères	34
2.1 Une typologie des systèmes de protection sociale	34
2.2 Une typologie des systèmes de santé	38
3. Une pluralité de réformes : une lecture en termes de référentiel	40
3.1 Le discours des Trente Glorieuses : la satisfaction des besoins sociaux	41
3.2 La santé a un coût pour la société, le discours des années 1980	43
2 La dépense de santé et ses contreparties	45
1. Comment comptabiliser la dépense de santé	45
1.1 Les différents agrégats utilisés	46

1.2	L'évolution des postes significatifs de la CSBM	49
1.3	Le système français de santé est-il réellement trop cher ?	52
2.	Le financement de la dépense de santé en France	55
2.1	La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM	56
2.2	Les autres contributeurs au système de santé	59
3.	Produire de la santé	61
3.1	La production publique : la contrepartie de la dépense publique	61
3.2	La production (efficace) de santé par la Sécurité sociale	64

3 L'hôpital à la dérive : privatisation et souffrance des personnels **68**

1.	De l'hospitalo-centrisme à sa remise en cause	69
1.1	L'hôpital se constitue en position dominante (1943-1980)	70
1.2	La période de remise en cause (1980-1996)	73
2.	Les hôpitaux au pays du <i>new public management</i>	76
2.1	La mise en place des agences régionales et ses objectifs	76
2.2	Penser l'hôpital comme une entreprise et le réformer comme une administration	80
2.3	La mise en place de la tarification à l'activité	82
3.	Les effets pervers de cette nouvelle logique économique	83
3.1	La remise en cause du service public hospitalier	84
3.2	Travailler à l'hôpital nuit gravement à la santé	86

4 La médecine de ville française : le libéralisme en question **90**

1.	Le paradoxe de la médecine libérale française	91
1.1	La lutte initiale pour le monopole et contre la socialisation	92
1.2	Le succès du libéralisme médical par la socialisation	95
2.	De la rémunération à l'organisation du travail : nouvelles régulations de la médecine de ville	101
2.1	Le débat sur les modes de rémunération de la médecine de ville	101
2.2	De la diversification de la rémunération aux institutions de la performance	105

5 Les industriels de la santé et la marchandisation du soin	113
1. Le rôle controversé de l'industrie pharmaceutique	114
1.1 Les fondamentaux du marché du médicament	114
1.2 La financiarisation de la santé : le médicament est-il un bon placement ?	118
2. Les assurances privées et la métamorphose du soin.	
Un pas de plus vers la désocialisation	124
2.1 Développement et recomposition du marché de l'assurance maladie complémentaire	125
2.2 Un marché en constante évolution : la concurrence contre l'identité mutualiste	128
2.3 La généralisation de la complémentaire par l'entreprise : un coût pour la société	131
6 Le patient dans un monde d'inégalités	135
1. Les inégalités sociales d'état de santé	136
1.1 Le gradient social et les conditions de vie	137
1.2 Déterminants sociaux de santé et responsabilité individuelle	140
2. Les inégalités d'accès aux soins	142
2.1 Les inégalités territoriales et la problématique des déserts médicaux	143
2.2 Les barrières tarifaires et les dépassements d'honoraires	148
2.3 Le rôle de la complémentaire santé dans le développement des inégalités	151
7 La santé et l'avenir du capitalisme	157
1. Le passage du public au privé pour le financement et la délivrance des soins : une dynamique de privatisations	160
1.1 Une cartographie des privatisations	160
1.2 La diversité des privatisations	162

2. Partage des risques et reconfiguration de la protection santé	165
2.1 Partage des risques et segmentation des patients	166
2.2 Fragmentation des couvertures et délitement du pacte social	169
3. Quand le capitalisme détériore la santé	171
3.1 État de l'économie et état de santé : le rôle des crises et des politiques économiques sur la santé	171
3.2 Réduire les inégalités pour améliorer l'état de santé	174
Conclusion générale	178
Bibliographie	201
Liste des sigles utilisés	214

Remerciements

Nous remercions Alain Beitone qui nous a accompagnés tout au long de la rédaction de cet ouvrage et a permis d'en améliorer le contenu.

L'ensemble de nos travaux doit beaucoup aux divers lieux de controverses et discussions dans le cadre universitaire. Nous pensons notamment au Séminaire d'économie politique de la santé mais aussi aux colloques de l'Association française d'économie politique et de l'Association d'économie sociale. Nous en remercions les participants. Nous remercions particulièrement Victor Duchesne et Amandine Raully pour leurs suggestions sur une version complète du manuscrit. Bien entendu, selon la formule consacrée, nous restons responsables des erreurs qui peuvent subsister.

Cet ouvrage doit aussi beaucoup aux échanges que nous avons pu avoir avec un public d'étudiants, en formation initiale comme continue, en licence, en master, en institut de formation en soins infirmiers et en institut de formation des cadres de santé. Leurs remarques et commentaires ont beaucoup fait avancer notre réflexion.

Nous tenons à remercier toutes les personnes que nous avons pu rencontrer dans le cadre de débats et de conférences publiques sur l'évolution du système de santé français. Nous pensons par exemple aux réflexions menées par la Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, l'association Notre santé en danger, Alternative mutualiste, la Convergence nationale de défense et de développement des services publics, les initiatives syndicales, les librairies et les cinémas. Nous avons une pensée pour ces militants qui font vivre le débat public et qui nous ont fait sortir

de nos universités à Aubenas, Besançon, Chambéry, Clermont-Ferrand, Ruffec et ailleurs.

Bien sûr, nous ne pouvons pas oublier les professionnels du monde de la santé, soignants ou non, qui vivent au quotidien les réalités que nous décrivons.

Enfin, nous remercions nos familles qui ont dû endurer de longues semaines de travail parfois jusque tard dans la nuit et les week-ends.

■ Introduction générale

Sur une longue période, l'espérance de vie a largement augmenté, les maladies ont été vaincues ou maîtrisées. Deux indicateurs le montrent de façon claire. Entre 1950 et 2016, en France, l'espérance de vie des hommes et des femmes est passée respectivement de 63,4 ans à 79,3 ans et de 69,2 ans à 85,4 ans. L'espérance de vie a quasiment doublé au cours du XX^e siècle. Sur la même période, le taux de mortalité infantile est passé de 51,9 ‰ à 3,8 ‰ (Bellamy, Beaumel, 2017 ; Pison, 2005). La santé des populations s'est bien entendu améliorée grâce aux découvertes et au progrès technique. Celui-ci permet aussi de mieux vivre la vieillesse et en vivant mieux, on vit plus longtemps. Ceux qui portent le soin au quotidien, les soignants, sont le plus souvent dévoués à leurs malades. Les médecins ne comptent pas leur temps comme les infirmiers qui font l'objet d'une large reconnaissance sociale du fait de la sollicitude qui est l'un des marqueurs essentiels de leur métier. L'importance de la santé aux yeux des populations fait du soin un ingrédient primordial du bien-être individuel et collectif et les systèmes de santé fabriquent des « jours heureux », pour reprendre le titre du programme de Sécurité sociale lancé par le Conseil national de la Résistance en 1944.

Néanmoins, la réalité actuelle est beaucoup plus contrastée. L'espérance de vie à la naissance aux États-Unis a régressé en 2015, passant de 78,9 à 78,8 ans (Xu, Murphy, Kochanek, Arias, 2016). La même année, la France connaît une évolution similaire avec un recul de l'espérance de vie à la naissance de 0,4 an pour les hommes et de

0,3 an pour les femmes, atteignant respectivement 78,9 et 85 ans (Bellamy, Beaumel, 2016). Si on ne peut pas déduire de ces faits une inversion durable de la tendance à la hausse de l'espérance de vie, celle-ci augmentant en effet en 2016 de 0,3 an pour les femmes et de 0,1 an pour les hommes (Bellamy, Beaumel, 2017), ils invitent toutefois à nous interroger sur les déterminants de notre santé et sur l'organisation de nos systèmes de santé. Comment explique-t-on que dans les pays les plus puissants du monde, les nouvelles générations semblent exposées au risque de vivre moins longtemps que les précédentes ?

En entraînant des maladies cardiaques, AVC, cancer du poumon et broncho-pneumopathie chronique obstructive, la pollution de l'air, de l'eau et des lieux de travail serait responsable de 9 millions de morts en 2015 (16 % de l'ensemble des décès dans le monde), soit plus que la tuberculose et le sida réunis¹. Beaucoup de décès prématurés surviennent dans les pays d'Asie du Sud et de l'Est qui produisent les équipements de sport ou les téléphones vendus dans les pays riches. Les pays riches exportent leurs maladies. Le diabète et les maladies cardiovasculaires se développent, y compris en Afrique. Il existe une aide à la santé dans les pays en développement accordée par les pays riches. Mais elle répond rarement à un objectif de développement social durable propre à satisfaire le besoin exprimé par les populations destinataires. Elle est avant tout un moyen de protéger les pays riches des effets externes négatifs d'une propagation des maladies comme le VIH. L'aide à la santé répond à la volonté de sécurité des riches (Boidin, 2014).

Sans en donner une liste exhaustive, d'autres faits troublants appellent à la réflexion. En France comme ailleurs, les inégalités traversent le secteur de la santé avec une forte disparité d'espérance de vie en fonction des catégories socioprofessionnelles. À 35 ans, l'espérance de vie d'une femme cadre est de trois ans supérieure à une femme ouvrière. L'écart est de six ans chez les hommes. Cette

1. Selon un rapport de 2017 rédigé par The Lancet Commission on Pollution and Health, qui associe la revue médicale britannique de référence *The Lancet* et des organismes internationaux, des ONG et une quarantaine de chercheurs spécialisés dans les questions de santé et d'environnement.

différence est relativement constante entre les différentes enquêtes menées par l'INSEE (Blanpain, 2011, 2016). Le statut dans la société marque les corps et on peut se demander pourquoi une femme de ménage ou un ouvrier du bâtiment vivent moins longtemps qu'un enseignant ou qu'un avocat. Aux États-Unis, les différences professionnelles se cumulent avec les différences raciales : en 2010, l'espérance de vie à la naissance d'un enfant blanc est supérieure de presque quatre ans à celle d'un enfant noir (respectivement 78,9 ans contre 75,1 ans¹). En Europe, des maladies que l'on pensait disparues réapparaissent. Depuis l'aggravation de la crise économique en Grèce, des cas de malaria ont été relevés, ainsi qu'une hausse importante des cas d'infection par le VIH et des suicides (Burgi, 2014). La France connaît quant à elle une résurgence inquiétante de cas de rougeole, de syphilis, de gale ou encore de tuberculose.

La maladie est également pour beaucoup de gens une épreuve financière. Il faut parfois s'endetter pour payer des soins ou des dépassements d'honoraires. La part de la Sécurité sociale dans le financement des soins, qui avoisinait 80 % en 1980, a considérablement diminué pour atteindre 76,8 % en 2015 (Beffy, Roussel, Solard, Mikou, Ferretti, 2016). Ce désengagement croissant sur les soins courants ne fait qu'accroître les inégalités. Accéder aux soins primaires² constitue, pour certains malades, un coût entraînant renoncement, retard et report de soins, phénomènes accentués par les inégalités d'accès à l'assurance maladie complémentaire.

Les indices menant à l'hypothèse d'un problème majeur dans notre rapport à la santé ne se limitent pas à l'évolution de la santé des malades. Depuis plusieurs années se pose la question de la souffrance des soignants, principalement à l'hôpital où les conditions de travail se dégradent, conduisant parfois au suicide (Benallah, Domin, 2018). Or, comment peut-on prendre en charge la souffrance si on souffre soi-même ? La situation de crise à l'hôpital (Grimaldi, 2013) est

1. <http://www.pewsocialtrends.org/2013/08/22/kings-dream-remains-an-elusive-goal-many-americans-see-racial-disparities/>

2. Les soins primaires ou de premiers secours sont des soins de proximité, extra-hospitaliers et qui ne nécessitent pas de plateau technique.

rendue plus aiguë par le développement des déserts médicaux – qui ne se réduisent pas à dessiner une fracture entre ville et campagne mais aussi à l'intérieur des zones urbanisées. Le rapport 2017 du Conseil national de l'ordre des médecins comptabilise 290 974 médecins inscrits au 1^{er} janvier, dont 75 033 retraités. Si les effectifs ont augmenté de 15 % sur la période 2007/2017, le pourcentage de médecins en activité régulière n'a augmenté que de 0,9 % contre une hausse de plus de 93 % du nombre de retraités (Mourgues, 2017).

Parallèlement à la problématique sanitaire proprement dite, le monde de la santé est désormais envahi par des questions de financement. Chacun a entendu parler du déficit de l'assurance maladie, du coût de l'hospitalisation publique, des craintes vis-à-vis du vieillissement de la population, du prix du médicament ou encore de la montée en puissance des assureurs complémentaires (mutualistes ou non). Pour des raisons budgétaires, les dernières décennies ont été marquées par la volonté de réorganiser l'offre publique de santé (à l'hôpital, dans les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, en médecine de ville...) et de laisser au privé une part croissante de l'activité. Néanmoins, ces années continues de réforme n'ont pas empêché l'évolution que l'on vient de décrire de la santé de la population. Cette dernière paraît se dégrader sans pour autant améliorer l'équilibre des comptes publics.

Ce manuel d'économie de la santé propose un ensemble varié et pluraliste de réflexions sur les questions touchant à la santé dont nous venons de fournir un échantillon.

Bien sûr, l'économie de la santé relève d'une approche disciplinaire, celle de la science économique. Cependant, quand on parle de questions de santé, il convient de confronter les approches économiques à d'autres traditions : sociologie, histoire, droit, épidémiologie, sciences politiques. C'est le parti pris de cet ouvrage qui considère que la santé ne peut pas être appréhendée en dehors de la pluridisciplinarité.

Par ailleurs, qu'elle s'intéresse à la santé ou à un autre objet, l'économie est une discipline paradoxale. Elle suscite l'intérêt des citoyens ou les militants qui y voient une ressource pour nourrir leur réflexion. Mais son langage peut aussi conduire à la méfiance et parfois au

rejet, tant pour les étudiants que pour les professionnels. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. D'abord, l'économie apparaît comme une discipline réservée aux initiés, quand elle use et abuse de la formalisation mathématique. L'usage des mathématiques n'est pas un problème en soi quand elles permettent d'étayer une démonstration et tous les courants de pensée y ont recours. Mais cela devient un problème quand la formalisation mathématique est considérée comme une fin en soi et les questionnements rabattus uniquement sur la technique. Les mathématiques comme les techniques quantitatives sont très utiles mais ne sont que des instruments à utiliser en apport d'un raisonnement théorique, sans quoi le risque est grand que le langage de certains économistes soit perçu comme un obstacle au débat.

Ensuite, on peut considérer que santé et économie sont antagoniques quand la recherche de la croissance économique détériore la santé par ses impacts néfastes sur l'environnement, la qualité de vie ou sur les conditions de travail notamment. Quand, aux yeux de la population, la santé n'a pas de prix, les économistes vont rétorquer qu'elle a un coût. Cette évidence a tendance à réduire le rôle des économistes de la santé à des calculateurs de coûts et à cantonner l'analyse économique à l'organisation du rationnement. Or, les questions de santé ne peuvent être réduites à cette vision étriquée et le point de vue de l'économiste restreint à une analyse technique (Léonard, 2014).

Une autre raison de l'intérêt prudent que suscite l'analyse économique tient à l'importance qu'elle a acquise. En matière de santé comme dans d'autres domaines, l'expertise économique a acquis aujourd'hui une position privilégiée auprès des décideurs et de l'opinion publique. Gage de scientificité, l'énoncé économique a une force en soi et fait autorité. « L'opinion de la faculté » est souvent recherchée du côté de l'économie plus que dans d'autres disciplines. On va donc justifier des politiques au nom de la vérité économique et ces politiques vont profondément changer la vie des gens. C'est particulièrement le cas de l'économie de la santé en raison de l'influence primordiale de la santé sur la qualité de vie.

Que l'on soit familier ou non des questions économiques, les représentations des économistes saturent le débat public. On peut difficilement échapper à des termes récurrents tels que dette, déficit, fraude ou abus. Quand certains économistes à forte audience proposent de dérembourser totalement la consultation médicale (Dormont, Geoffard, Tirole, 2014), ils le font au nom de présupposés théoriques mettant en avant le rôle des incitations financières pour baisser les dépenses de santé. À l'inverse, ceux qui plaident pour le 100 % Sécu, c'est-à-dire pour l'extinction des assurances privées dans le financement du soin, mobilisent des arguments reposant sur l'aspect inefficace en termes de dépenses et inégalitaire en termes d'accès aux soins de la marchandisation du soin.

Ces positions sont totalement opposées et il existe une grande controverse sur tous les sujets au sein des économistes de la santé. On trouve cependant deux traits communs à ces analyses. D'abord, ces recommandations, si elles sont suivies, modifieront profondément le quotidien des individus. Ensuite, elles reposent sur des valeurs qui sous-tendent les arguments. Pour les uns, les valeurs mises en avant sont le respect de la souveraineté et de responsabilité individuelle alors que pour les autres, il s'agit prioritairement d'affirmer des droits humains fondamentaux pour imaginer un accès aux soins plus juste ou plus efficient.

Ces différentes façons de penser et de juger font la qualité du débat scientifique. Les controverses théoriques sont fécondes et l'expertise économique n'est pas à sens unique. Il serait très dangereux qu'un seul courant de pensée puisse s'exprimer au nom de l'ensemble des économistes, qu'une seule façon de faire de l'économie se présente comme incontournable. La diversité intellectuelle est un atout et non une tare même s'il est de l'intérêt bien compris de certains de laisser entendre qu'il n'y a pas d'autres orientations possibles et qu'il existe une seule façon scientifique de faire de l'économie.

Pour étudier l'économie de la santé, il est nécessaire de s'appuyer sur la pluralité des approches théoriques. Il existe un débat académique sur ces théories, ce qui est un gage de fécondité de la recherche, et donc des recommandations différentes de politique

publique. En dernier ressort, le choix des politiques publiques doit résulter du débat démocratique.

La santé comme aspiration commune des peuples

La première raison qui motive l'apprentissage de l'économie de la santé est triviale : à travers les peuples, la santé est considérée comme le bien le plus précieux et les questions de santé touchent tout le monde. Or, comme les arguments économiques dominent le débat public, la construction d'un monde commun à partir de l'idée de santé ne peut pas se passer d'une compréhension des enjeux économiques.

Il faut insister sur cette caractéristique particulière de la santé : dans une période où le débat public se focalise sur les différences qui caractérisent la population (catégorie sociale, culture, âge, religion, origines, nationalité...), l'aspiration à la santé fédère les peuples. Les multiples approches en sciences humaines et sociales déconstruisent le concept de besoin et montrent à quel point ce que l'on pense être un besoin objectif est un désir subjectif. C'est par exemple la position de certains économistes qui considèrent que la santé est un objet de consommation ou d'investissement comme un autre. Pourtant, lorsque ce point de vue est contesté, c'est à partir de l'exemple de la santé. Lorsqu'une personne souffre d'une maladie cardiaque, le triple pontage coronarien relève-t-il du désir ?

Un autre aspect permettant de comprendre la spécificité de la santé est la réaction face au manque. Les inégalités de santé et plus largement les difficultés d'accès aux soins suscitent l'indignation. Ne pas avoir accès à un traitement pour faire face à la maladie relève de l'insupportable et le sentiment d'empathie envers celui qui souffre est à son paroxysme. Même dans des cas limites, la santé semble transcender les clivages. Par exemple, la question des migrations change de nature lorsqu'il s'agit de s'interroger sur ses effets sanitaires. Peut-on supporter la résurgence de la malaria ou de la tuberculose,

quand bien même les malades seraient des migrants ? Est-on prêt à laisser le malade aux portes de l'hôpital alors que la santé relève des droits inaliénables qui protègent la dignité de tout être humain ?

Cette dimension primordiale de la santé explique l'attachement puissant de la population française à la Sécurité sociale. Celle-ci, qui prend en charge la plus grande partie des dépenses de santé en France, est née d'une réaction populaire face à la misère et à la guerre.

Éclairer le contexte de réforme permanente

La deuxième raison qui peut amener à s'intéresser à l'économie de la santé concerne le climat de réforme permanente depuis (au moins) les années 1980. L'économie de la santé permet alors d'éclairer le fonctionnement et les enjeux autour du système de santé français et de ses évolutions. La politique publique renforce son activité de régulation dans certains secteurs et brille par son absence dans d'autres. Au total, il n'est pas simple de saisir l'intention générale de la puissance publique.

L'hôpital est probablement le lieu où se sont concentrées le plus grand nombre de réformes. Sur la question du financement, dominée par la volonté de réduction des crédits, l'hôpital est passé en 2004 d'un système d'enveloppe globale à un système de tarification à l'activité. Il subit continuellement une baisse importante du nombre de places disponibles et une concentration des activités, expliquant la fermeture de certains sites et de certains services. En 2009, la loi Hôpital, patient, santé et territoire modifie la gouvernance des hôpitaux et les place sous la dépendance des agences régionales de santé. La loi de santé de 2016 poursuit la dynamique de réorganisation de l'hôpital avec des groupements hospitaliers de territoires. En médecine de ville, la politique tarifaire (dont dépend le remboursement de la consultation) évolue au gré des rapports de force avec la médecine libérale. Si en 1971, les prix deviennent très réglementés et permettent l'accès aux soins pour tous, dès 1980 la liberté tarifaire redevient la norme. Aujourd'hui, malgré l'abondance de la

règlementation, les tarifs ne sont pas entièrement sous contrôle et les dépassements d'honoraires ne cessent de croître. Parallèlement, la limitation du nombre de médecins en formation (*numerus clausus*) produit des déserts médicaux que les politiques d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées ne parviennent pas à contrer.

Du point de vue du financement des soins, les espaces laissés par l'assurance maladie suite aux politiques de déremboursement mènent à une augmentation des restes à charge pour les patients. Pour les patients aisés, les assureurs complémentaires permettent de couvrir ces nouveaux frais. Mais les complémentaires remplissent difficilement les espaces vacants laissés par la Sécurité sociale puisque tout le monde n'a pas les moyens de payer une couverture complémentaire. Cela a entraîné la création de filets de sécurité, comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC, en 2000) qui accompagne la couverture maladie universelle (CMU en 2000, remplacée par la protection universelle maladie PUMA en 2016) pour la couverture de base. Les difficultés d'accès aux soins ont également eu pour réponse une tentative de mise en place du tiers payant, dont la réalité de la mise en œuvre à venir reste un mystère. Ces problèmes publics de financement contrastent avec les profits spectaculaires réalisés par l'industrie pharmaceutique. Or, là encore, le régulateur ne cherche pas à contrôler les prix. Un autre thème sur lequel l'absence de réforme est énigmatique porte sur ce que l'on appelle le cinquième risque, c'est-à-dire la dépendance. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées dépendantes va croître sans pour l'instant de réponse politique d'ampleur.

Dans ce contexte général, l'économie de la santé permet de fournir des clés de lecture indispensables. Ce passage par les outils de l'économie est utile, tant pour les professionnels de santé, qui auront à composer dans leur vie professionnelle avec les effets de la politique publique (réorganisation du travail, réduction d'effectif, privatisation, mise en concurrence...), que pour les citoyens, qui cherchent à comprendre l'organisation et l'évolution des institutions délivrant ce bien si particulier qu'est le soin. La double question que pose l'économie de la santé concerne la raison pour laquelle ces réformes sont jugées utiles (ou non) et leur capacité à produire les résultats attendus.