

La Revue de l'IREs

Publication quadrimestrielle

Directeur de la publication : Franck MIKULA, *Président de l'IREs*

Rédacteur en chef de *La Revue de l'IREs* : Pierre CONCIALDI

Secrétariat de rédaction : Julie BAUDRILLARD

Maquette et réalisation : Lyubica CURICH

Comité de lecture

Équipe de recherche

Odile CHAGNY • Pierre CONCIALDI • Noélie DELAHAIE • Jeanne FAGNANI
Anne FRETTEL • Jacques FREYSSINET • Solveig GRIMAUULT • Kevin GUILLAS-CAVAN
Adelheid HEGE • Michel HUSSON • Odile JOIN-LAMBERT • Annie JOLIVET
Stéphane JUGNOT • Marcus KAHMANN • Yves LOCHARD • Axel MAGNAN
Antoine MATH • Christèle MEILLAND • Ilias NAJI • Cristina NIZZOLI
Jean-Marie PERNOT • Udo REHFELDT • Catherine SAUVIAT • Claude SERFATI
Estelle SOMMEILLER • Catherine VINCENT • Marie WIERINK •

Conseillers techniques

Cécile BLONDELON (*CFTC*) • Sébastien DUPUCH (*CGT-FO*) • Samy
DRISS (*UNSA-Éducation*) • Pascaline DUPRÉ-CAMUS (*CFDT*) • Fabrice PRUVOST (*CGT*)
Aurélié SÉBASTIEN (*CFE-CGC*) •

Directeur général de l'IREs : Frédéric LERAI

Directeur adjoint, documentation et communication : Benoît ROBIN

Directeur adjoint, administration et finances : Bruno ROUQUET

Administration : Caroline AUJOLET, Nadège MOUSSET

Documentation : Guillaume HEINTZ

Les numéros de *La Revue de l'IREs* sont en texte intégral depuis 1998 sur le site de l'IREs (www.ires.fr). Les numéros depuis 2005 sont en accès libre sur le portail www.cairn.info.

© IRES, Noisy-le-Grand, 2018 • Imprimerie LOUYOT SA - Ivry-sur-Seine • Dépôt légal : janvier 2018 - n° ISSN 1145-1378 • Prix du numéro : 24,50 €

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à 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 » (alinéa 1^{er} de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

La Revue de l'IREs

Sommaire n° 91-92 • 2017/1-2

Numéro spécial Crise et réformes au prisme de la santé

Coordonné par
Philippe BATIFOULIER, Nicolas DA SILVA et Antoine MATH

Introduction. La santé, une clef de lecture centrale des sociétés	3
<i>Philippe BATIFOULIER, Nicolas DA SILVA et Antoine MATH</i>	
Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe	17
<i>Antoine MATH</i>	
L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé	49
<i>Nicolas DA SILVA</i>	
Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique ..	77
<i>Noëlle BURGI</i>	
Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique	111
<i>Philippe ABECASSIS et Nathalie COUTINET</i>	
Le chômage : un problème de santé publique majeur	141
<i>Pierre MENETON, Marie PLESSZ, Émilie COURTIN, Céline RIBET, Marcel GOLDBERG et Marie ZINS</i>	
Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?	155
<i>Samia BENALLAH et Jean-Paul DOMIN</i>	
De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social	185
<i>Annie DUSSUET, Laura NIRELLO et Emmanuelle PUISSANT</i>	
Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social	213
<i>Gaël CORON</i>	
Résumés des articles - English Abstracts	237

Introduction

La santé, une clef de lecture centrale des sociétés

Philippe BATIFOULIER, Nicolas DA SILVA et Antoine MATH ¹

La santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle occupe de ce fait une place centrale dans l'étude des problèmes économiques et sociaux et constitue un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société. Les contributions rassemblées dans ce numéro spécial s'inscrivent dans cette démarche en analysant certaines de ces transformations à l'aune de leurs effets sur la santé des populations. Dans un contexte marqué par diverses formes de « privatisation » du secteur de la santé, ces contributions mettent en lumière les conséquences souvent négatives des politiques publiques, à la fois sur l'état de santé des populations mais aussi sur les conditions de travail du personnel soignant.

C'est un lieu commun de souligner la primordialité de la santé aux yeux de la population. S'il est fréquent d'évaluer les actes individuels à l'aune de leurs effets sur la santé (c'est bon pour la santé ou ça ne l'est pas), il est plus rare de s'y référer pour appréhender l'action publique et les stratégies d'entreprise. Pourtant, la santé peut être considérée comme un étalon majeur d'évaluation des politiques économiques, sociales et environnementales.

C'est à cette « remontée » à la santé qu'invite ce numéro de *La Revue de l'IREs*. Ce faisant, le prisme de la santé fournit une nouvelle boussole pour évaluer les transformations des sociétés contemporaines.

1. Philippe Batifoulier est professeur à l'Université Paris 13, directeur du Centre d'Économie de l'université Paris Nord (CEPN) ; Nicolas Da Silva est maître de conférences à l'Université Paris 13, CEPN (UMR 7234) ; Antoine Math est chercheur à l'Ires.

La centralité de la santé

Si la santé permet de redonner sens et pertinence à l'évaluation de certaines questions sociétales ou politiques publiques, c'est en raison de l'importance dont elle jouit pour la population.

Cette centralité de la santé tient à son statut particulier, élément fondamental à travers les sociétés et les cultures pour mener une vie de qualité. Les incapacités liées à la maladie influencent les trajectoires économiques et sociales des individus. L'état de santé définit ainsi, en grande partie, les opportunités et la liberté de chacun de mener sa vie (Sen, 2010). Besoin universel, la santé a l'influence la plus importante sur la qualité de vie, laquelle n'est pas réductible aux conditions de logement, de nutrition ou d'éducation. C'est pourquoi les approches qui ont cherché à développer une conception systématique et prescriptive des besoins humains par l'établissement de listes hiérarchisées de besoins ont mis au premier plan le besoin de santé physique ou la conception d'un fonctionnement physique acceptable (Doyal, Gough, 1991). Ces listes reposent sur l'identification de besoins dont la satisfaction serait garantie dans les politiques et la législation sous forme de droits (*right*) ou d'avantages (*entitlement*). La traduction de l'affirmation de la primauté du besoin de santé en politique de santé et en dispositifs institutionnels de prise en charge fait débat, en particulier en période de durcissement de la contrainte budgétaire (Batifoulier *et al.*, 2013 ; Hodgson, 2007). Cependant, il reste que la (bonne) santé n'est pas uniquement un moyen au service de fins particulières (la santé est bonne pour la croissance, avoir des travailleurs en bonne santé est bon pour l'entreprise, lutter contre les maladies évite leur propagation, etc.). La santé a une valeur intrinsèque et constitue de ce fait une fin en elle-même. Dès lors, le secteur de la santé n'est pas seulement un champ particulier ou un domaine d'analyse spécifique (avec son poids dans le PIB) mais donne à voir comment une société prend en charge le bien-vivre ensemble.

Mettre l'accent sur la santé pour juger des transformations de la société n'est pas qu'une énième critique du PIB dont on sait qu'il fait l'objet de nombreuses contestations (Gadrey, 2010 ; Gadrey, Jany-Catrice, 2012). L'augmentation du PIB n'est assurément pas toujours bonne pour la santé. D'autres critères apparaissent plus pertinents pour évaluer la soutenabilité sociale d'une politique économique, comme l'ont montré notamment les travaux de Marc et Marqué-Luisa Miringoff (1999) sur les « indices de santé sociale ». La santé n'est pas uniquement un autre étalon de mesure, une autre norme pensée et proposée par des experts. Elle est un étalon de mesure qui a du poids aux yeux des populations.

Prendre acte que la santé est un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société apporte un éclairage différent sur des thématiques

centrales comme les conditions de travail, le chômage, l'austérité qui sont abordées sous cet angle dans ce numéro de *La Revue de l'IREES*.

Un autre regard sur les problèmes économiques et sociaux

Les problèmes économiques et sociaux sont souvent des problèmes de santé. Le chômage provoque une perte de revenu et d'estime de soi qui peut avoir une incidence sur la santé conçue comme un « état de complet bien-être physique, mental et social », selon la définition canonique de l'Organisation mondiale de la santé. L'organisation du travail dans certaines entreprises est par ailleurs fréquemment associée au développement du stress et du *burn-out*.

S'il existe de nombreux dysfonctionnements du corps économique et social, il importe de connaître à quel point ils font dysfonctionner les corps tout court. L'incidence sur la santé peut être *a priori* positive ou négative. Selon qu'elles induisent des améliorations de l'état de santé ou des problèmes de santé, le jugement qui peut être porté sur les politiques économiques ou les stratégies managériales sera différent.

Ainsi le chômage peut être considéré comme positif pour l'état de santé s'il laisse du temps pour se soigner ou pour l'activité physique ou bien si la baisse de revenu conduit à une baisse de la consommation de tabac et d'alcool. Cette baisse de revenu peut à l'inverse réduire les actions de prévention et les visites chez le médecin alors que le besoin de soins augmente du fait de pathologies physiques et mentales consécutives à l'état de chômage. Le sens du lien entre chômage et état de santé est discuté (Jusot, 2012). Cependant, il apparaît clairement que la privation d'emploi réduit la durée de vie du chômeur en augmentant son risque de suicide mais aussi de décès par cancer, quelle que soit sa catégorie sociale (Meneton *et al.*, 2015). Les membres de la famille du chômeur voient aussi leur état de santé s'altérer (Marcus, 2013). Dans le même temps, la réduction de revenu ² a un effet négatif sur la couverture santé. L'obtention d'une couverture santé privée (complémentaire) et sa qualité (sa capacité à rembourser) sont fonction du revenu et non du risque. Le besoin de soins qui augmente du fait du chômage est donc moins bien couvert.

Le chômage est un problème économique et social mais c'est aussi un grand problème de santé publique qui interroge les politiques publiques mises en œuvre pour le combattre.

S'il y a un large débat sur les effets comparés des politiques d'austérité *versus* les politiques de relance sur la dynamique économique, la dette, le PIB, on peut aussi évaluer ces politiques économiques au regard de leur

2. En France, le montant moyen de l'allocation chômage est de 870 euros mensuels net selon une étude de l'Unedic de 2017 (Guérin, 2017).

impact sur l'état de santé de la population. La crise de 2008 a moins affecté les dépenses publiques dans les pays de la zone euro que les politiques publiques menées à partir de 2010, qui ont opté pour des coupes budgétaires, particulièrement en matière d'éducation et de santé (Ires, 2014).

Or, si on suit les travaux issus de disciplines différentes (épidémiologie, sociologie, économie), les politiques d'austérité ont un impact négatif sur la santé (Stuckler, Basu, 2014). La baisse des dépenses publiques détériore la santé par des effets de baisse des revenus (en particulier les revenus sociaux) et par l'existence d'une pénurie de médicaments, de prix prohibitifs pour les vaccins des enfants et de très grandes difficultés pour accéder aux soins du fait de files d'attente, comme le cas de la Grèce l'a documenté (Burgi, 2014).

L'accent mis sur l'état de santé de la population vient conforter les travaux qui montrent que les dépenses publiques peuvent être productives (et notamment produire de la santé). Reeves *et alii* (2013) ont recalculé le multiplicateur budgétaire de court terme pour les différents secteurs de l'économie. Ils ont trouvé que les dépenses les plus efficaces sont la protection sociale, la santé et l'éducation, avec des coefficients multiplicateurs estimés respectivement à 2,8, 4,3 et 8,4, très supérieurs à ceux des autres dépenses publiques³.

Dans la même perspective, on peut apporter un éclairage différent sur le développement des inégalités quand on évalue leur impact sur l'état de santé. La fameuse théorie du ruissellement prétend que l'existence de très hauts revenus est une bonne chose car ils sont injectés dans l'économie et rejaillissent sur les plus pauvres (comme les cours d'eau qui vont du sommet à la base). Cette approche est fortement contestée notamment quand elle est mobilisée pour justifier des réformes fiscales. La critique se fait encore plus robuste quand elle mobilise l'argument sanitaire. On sait en effet aujourd'hui que les inégalités ont un impact négatif sur la santé parce qu'elles nuisent à l'harmonie sociale en renforçant les concurrences sociales et la rivalité entre les individus (Wilkinson, 2010). Elles sont à l'origine de violences, de pertes de l'estime de soi, du développement de l'insécurité et du stress, dont les corps portent les stigmates. En nuisant gravement à la santé, les sociétés inégalitaires détériorent le lien social.

Un autre débat fondamental concerne les conditions de travail et les stratégies managériales accusées de faire levier aux risques psychosociaux (Dejours, 2003). La qualité du management est jugée sur ses effets sur la santé. On a déjà beaucoup dit et beaucoup écrit sur les conditions de travail

3. Le Fonds monétaire international (FMI) avait d'abord considéré en 2009 qu'une baisse des dépenses publiques de 1 % conduisait à une baisse du PIB de seulement 0,5 %, pour admettre en 2013 qu'il s'était trompé et concéder un effet multiplicateur de 1,5 après les politiques d'austérité de 2010 (une baisse des dépenses publiques de 1 % conduit à une baisse de 1,5 % du PIB).

et leur évolution. Le pouvoir managérial s'exerce moins désormais par des ordres à exécuter que par des objectifs à atteindre. Cette logique de la performance repose très souvent sur des indicateurs déconnectés de la réalité et une gouvernance par les nombres liée à la fixation de cibles quantitatives (Jany-Catrice, 2012 ; Supiot, 2015). L'autonomie acquise par les salariés se conjugue avec une injonction à se conformer à des méthodes de travail pensées par le management. Les savoirs et l'expérience des salariés sont considérés comme inutiles, ce qui gangrène la motivation au travail en laissant place à des objectifs inatteignables ou dangereux. Les pathologies qui se déclarent expriment cette souffrance au travail.

Une organisation particulière est devenue un lieu emblématique de la souffrance des salariés : l'hôpital, désormais soumis à la « raison gestionnaire » et où les contraintes de rythme associées à la pénurie de personnel détériorent la perception du travail et alimentent un sentiment de qualité empêchée. La souffrance est amplifiée quand les personnels vivent leur activité comme dépositaire d'une culture de service public et de valeurs de solidarité. Pour eux particulièrement, le nouveau management est une attaque contre ce qui fait la grandeur et la fierté de leur métier.

L'audience dont jouit la souffrance au travail au sein du domaine hospitalier est largement imputable à la centralité de la santé. Ceux qui souffrent sont ceux qui soignent et ils souffrent parce qu'ils soignent. Leur souffrance, si elle a les mêmes ressorts que dans d'autres organisations, suscite davantage d'interrogations voire d'indignation et l'étude de ce cas particulier permet de donner audience à tous les autres cas.

Les quelques exemples précédents illustrent de façon résumée la façon dont la santé permet de porter un autre regard, sans doute plus central, sur les problèmes économiques et sociaux. La plupart de ces thèmes sont repris de façon approfondie dans les articles présentés dans ce numéro, articles qui sont pour la plupart issus d'une journée d'étude organisée en novembre 2016⁴. Avant de les présenter, il est utile de situer le contexte général dans lequel s'inscrivent les transformations du système de santé depuis plusieurs décennies.

4. Ce numéro spécial de *La Revue de l'IREs* fait suite à une journée d'étude organisée dans le cadre du séminaire d'économie politique de la santé le 18 novembre 2016, intitulée « Crise économique et santé : un renouvellement de l'évaluation des politiques publiques ? ». Soutenue par le Centre d'Économie de l'université Paris Nord (CEPN, UMR 7234) et la Maison des sciences de l'homme de Paris Nord, cette manifestation a été l'occasion d'interroger collectivement la pertinence de la santé comme outil d'évaluation des sociétés. En amont de cette journée, les premiers questionnements sur cette thématique ont été produits à l'occasion de la rédaction d'un rapport financé par l'Ires via le Centre Henri-Aigueperse UNSA-Education : « L'utilité sociale de la dépense publique » (Batifoulier *et al.*, 2016). En plus de ces différents travaux dont sont issus les articles de Noëlle Burgi, Samia Benallah et Jean-Paul Domin, Nicolas Da Silva, Antoine Math, Pierre Meneton *et al.*, d'autres contributions sont venues par la suite enrichir la perspective. Il s'agit des articles de Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet, Gaël Coron, Annie Dussuet, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant. Les coordinateurs tiennent à remercier l'ensemble des participants et des institutions qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à ces recherches.

Avec l'introduction de logiques marchandes, la « privatisation » pour mot d'ordre commun

Le secteur de la santé est un domaine particulièrement complexe et multiforme ayant connu, rien qu'en France, de multiples changements ou réformes mobilisant une pluralité d'instruments pour des objectifs diversifiés. Compte tenu de cette complexité, il est particulièrement difficile de caractériser et donner du sens aux évolutions des politiques, *a fortiori* si on élargit l'analyse aux principaux pays développés. Mais s'il est courant de souligner l'ancrage national des réformes (elles sont liées à l'histoire différenciée des pays), on peut néanmoins observer la même tendance à l'introduction de mécanismes de marché dans les logiques de solidarité et à la promotion d'un comportement entrepreneurial du côté de l'offre comme de la demande de soins.

Plusieurs contributions à ce numéro utilisent pour analyser les évolutions récentes un cadre d'analyse fondé sur l'introduction de mécanismes de marché et diverses formes de « privatisation ». Les trajectoires tracées par le retrait des assurances publiques obligatoires, le développement des mécanismes incitatifs du côté du patient comme du médecin, la forte présence du New Public Management dessinent un large spectre de « privatisations ».

Dans son sens le plus commun, la notion de privatisation désigne le transfert de propriété juridique du public au privé (par exemple, les privatisations des établissements de soins en Allemagne). Dans le sens large retenu ici, la privatisation porte sur le basculement d'activités du public vers le secteur privé mais aussi sur l'introduction de logiques marchandes dans le secteur public de santé.

Nous proposons un canevas d'analyse basé sur cette diversité des privatisations à partir de deux dimensions : la cible et le processus de la privatisation. La cible peut concerner soit le financement du soin, soit sa délivrance, la privatisation conduisant notamment à augmenter les prérogatives d'institutions privées comme les assurances ou les cliniques privées.

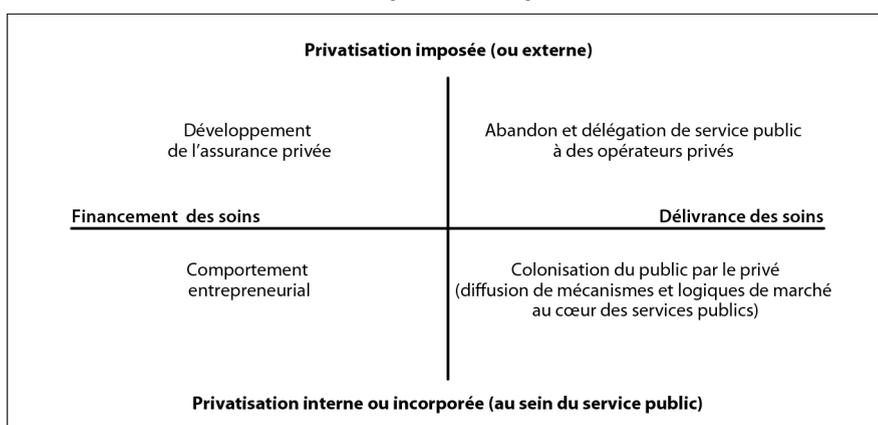
Le processus de privatisation peut d'abord consister en un transfert des administrations publiques vers des acteurs privés pour financer ou bien délivrer les soins. Il est alors imposé aux individus qui le subissent, mais il peut aussi être porté par les individus eux-mêmes. Nous désignerons ce premier type de privatisation par l'expression de « privatisation imposée » ou « privatisation externe ».

Un second processus correspond à une forme de privatisation au sein même des entités publiques, sans appel aux acteurs privés, pour la délivrance de soins, et de façon plus rare pour leur financement. Il agit comme une rationalité induite, considérée comme une norme de vie ou une façon

de penser. Nous parlerons alors de « privatisation incorporée » (ou « interne »). La privatisation se définit aussi par une certaine façon de concevoir les comportements des acteurs. Quand les médecins et les patients sont invités à penser la santé dans les termes d'un bien privé, la privatisation est aussi celle des esprits.

Cette double distinction – délivrance du soin et financement d'un côté, privatisation imposée et privatisation incorporée de l'autre – offre un cadre d'analyse. Le schéma 1 synthétise ce cadre d'analyse fondé sur cette pluralité des privatisations (Batifoulier, 2014).

Schéma 1. Une pluralité de privatisations



Les comparaisons internationales s'appuyant sur ce cadre d'analyse (André, 2015 ; André *et al.*, 2016) montrent que tous les pays en Europe ont eu recours à ces quatre types de privatisation depuis les années 1980, en particulier la privatisation du financement du soin à travers le développement de l'assurance privée (cadran nord-ouest). La forme et l'intensité que prend cette privatisation du financement dépendent intimement de l'articulation entre l'assurance publique et l'assurance privée, qui est variable selon les pays. Certains pays apparaissent comme des pionniers d'un type de privatisation : le Royaume-Uni pour le cadran sud-est (privatisation incorporée en matière de délivrance ou introduction de mécanismes ou logiques de marché au cœur des acteurs ou services publics fournissant les soins), les Pays-Bas pour le cadran sud-ouest (privatisation incorporée pour le financement des soins ou introduction de mécanismes de marché au sein des caisses publiques) et l'Allemagne et l'Italie pour le cadran nord-est (privatisation imposée de la délivrance des soins par transfert à des entités privées). Cette dernière privatisation de la délivrance des soins peut reposer sur des mécanismes différents (vente des hôpitaux publics à des

groupes privés en Allemagne ; sous-traitance des activités hospitalières au privé en Italie).

La marchandisation du système de santé et les diverses formes de « privatisation » dont elle s'accompagne sont analysées dans les articles de ce numéro sous divers angles qui peuvent être schématiquement regroupés en deux grands thèmes. Le premier porte sur les politiques d'austérité et leurs conséquences sur les dépenses de santé, sur l'organisation du secteur de santé et, *in fine*, sur l'état de santé des populations. Les contributions relatives à ce thème mobilisent fortement les comparaisons internationales, ce qui permet de mettre en évidence, derrière la spécificité des trajectoires nationales, la toile de fond commune qui se met en place dans l'ensemble des pays. Le second thème porte sur le chômage et les conditions de travail et se concentre sur la situation française.

Politique d'austérité, dépenses de santé et santé

L'article d'Antoine Math montre que les transformations intervenues depuis la grande récession (2008-2009) n'ont pas été indolores pour les systèmes de santé des pays européens. Les fortes mesures prises à compter du tournant de l'austérité de 2010 ont consisté d'une part à diminuer directement le volume et le prix des soins au moyen d'une limitation des emplois et des rémunérations dans le secteur de la santé et, d'autre part, à accélérer le rythme des réformes plus « structurelles » fondées sur les diverses logiques de privatisations à l'œuvre. La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail, ce dernier constituant environ les quatre cinquièmes des dépenses directes de soins. Le fait notable est que l'évolution des dépenses de santé (publiques et totales) a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009, la rupture étant intervenue à partir de 2010 (à l'exception de l'Allemagne). Certains pays « périphériques » ont ainsi connu une baisse des dépenses de santé sans équivalent dans l'histoire contemporaine. L'auteur souligne en conclusion les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé au regard même du seul objectif de réduction des déficits publics, avec des effets récessifs désastreux.

L'article de Nicolas Da Silva s'interroge sur l'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé des populations. Est-ce la crise économique qui détériore l'état de santé ? Ou n'est-ce pas plutôt l'austérité censée apporter une réponse à cette crise qui mine la santé des populations ? Pour répondre à cette question, l'auteur mobilise plusieurs séries de travaux qui s'inscrivent dans des champs disciplinaires différents. Une première série de travaux de nature économique tend à montrer que la dégradation de la conjoncture économique s'accompagne d'un meilleur état

de santé, au moins à court terme. Pourtant, lorsque l'intensité de la dégradation est particulièrement élevée, comme c'est le cas avec la grande récession, son effet positif sur la santé n'est plus aussi certain. Une seconde littérature plus récente s'appuie sur des travaux d'épidémiologie et démontre, au contraire, qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue.

L'exemple de la Grèce vient illustrer la conclusion de l'article précédent. Comme le montre Noëlle Burgi dans son article, les mesures d'austérité imposées depuis 2010 à la Grèce par ses créanciers ont abouti au démantèlement de tous les secteurs du système de santé. L'article présente une analyse critique des principales mesures de compression budgétaire mises en place dans ces secteurs et introduit un débat sur des initiatives communautaires censées renforcer certains déterminants sociaux de la santé (indemnités de chômage, assurance maladie, revenu minimum garanti). Il apparaît que les politiques mémorandaires ont manqué le but d'efficacité affichée, un constat qui illustre, dans le cas de la Grèce, la conclusion plus générale de l'article d'Antoine Math. En s'appuyant sur de nombreux travaux scientifiques, des entretiens en Grèce auprès de militants et dans des établissements de soin, ainsi que sur une enquête en cours dans des quartiers ouvriers du Pirée, l'article conclut à l'épuisement – peut-être passerager – des forces luttant pour la survie des droits sociaux démocratiques.

Les politiques d'austérité se sont aussi traduites par une « rationalisation » drastique des dépenses de médicaments. À travers une étude comparative des politiques menées dans ce domaine en France et au Royaume-Uni, Philippe Abecassis et Nathalie Coutinet analysent la façon dont les firmes pharmaceutiques se sont adaptées à cette politique. Malgré des différences, cette rationalisation présente dans les deux pays des traits communs (privatisation accrue, durcissement des mécanismes de contrôle des prix des médicaments les plus coûteux, incitations à la consommation des médicaments les moins chers, comme les génériques). Les auteurs montrent que les firmes pharmaceutiques n'ont cependant guère souffert de ces mesures. Après avoir accepté provisoirement de développer la production de médicaments génériques, elles ont déployé, à partir de 2012, un nouveau modèle de production de médicaments innovants à prix très élevés, fondé sur les biotechnologies et la médecine personnalisée. Cette stratégie, menée avec la bienveillance des autorités publiques, a permis aux firmes de réduire leurs risques financiers et de réaliser d'importants profits.

Chômage et conditions de travail

Dans son article, Pierre Meneton et ses collègues se livrent à une vaste revue de la littérature – principalement épidémiologique – sur la question

de l'impact du chômage sur la santé. La principale conclusion que suggèrent ces travaux est que les conséquences du chômage sur la santé vont bien au-delà de l'augmentation de la fréquence des suicides. L'incidence des pathologies chroniques, maladies cardiovasculaires et cancers en premier lieu, semble en effet fortement augmentée chez les chômeurs par rapport aux travailleurs. Les auteurs estiment que le nombre de décès annuels imputables au chômage se chiffre très probablement à plusieurs milliers, voire dépasse la dizaine de milliers. Les mécanismes par lesquels le chômage est susceptible de dégrader l'état de santé sur le long terme restent à éclaircir : exposition accrue à des facteurs de risque comportementaux, accès réduit au système de soins, effets organiques plus directs sont autant de pistes possibles. En conclusion, les auteurs soulignent que le chômage constitue aujourd'hui un problème de santé publique majeur auquel il serait souhaitable que le corps médical et la puissance publique soient sensibilisés.

Dans la mesure où les dépenses de personnel représentent l'essentiel des dépenses de soins (Math, dans ce numéro), la compression des dépenses de santé, mais également l'introduction de logiques marchandes, ont des conséquences directes sur les conditions de rémunération et de travail des personnels de ce secteur. Cette question est analysée dans l'article de Samia Benallah et Jean-Paul Domin qui s'intéresse au processus de réforme de l'hôpital et à ses enjeux en termes de travail et de santé des personnels. Après avoir rappelé la logique dans laquelle s'inscrivent ces transformations comme la tarification à l'activité et la normalisation croissante des pratiques de santé, les auteurs montrent que ces réformes se sont mises en place dans un environnement de travail déjà très contraint. Sur la base des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, les auteurs analysent ensuite les effets de ces réformes sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées. Cet article contribue ainsi à objectiver la réalité de la souffrance des soignants à l'hôpital et son évolution.

Le secteur médico-social a également été directement concerné par les politiques de « rationalisation » mises en œuvre depuis les années 1980. Ce mouvement a connu une nette accélération depuis les années 2000, comme le montre l'article d'Annie Dussuet, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant. Que ce soit dans le champ de l'hébergement ou dans celui de l'aide à domicile, les politiques publiques gérontologiques se caractérisent par la mise en place d'un nouveau référentiel industriel. Ce référentiel industriel, désormais affiché au niveau politique, se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118). Si cette rationalisation est perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques, elle se traduit par de

nouvelles pratiques managériales et une dégradation des conditions de travail des salariées que l'article s'attache à analyser.

L'article de Gaël Coron analyse quant à lui les évolutions du secteur médico-social au regard des transformations contemporaines de l'action publique qui ont justement pour effet de réduire les particularités des secteurs de politique publique avec la diffusion de nouvelles normes financières et managériales. Cette approche permet de donner un autre point de vue sur l'évolution des conditions de travail que connaît le secteur depuis quelques années. Après avoir rappelé la difficulté d'identifier le médico-social comme objet spécifique, trois *scenarii* sont évoqués pour son avenir : une forte réduction de son autonomie, un rapprochement fort avec le secteur sanitaire et la réaffirmation de son autonomie à travers la construction en cours d'un discours endogène. Chacun de ces *scenarii* s'appuie sur une analyse des évolutions récentes des politiques médico-sociales.

Au total, l'ensemble des contributions à ce numéro spécial de *La Revue de l'IREES* illustrent l'intérêt de prendre au sérieux la santé comme critère d'évaluation des sociétés. Tant dans le privé que dans le public, l'organisation tout entière de l'économie contemporaine marque au fer les corps et les esprits. Les politiques publiques (austérité, relance, protection sociale, droit du travail, etc.), les méthodes de management, le chômage de masse, etc. ne sont pas que des questions techniques mettant en jeu un principe abstrait d'efficacité. Elles ont une incidence sur notre état de santé et peuvent coûter des vies. Elles relèvent du choix de société.

Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N. (2017), « Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 111-140.
- André C. (2015), « Les systèmes de santé européens en longue période », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <http://regulation.revues.org/11177>.
- André C., Batifoulier P., Jansen-Ferreira M. (2016), « Health Care Privatization Processes in Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification », *International Social Security Review*, vol. 69, n° 1, p. 3-23, <https://doi.org/10.1111/issr.12092>.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulier P., Abecassis D., Da Silva N., Duchesne V., Moulin L. (2016), *L'utilité sociale de la dépense publique*, rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité sociale et utilité » dans le cadre de l'Agence d'objectifs Ires, Centre Henri Aigueperse UNSA-Éducation, octobre, <https://goo.gl/ZEOia9>.
- Batifoulier P., Braddock L., Latsis J. (2013), « Priority Setting in Health Care: From Arbitrariness to Societal Values », *Journal of Institutional Economics*, vol. 9, n° 1, p. 61-80, <https://doi.org/10.1017/S174413741200015X>.
- Benallah S., Domin J.-P. (2017), « Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 115-183.
- Burgi N. (dir.) (2014), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau.
- Burgi N. (2017), « Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 77-110.
- Coron G. (2017), « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publiques : l'exemple du secteur médico-social », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 213-235.
- Da Silva N. (2017), « L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 49-75.
- Dejours C. (2003), *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel : critique des fondements de l'évaluation*, Versailles, Quæ.
- Doyal L., Gough I. (1991), *A Theory of Human Need*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Dussuet A., Nirello L., Puissant E. (2017), « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 185-211.
- Gadrey J. (2010), *Adieu à la croissance : bien vivre dans un monde solidaire*, Paris, Les Petits matins.
- Gadrey J., Jany-Catrice F. (2012), *Les nouveaux indicateurs de richesse*, 3^e éd., Paris, La Découverte.
- Guérin S. (2017), *Qui sont les allocataires indemnisés par l'assurance chômage en 2016 ?*, Études allocataires, Unedic, <https://goo.gl/fwnDos>.

- Hodgson G.M. (2007), « An Institutional and Evolutionary Perspective on Health Economics », *Cambridge Journal of Economics*, vol. 32, n° 2, p. 235-256, <https://doi.org/10.1093/cje/bem033>.
- Ires (2014), « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », n° spécial, *Chronique internationale de l'IREs*, n° 148, décembre, <http://www.ires-fr.org/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/90-148>.
- Jany-Catrice F. (2012), *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?*, Villeneuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Jusot F. (2012), « Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 36, n° 3, p. 73-80, <https://doi.org/10.3917/seve.036.0073>.
- Marcus J. (2013), « The Effect of Unemployment on the Mental Health of Spouses – Evidence from Plant Closures in Germany », *Journal of Health Economics*, vol. 32, n° 3, p. 546-558, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.02.004>.
- Math A. (2017), « Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe », *La Revue de l'IREs*, n° 91-92, p. 17-47.
- Meneton P., Kesse-Guyot E., Méjean C., Fezeu L., Galan P., Hercberg S., Ménard J. (2015), « Unemployment Is Associated with High Cardiovascular Event Rate and Increased All-cause Mortality in Middle-aged Socially Privileged Individuals », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 6, p. 707-716, <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0997-7>.
- Meneton P., Plessz M., Courtin E., Ribet C., Goldberg M., Zins M. (2017), « Le chômage : un problème de santé publique majeur », *La Revue de l'IREs*, n° 91-92, p. 141-154.
- Miringoff M., Miringoff M.L. (1999), *The Social Health of the Nation. How America Is Really Doing?*, Oxford, Oxford University Press.
- Reeves A., Basu S., McKee M., Meissner C., Stuckler D. (2013), « Does Investment in the Health Sector Promote or Inhibit Economic Growth? » *Globalization and Health*, vol. 9, n° 1, p. 9-43, <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-43>.
- Sen A. (2010), *L'idée de justice*, Paris, Flammarion.
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills: Recessions, Budget Battles, and the Politics of Life and Death*, New York, Basic Books.
- Supiot A. (2015), *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris, Fayard.
- Wilkinson R.G. (2010), *L'égalité c'est la santé*, Paris, Demopolis.

Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe

*Antoine MATH*¹

Cet article analyse l'évolution des politiques et des dépenses de santé depuis la grande récession (2008-2009) dans les pays européens. Dans un premier temps, l'article analyse les modalités des réformes et des mesures prises dans le secteur de la santé, en particulier depuis le tournant de l'austérité débuté en 2010, qu'il s'agisse de mesures visant à diminuer directement le volume et le prix des soins au moyen d'une limitation des emplois et des rémunérations dans le secteur de la santé ou à travers des réformes plus « structurelles ». La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail. Dans un second temps, l'article documente et analyse l'évolution des dépenses de santé. Si la croissance des dépenses (totales et publiques) de santé a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009, une rupture est intervenue dans tous les pays après 2009 (l'Allemagne faisant exception). Certains pays « périphériques » ont connu une baisse des dépenses de santé sans équivalent dans l'histoire contemporaine. L'article conclut sur les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé, non pas tant au regard de leurs effets sur le soin ou la situation sanitaire, mais au regard même de leur objectif de réduction des déficits publics. Les travaux montrent que les restrictions opérées dans les dépenses publiques de santé, mais aussi celles en matière d'éducation et de protection sociale, ont des effets récessifs désastreux et s'avèrent inefficaces, ou moins efficaces que des réductions d'autres dépenses publiques.

L'ampleur et le calendrier des ajustements budgétaires menés à partir du début des années 2010 ont été variables selon les pays européens. Les restrictions budgétaires ont surtout concerné les pays ayant eu besoin

1. Chercheur à l'Ires. Cet article actualise et prolonge un travail antérieur paru dans la *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre 2014 (Math, 2014).

de l'assistance financière des organisations internationales : les pays de la zone euro soumis aux exigences de la troïka (Commission européenne, Banque centrale européenne, Fonds monétaire international) comme la Grèce, le Portugal ou l'Irlande, ou encore d'autres pays de l'Union européenne (UE) ayant eu à se soumettre aux mémorandums du Fonds monétaire international (FMI) comme la Roumanie, les pays baltes ou la Hongrie (et pour ce pays dès 2006-2007). La plupart des autres pays ont également opéré un revirement sur le plan budgétaire à partir de 2010, basculant selon un calendrier assez variable de plans anticrise mis en œuvre en 2008-2009 (avec des mesures de relance et en permettant aux stabilisateurs économiques de jouer à plein) vers des politiques de « consolidation » récessives. Ce revirement budgétaire a été particulièrement fort et rapide en 2010 en Espagne, en Italie et au Royaume-Uni. Il a été plus tardif et plus progressif dans d'autres pays comme la France.

Ce tournant a eu un impact sur les dépenses et services publics de santé. La santé est en effet un des postes budgétaires les plus importants. Les dépenses courantes de santé s'élèvent à environ 10 % du PIB dans l'UE et la part publique à environ 8 % du PIB (respectivement 11 et 8,6 % en France selon l'OCDE en 2015). Déjà dans le passé, les périodes de consolidation budgétaire n'avaient pas épargné la santé. Une étude portant sur 19 épisodes de réduction des dépenses publiques concernant 17 pays développés entre 1990 et 2007 montre que les dépenses de santé ont été affectées dans 18 cas (Lorach *et al.*, 2014).

Les évolutions des dépenses et services publics de santé ne résultent cependant pas uniquement de décisions visant expressément à diminuer les déficits publics à court terme mais proviennent également de réformes plus structurelles portant sur le financement ou la délivrance du soin, évolutions de plus long cours souvent entamées avant la grande récession de 2008-2009.

Présenter 2010 comme année du tournant doit être nuancé s'agissant de certains pays qui n'avaient pas attendu cette date pour opérer des restrictions en matière de santé. Dans ceux où la santé avait déjà été mise à contribution avant la crise, la période commençant en 2010 n'a pas toujours été vécue comme une rupture, surtout si le tournant budgétaire a été progressif et étalé dans le temps. Elle a alors davantage été perçue comme un prolongement ou un approfondissement des restrictions antérieures, au point d'autoriser des discours déniaient l'existence de politiques d'austérité intervenues dans le domaine de la santé. Ce cas de figure correspond bien à la France : entre 2000 et 2007, les dépenses publiques de santé par habitant y ont été comprimées à un taux de croissance annuel de 1,7 % en moyenne (en termes réels), en rupture très forte avec la période précédente puisque ces dépenses avaient crû au rythme annuel de 3,8 % en moyenne

entre 1990 et 2000. Sur la période 2000-2007, la France se situait parmi les pays européens ayant le plus maîtrisé leurs dépenses de santé, loin derrière la moyenne des pays de l'OCDE (4,4 %). Durant cette période, seuls l'Allemagne et le Portugal ont davantage serré la vis dans le domaine de la santé (tableau 1). Ces trois pays se distinguent d'ailleurs des autres pour avoir été les seuls à avoir connu un freinage de la croissance de leurs dépenses publiques de santé durant la période 2000-2007 en comparaison de la décennie précédente, quand les autres pays connaissaient au contraire plutôt une accélération du rythme de croissance de ces dépenses (graphique 1).

Tableau 1. Des évolutions des dépenses de santé très contrastées avant la crise (2000-2007) *

En %

	Dépenses publiques de santé	Dépenses totales de santé
Allemagne	1,0	1,6
Portugal	1,6	2,0
France	1,7	1,8
Autriche	2,1	2,1
Slovénie	2,5	3,0
Italie	2,8	1,9
Suède	3,2	3,8
Islande	3,2	2,9
Danemark	3,4	3,3
Norvège	3,5	3,1
Belgique	3,5	3,4
Espagne	4,2	3,9
OCDE	4,4	4,3
République tchèque	4,4	5,3
États-Unis	4,7	4,1
Hongrie	4,7	4,9
Royaume-Uni	5,5	5,1
Finlande	5,7	4,8
Pologne	6,0	5,7
Grèce	7,1	7,1
Irlande	7,8	7,5
Pays-Bas	9,6 **	5,7

* Taux de croissance annuel moyen des dépenses courantes de santé par habitant et des dépenses publiques de santé par habitant, en termes réels.

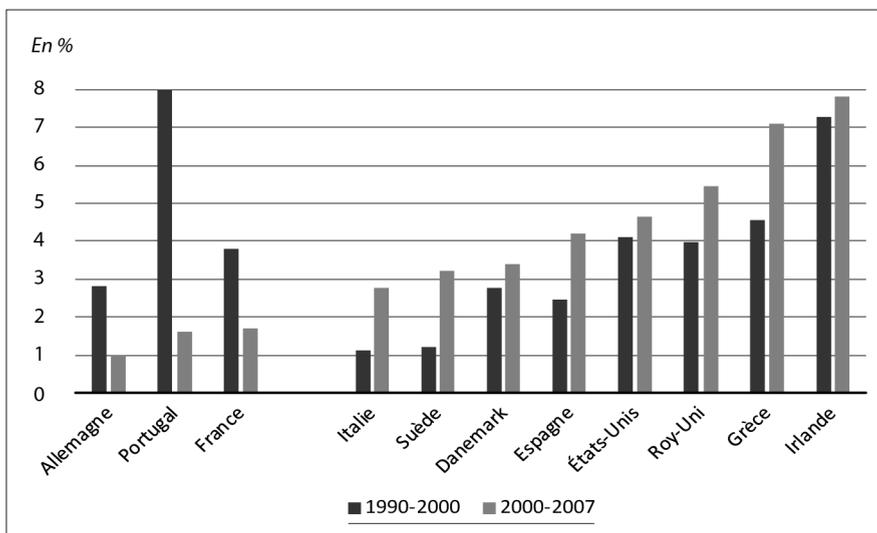
** Probables problèmes d'imputation pour les années 2005 à 2007 de ce qui relève des dépenses publiques aux Pays-Bas dans les comptes publiés par l'OCDE.

Dépenses publiques : régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé.

Pays classés par ordre croissant du taux de croissance des dépenses publiques par tête.

Source : OCDE.

Graphique 1. Avant la crise (1990-2000 et 2000-2007), une accélération du rythme de croissance des dépenses publiques de santé * ... sauf en Allemagne, au Portugal et en France



* Taux de croissance annuel moyen des dépenses publiques de santé par habitant, en termes réels.

Pays classés par ordre croissant sur la période 2000-2007.

Dépenses publiques : régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé.

Source : OCDE - rupture de série entre 1990-2000 (données base 2005) et 2000-2007 (données base 2010).

Cet article se propose d'examiner l'évolution des politiques et dépenses de santé depuis la « crise des *subprimes* », et en particulier depuis le tournant de l'austérité débuté en 2010. Dans un premier temps, l'article brosse un panorama des mesures prises, qu'il s'agisse de mesures visant à diminuer directement le volume et le prix des soins en limitant les emplois et les rémunérations dans le secteur de la santé ou qu'il s'agisse de réformes plus « structurelles » (I). La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail. Dans un second temps, l'évolution des dépenses de santé est examinée (II), en particulier celles financées par les administrations publiques. La croissance des dépenses (totales et publiques) a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009. La rupture est intervenue dans tous les pays après 2009 (l'Allemagne faisant exception). Pour certains pays « périphériques », la forte baisse des dépenses de santé est sans équivalent dans l'histoire contemporaine en dehors peut-être de lointaines périodes de guerre ou bien, s'agissant des pays de l'ex-bloc de l'Est, de la période de transition et des thérapies de choc du début des années 1990. La conclusion revient sur les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé, non pas tant au regard des objectifs de santé et de leurs effets sur le soin ou la

situation sanitaire, mais au regard même de leur objectif de réduction des déficits publics. Sur ce plan, les travaux rapportés montrent que les coupes opérées dans les dépenses publiques de santé, mais aussi celles en matière d'éducation et de protection sociale, ont des effets récessifs désastreux et s'avèrent inefficaces, ou moins efficaces que des réductions d'autres dépenses publiques ².

I. Politiques d'austérité et réformes « structurelles » dans le domaine du soin et de la santé : quelles modalités depuis 2010 ? ³

Avant d'examiner l'évolution des dépenses de santé, il s'agit de donner un aperçu des mesures politiques prises dans le domaine du soin et de la santé dans les pays européens depuis 2010. Il est difficile de caractériser, résumer, donner du sens aux multiples changements ou réformes intervenus, *a fortiori* dans un domaine – « la santé » – particulièrement complexe et multiforme. Ce secteur n'a cessé d'être réformé depuis une trentaine d'années mais selon des modalités pouvant relever d'une multiplicité d'objectifs et d'instruments possibles. Pour tenter de comprendre les réformes récentes dans ce domaine, a été utilisé un cadre d'analyse et de classement des réformes dans le champ des politiques de santé construit à partir de travaux empiriques sur les évolutions intervenues depuis les années 1980 et jusqu'à la crise (André *et al.*, 2014, 2016). Ce cadre d'analyse s'appuie sur la tendance lourde au foisonnement de réformes « structurelles » fondées sur l'introduction de logiques et mécanismes de marché avec, derrière une pluralité de formes, un mode d'ordre commun, celui de « privatisation ».

« Si cette pluralité des privatisations est un trait dominant des réformes [depuis les années 1980], elle ne peut totalement (...) résumer [l'ensemble des réformes et des logiques à l'œuvre] » (André *et al.*, 2015). De fait, ce cadre d'analyse fondé sur la notion de privatisation s'avère utile mais insuffisant pour appréhender la séquence singulière entamée à partir de 2010, en particulier certaines actions, assez inédites avant 2010, ayant consisté à trouver des économies rapides, notamment dans les pays soumis à des purges budgétaires. Ces mesures d'« ajustement quantitatif » (Vaughan-Whitehead,

2. Cet article ne porte pas sur le rôle croissant joué par les acteurs, en particulier l'UE (et les divers acteurs internationaux, Commission européenne, FMI, Banque mondiale, Eurogroupe, troïka, mécanisme européen de stabilité, etc.) depuis le début des années 2010 sur les systèmes et dépenses de santé, à travers des Memorandum of Understanding conclus avec les pays ayant reçu une assistance financière (Grèce, Irlande, Portugal, Lettonie, Hongrie, Roumanie) ou pour les autres, les recommandations adressées dans le cadre du semestre européen. Sur ce point, voir par exemple Greer *et al.* (2016), Stamatii, Baeten (2014, 2015).

3. Ce paragraphe propose une relecture des informations sur les nombreuses mesures décidées depuis quelques années, informations non exhaustives déjà glanées en 2014 pour le numéro spécial de la *Chronique internationale de l'IREs* (Ires, 2014) et complétées par diverses publications de type « *survey* » sur le sujet dont van Gool, Pearson (2014) et Eurofound (2013, 2014, 2017).

2013) y ont constitué le moyen le plus important de limitation voire de réduction des dépenses publiques de santé, au moins durant les premières années. Ces mesures consistent pour l'essentiel à limiter voire à réduire les emplois et les revenus des travailleurs dans le secteur public de santé, et plus secondairement à agir sur les dépenses publiques de médicament (encadré). Nous examinons ces mesures (I.1) avant de nous pencher sur les réformes dites structurelles (I.2), pouvant être regroupées sous la notion de « privatisation », et qui ont, bien que souvent entamées depuis longtemps, connu une accélération sans précédent. Cette présentation des modalités des changements intervenus n'a pas la prétention d'être complète, elle se veut surtout illustrative des modes d'action utilisés dans le secteur de la santé ayant pour objet ou pour effet de peser sur les dépenses.

I.1. Ajustements quantitatifs immédiats sur les rémunérations et emplois de la santé

Les dépenses de santé correspondant directement, pour environ les quatre cinquièmes, à la rémunération des travailleurs qui produisent les services de soins, les mesures visant à limiter de façon conséquente ces dépenses ont cherché logiquement à porter sur ces rémunérations. Les mesures prises passent par une réduction des emplois et/ou des revenus du travail de ce secteur. Cette action de diminution des emplois et des revenus du travail est *a priori* plus facile et plus rapide à instaurer sur les salariés opérant dans le secteur public, et ce moyen peut d'autant plus être mobilisé dans les pays à système national de santé et/ou dans lesquels le secteur public hospitalier est étendu. Inversement, dans les systèmes d'assurance maladie opérant par remboursement, dans lesquels une grande majorité des professionnels de santé relèvent de structures privées ou exercent en libéral, l'action sur le volume ou le prix des soins est moins aisée et plus lente à mettre en œuvre.

De nombreux pays européens ont agi sur le coût public de l'offre de soins par compression des capacités hospitalières, des emplois et des salaires (Vaughan-Whitehead, 2013). Du point de vue chronologique, les ajustements ont souvent d'abord porté sur les salaires et seulement ensuite sur les emplois, les premiers s'avérant plus faciles à diminuer rapidement.

Baisse des salaires réels

Dans de nombreux pays, avec des exceptions comme l'Allemagne et la Suède, la pression sur les salaires a été fortement utilisée à partir de 2010. Les salaires réels des personnes employées dans les hôpitaux publics, ou dans le système national de santé quand il en existe un, ont diminué. L'action des pouvoirs publics sur les revenus des travailleurs du secteur de la santé a été plus évidente dans les pays ayant un système national de santé

avec des professionnels essentiellement salariés, comme les pays nordiques, le Royaume-Uni, l'Irlande, les pays du Sud de l'Europe. Il l'est moins dans les pays où l'exercice indépendant ou libéral est étendu. Cette baisse des salaires réels a pu résulter de sous-revalorisations ou de gels, souvent prolongés (France, Royaume-Uni, Danemark, Pays-Bas). Ces gels s'appliquent en général à tous les emplois du secteur public, pas seulement à ceux de la santé. Mais certains pays « périphériques » sont allés bien au-delà de simples gels et, dans des stratégies plus marquées de déflation salariale, ont coupé drastiquement dans les salaires nominaux, et parfois spécifiquement dans ceux des professionnels de santé (Grèce, Irlande, Portugal, Espagne, Hongrie, Roumanie, pays baltes). Par exemple, la rémunération des heures supplémentaires ou du travail de nuit et durant les jours fériés (répandu par nature dans le secteur de la santé) a ainsi été diminuée de plus de moitié en Grèce.

Diminution des emplois

De nombreux pays ont également cherché à réduire l'offre en limitant directement son importance et en réduisant les emplois. Les réductions des capacités d'accueil de l'hôpital public (nombre de lits), à l'œuvre depuis longtemps dans la plupart des pays de l'OCDE, se sont accélérées, par la baisse du nombre d'admissions (en particulier pour les soins de longue durée aux personnes ayant des problèmes mentaux), la diminution de la durée des séjours (Portugal, Roumanie, Suède...), ou de façon plus radicale encore, sous la forme de fermetures d'hôpitaux publics, de fusions ou regroupements, et parfois leur remplacement pour partie par des structures privées (voir *infra*). De nombreuses fermetures d'hôpitaux, maternités, centres de soins ou dispensaires, en particulier dans les zones rurales, ont eu lieu dans les pays les plus touchés (Portugal, Grèce, Hongrie, Roumanie).

Dans les pays où l'hôpital public est de la responsabilité des régions ou d'autres niveaux infranationaux pour l'organisation et/ou le financement (Italie, Danemark, Espagne, Royaume-Uni, Allemagne, Suède...), la volonté de l'État de limiter les dépenses s'est heurtée à la difficulté de priver les régions de possibilités d'augmenter leurs ressources propres ou de s'endetter, ce qui a permis dans certains pays comme le Royaume-Uni ou l'Espagne une certaine résistance aux mesures de restrictions. Un autre moyen radical, mis en œuvre en Grèce, est d'attribuer aux hôpitaux des budgets insuffisants et fermés, conduisant à refuser les soins aux personnes qui ne sont pas en mesure de les payer.

La baisse du nombre des emplois publics passe aussi par le non-remplacement d'un certain quota de départs à la retraite, ce qui existait dans de nombreux pays avant la crise mais qui a été généralisé. Pour diminuer rapidement le nombre d'emplois, des pays comme la Grèce, le Portugal et

L'Irlande ont agi en ne renouvelant ni les emplois en contrats temporaires, ni les départs. Au niveau global, une forte baisse de l'emploi dans le secteur public de santé, et même de l'ensemble des emplois dans le domaine de la santé est effectivement constatée dans les pays soumis à une forte austérité à partir de 2009-2010 (Grèce, Irlande, Islande, Italie, Portugal, Espagne, Roumanie). Dans de nombreux autres pays, la croissance continue de l'emploi depuis le début des années 2000 s'est interrompue ou très fortement ralentie au tournant des années 2010 (France, République tchèque, Danemark, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni).

Dégradation des statuts et conditions de travail

Les réductions des emplois et des salaires ont aussi des effets sur les conditions de travail, avec une intensification du travail et une augmentation du temps de travail (Vaughan-Whitehead, 2013). La suppression des postes s'est accompagnée d'une dégradation des statuts, facilitée par exemple au Portugal par un contexte de quasi-suppression de la fonction publique ou aux Pays-Bas par de plus grandes possibilités de licenciements des fonctionnaires (Ires, 2014). La remise en cause des règles collectives de gestion des personnels peut aussi être un moyen de faire des économies, comme au Royaume-Uni, avec le passage de règles homogènes au niveau national depuis des décennies à une dérégulation des statuts et mode de fixation des rémunérations. Le recours à des personnels temporaires ou précaires s'est fortement accru dans les pays « périphériques ». Les salariés du secteur public au Portugal et en Espagne se sont vus imposer un fort accroissement de la durée du travail (de 35 à 40 heures au Portugal) sans aucune forme de compensation salariale. L'introduction de logiques marchandes au cœur des services publics de santé a également participé à la dégradation des conditions de travail (voir *infra*).

La baisse et la dégradation des emplois dans le secteur public de santé affectent davantage les femmes dans tous les pays car elles y sont largement majoritaires (77 % dans la fonction publique hospitalière en France). Elles sont aussi affectées dans la mesure où disparaissent, sont moins bien payés ou sont dégradés des emplois qui, en comparaison des emplois qu'elles peuvent trouver dans le secteur privé, leur procurent une meilleure reconnaissance des qualifications, de moindres discriminations salariales, et, en général, de plus grandes facilités pour concilier charges familiales et professionnelles (Rubery, 2013 ; Eydoux *et al.*, 2014).

La dégradation des emplois et des salaires dans le service public de santé est intervenu dans un contexte idéologique dans lequel la dépense publique est présentée comme un coût, une perte, un gâchis de ressources, et dans lequel les agents publics sont stigmatisés et présentés comme insuffisamment « efficaces ». Une certaine rhétorique managériale autour de

Encadré

Actions d'envergure sur le médicament

Pour agir directement sur les dépenses publiques de santé, des « ajustements quantitatifs » ont aussi porté sur le médicament qui représente en moyenne 20 % des dépenses courantes de santé dans l'OCDE. Les actions peuvent s'inscrire dans le cadre d'évolutions structurelles entamées auparavant, mais, pour les pays les plus touchés, elles s'en sont distinguées par leur caractère brutal et immédiat.

Le médicament a en effet été le terrain de prédilection de l'augmentation de la part acquittée par l'usager pour obtenir de rapides économies budgétaires ; d'autres actions, sur les prescripteurs ou sur les prix, ont pu s'y ajouter. Ces actions de déremboursement du médicament ont pu aller jusqu'à l'exclusion de toute prise en charge dans les pays du « Sud ». Elles ont pu être aggravées dans certains pays par des hausses de la TVA sur les médicaments (Grèce, Portugal, Pologne, Royaume-Uni).

L'autre mesure encore plus générale, et appliquée sans modération en Europe, a consisté à comprimer le prix des médicaments, ou au moins des médicaments faisant l'objet d'une prise en charge publique : réduction imposée des prix y compris des génériques, achats groupés par les administrations (caisses ou hôpitaux), contrôles plus sévères sur les autorisations de vente et sur la fixation des prix des nouveaux produits, promotion voire imposition des génériques ¹.

Ces méthodes pour réduire les dépenses publiques de médicament ne sont pas nouvelles et étaient déjà mises en œuvre dans de nombreux pays, mais l'accélération est telle que les dépenses totales de médicaments ont diminué dans l'UE pour la première fois à partir de 2009 (OCDE, 2016). Ce sont, avec les dépenses de prévention, les dépenses de santé qui ont subi les baisses les plus fortes depuis lors dans les pays de l'OCDE. Alors que les dépenses de médicaments par habitant croissaient au rythme de 1,4 % entre 2005 et 2009, elles ont diminué de 1,1 % par an entre 2009 et 2014 dans l'UE (OCDE, 2016). Les dépenses publiques concernant le médicament ont chuté encore plus fortement.

Selon l'OCDE, les dépenses ont chuté presque partout mais surtout en Grèce, au Portugal, au Danemark, aux Pays-Bas, en République tchèque, en Irlande, en Italie, en Hongrie et en Belgique. Elles ont augmenté entre 2009 et 2014 seulement en Autriche et en Allemagne, mais à un rythme ralenti. La rupture est si forte en Europe que l'industrie pharmaceutique, face à la baisse historique de son marché, se plaint des risques de désindustrialisation, et cherche, pour maintenir sa rentabilité, d'autres modèles de production fondés sur la commercialisation à des prix élevés de nouvelles molécules permettant des traitements personnalisés (Abecassis, Coutinet, dans ce numéro).

1. Par exemple par l'introduction de tarifs de remboursement forfaitaires par classes de médicaments, système dit aussi de « référencement thérapeutique » (Abecassis, Coutinet, 2017), très développé en Allemagne et qu'a repris la France avec les « tarifs forfaitaires de responsabilité » introduits en 2003 et qui permettent aujourd'hui aux pharmaciens, intéressés financièrement à ce mécanisme, de substituer près de 3 000 médicaments vers un générique, le refus d'un patient conduisant au paiement par ce dernier de la différence de prix.

l'« efficacité » promet toujours de faire plus (ou mieux) avec moins, en prenant appui sur (ou prétexte de) l'existence – qu'il ne s'agit pas de nier – de gâchis ou de dépenses « inefficaces ». L'OCDE est particulièrement en pointe pour promouvoir une telle orientation dans le secteur de santé (OECD, 2009, 2010a, 2010b)⁴. D'un côté, on souligne le caractère difficilement soutenable de la croissance des dépenses publiques de santé (OECD, 2015), de l'autre la nécessité de s'en remettre à de nécessaires « réformes structurelles » ou autres « stratégies pour limiter les dépenses inefficaces », selon le raisonnement suivant : « [comme] une part considérable des dépenses de santé contribue peu ou pas à améliorer la santé des gens (...), les pays pourraient potentiellement dépenser beaucoup moins en soins de santé sans impact sur la performance du système de santé » (OECD, 2017). Ces publications mettant l'accent sur des « inefficiences », réelles ou supposées, cherchent ainsi à prouver, comme s'il s'agissait d'une évidence souvent démontrée empiriquement, qu'on peut toujours dépenser moins sans altérer les services rendus et qu'en matière de santé, il est possible de tailler dans les budgets sans entamer les soins et la situation sanitaire⁵.

1.2. Une accélération des réformes dites structurelles

À côté des mesures de limitation immédiate des salaires et des emplois du secteur de la santé, la période récente a aussi été l'occasion d'accélérer les « réformes structurelles », en particulier à travers le basculement d'activités du secteur public vers le privé ou encore l'introduction de logiques marchandes dans le secteur public de santé.

Nous repartons d'un canevas utilisé pour analyser, classer et comparer les réformes dans le domaine de la santé dans les pays européens entre 1980 et 2007 (André, 2015 ; André *et al.*, 2014, 2016 ; Cashin *et al.*, 2014). Ce canevas repose sur la notion de « privatisation ». Une première distinction s'opère entre privatisation du financement des soins et privatisation de la délivrance des soins. La France permet d'illustrer cette distinction : parmi les dépenses de santé, un quart sont privées et environ les trois quarts sont publiques (le fait d'administrations publiques, principalement la Sécurité sociale), tandis qu'environ un tiers seulement des soins sont procurés par des administrations publiques, pour l'essentiel à travers le service public hospitalier, le reste étant le fait d'agents privés (cliniques privées et professionnels libéraux). Une seconde distinction consiste à séparer processus de privatisation externe et interne. Les premiers, les plus évidents, consistent en un transfert des administrations publiques vers des acteurs privés pour

4. Mais ce n'est pas le propre de l'OCDE. On retrouve par exemple la promotion d'une telle approche du côté de la Commission européenne (Vandierendonck, 2014 ; European Commission, 2014) ou de France Stratégie (Mareuge, Merckling, 2014 ; Lorach *et al.*, 2014).

5. Les travaux montrent même plutôt le contraire. Voir le rapport réalisé pour l'UNSA Éducation dans le cadre de l'agence d'objectifs de l'Ires (Batifoulie, 2016).

financer ou bien délivrer les soins. Les seconds, les processus de privatisation « interne » ou incorporée, correspondent à une forme de privatisation au sein même des entités publiques, sans appel aux acteurs privés, pour la délivrance de soins, et de façon plus rare pour leur financement.

Cette double distinction permet de dégager plusieurs processus de « privatisations » possibles : privatisations externe et interne du financement du soin, privatisations externe et interne de la délivrance des soins. Ces processus, entamés parfois depuis longtemps, ont connu une accélération depuis quelques années.

**L'introduction de mécanismes ou logiques de marché
au cœur des services publics délivrant les soins :
la « privatisation interne de la délivrance des soins »**

Ces mécanismes trouvent leur inspiration théorique du côté du New Public Management, des quasi-marchés et de la théorie de l'hôpital entreprise. Ils prennent diverses formes : nouvelles règles de gestion et pratiques de management passant par la promotion d'une plus grande autonomie de gestion des hôpitaux publics, nouvelles formes de financement à l'activité, paiements à la performance (P4P ou *pay for performance*), financements sur appels à projets, rémunérations individuelles et collectives à la performance, promotion de la mobilité et de la flexibilité, généralisation des pratiques d'évaluation et de critères de performance, accent mis sur la concurrence au sein même des hôpitaux pour la recherche de contrats, mécanismes de séparation entre acheteurs et fournisseurs de soins... Les idées-forces sont celles de mise en concurrence et d'autonomie (ou individualisation), ce qui explique que ce processus va aussi souvent de pair avec des tendances à la décentralisation. Une étude de l'OCDE sur la mise en œuvre de mesures de « paiement à la performance » dans une dizaine de pays conclut à l'inefficacité de ces dernières pour limiter les dépenses de santé, et même, alors qu'il s'agit souvent de leur objectif affiché, pour améliorer la qualité des soins. Ces réformes permettent d'abord de modifier les rapports de pouvoir en matière de soins et de santé au profit des gestionnaires et, ensuite, de conduire à une plus grande marchandisation du soin (Cashin *et al.*, 2014). Ce mouvement de transformation de l'hôpital public en entreprise privée est renforcé par et renforce à son tour la tendance au délitement des collectifs de travail, avec des conséquences négatives sur l'activité et la santé des professionnels de santé (Batifoulier, 2014 ; Batifoulier, Domin, 2015).

Le pays pionnier et emblématique de cette évolution depuis les années 1980 est le Royaume-Uni avec l'introduction de quasi-marchés internes au sein des hôpitaux publics, l'autonomisation des hôpitaux ou le paiement à la performance. D'autres pays ont également été concernés par un tel mouvement depuis 1980 et avant le déclenchement de la crise : la

France, l'Allemagne, l'Irlande, le Danemark, la Suède, l'Italie, l'Espagne, et, à un moindre degré, les Pays-Bas, le Portugal et la Grèce (André *et al.*, 2014). En France, ce mouvement de privatisation interne au public s'est notamment manifesté par de nouvelles formes de financement de la médecine hospitalière, la mise en place du budget global à l'hôpital public en 1984 et d'enveloppes globales pour les cliniques à partir de 1991, puis l'introduction progressive à partir de 2004 de la « tarification à l'activité ⁶ ».

La période ouverte en 2010 avec la crise des dettes souveraines a été l'occasion d'une accélération de ces changements dans de nombreux pays. La rupture est particulièrement notable en Grèce, au Portugal et en Irlande (van Gool, Pearson, 2014). Un système de tarification à l'activité dans les hôpitaux, fixée par une nouvelle société anonyme détenue à 51 % par l'État, a ainsi été introduit en Grèce. Cette évolution participe de la détérioration des conditions de travail et, même si ces effets sur les dépenses de santé ne sont pas immédiats ou univoques, ils semblent avérés dès lors qu'ils permettent une dégradation quantitative et qualitative de l'emploi dans ce secteur.

Le transfert de la fourniture des soins du public vers le privé : la « privatisation externe de la délivrance des soins »

Ce mouvement de privatisation englobe les diverses manières consistant à transférer le service de délivrance des soins à des entités privées : création de nouveaux services privés, transformation d'organismes publics en entités à but lucratif, « agencification », abandon ou délégation de service public, externalisation ou vente d'hôpitaux publics à des fonds privés, transferts de missions de service public aux hôpitaux privés, promotion de l'exercice privé dans les hôpitaux publics, externalisation de certaines tâches (du nettoyage aux examens et actes médicaux), etc.

Les arguments avancés pour l'introduction de la privatisation et de formes de concurrence dans la délivrance des soins reposent sur l'idée que les acteurs privés placés en situation de concurrence sont plus efficaces pour organiser et délivrer des soins. Les avantages supposés de la concurrence en matière de santé ne sont toutefois pas confirmés par les travaux empiriques. Bien que tendant à mettre en avant les avantages de la privatisation des services hospitaliers, un *survey* de la littérature ne peut conclure à l'évidence de tels avantages (Eurofound, 2017). Selon un autre *survey* de l'OCDE marquant également plutôt un préjugé favorable au renforcement de la concurrence, une grande circonspection doit être de mise quant à la capacité de la concurrence entre fournisseurs de soins à pouvoir contenir les dépenses de santé (Pisu, 2014).

6. Sur les réformes de l'hôpital en France, voir Domin (2015).

Dans les pays d'Europe occidentale, cette forme de privatisation avait, bien avant la crise, emprunté des processus très différents, par exemple avec le développement de groupes privés de cliniques ou de rachats d'hôpitaux publics au Pays-Bas et en Allemagne, ou au Royaume-Uni avec le développement de pratiques privées dans les hôpitaux publics. Dans les pays du Sud de l'Europe (Espagne, Portugal, Grèce, voire Italie), ce phénomène avait également été significatif mais, dans le contexte particulier de rattrapage du système de santé (et d'entrée dans l'UE), il est revenu aux initiatives privées de combler les insuffisances du secteur public. Cette privatisation de la délivrance des soins a logiquement été beaucoup plus modérée dans les pays dans lesquels le secteur privé occupait déjà une place importante depuis longtemps en matière d'offre de soins comme la France, même s'il n'y a pas été absent (développement des pratiques de l'exercice privé libéral, souvent avec dépassements d'honoraires, au sein des hôpitaux publics, ou encore réduction du périmètre des activités considérées comme relevant des « missions du système public hospitalier » et pouvant d'autant plus facilement être externalisées et soumises à la concurrence).

La période récente a donné l'occasion d'une accélération de cette privatisation. De façon relativement modérée dans les pays soumis à de plus faibles pressions, par exemple par une extension des phénomènes de sous-traitance par les hôpitaux. Mais dans les pays du Sud et de l'Est soumis à des plans drastiques d'ajustement, un fort mouvement de bascule vers le privé est observable. Ainsi les dépenses du service national de santé portugais pour les hôpitaux publics ont diminué de 16 % entre 2010 et 2012 quand celles pour les hôpitaux privés bondissaient de 23 %. Dans ce pays, le nombre de lits dans les hôpitaux publics a baissé de 12,1 % entre 2006 et 2014 alors qu'il augmentait de 45,4 % dans les établissements privés à but lucratif (et leur nombre est resté plutôt stable dans les hôpitaux privés à but non lucratif). De tels mouvements de forte bascule du public vers le privé lucratif sont observables en Bulgarie, en Roumanie, dans les pays baltes (Eurofound, 2017). Ils existent également avec une ampleur plus réduite dans des pays comme la France (-12,9 % de lits dans le public et +3,6 % dans le privé lucratif), en Allemagne (-6,7 % et +8,2 %), en Autriche (-2,4 % et +41 %). Dans d'autres pays où le nombre de lits de l'hôpital public a fortement chuté (Danemark, Grèce, Hongrie, Italie, Pologne), les hôpitaux privés à but lucratif ont été épargnés, impliquant également une augmentation du poids de ces derniers.

Le développement du financement par les ménages et l'assurance privée : la « privatisation externe du financement du soin »

Ces réformes consistent à diminuer la part des dépenses de soins prise en charge par des dépenses publiques, en augmentant les frais à la charge

des usagers, directement de leur poche, ou indirectement *via* l'achat de produits d'assurances sur le marché (en France, *via* les « complémentaires santé »).

Le fondement théorique de cette forme de privatisation est fragile (Batifoulier, 2015). Il repose sur la notion d'aléa moral du patient, la prise en charge d'une part plus importante des frais des soins devant le « responsabiliser » et diminuer le risque qu'il abuse d'un système trop gratuit. Cependant, même jusqu'à des niveaux globaux de prise en charge publique des dépenses de santé supérieurs à 80 %, les travaux empiriques ne valident pas ce postulat, notamment parce que l'activité de soins est déterminée au moins autant par l'offre de soins que par la demande (Grignon, 2010). L'absence de demande autonome du patient fait que vouloir le « responsabiliser » n'a pas de sens pour la plupart des dépenses de soins, en particulier les dépenses hospitalières (Dormont, 2014). Même pour les autres soins, il n'est pas avéré qu'une diminution de la prise en charge par des dépenses publiques, et corrélativement le transfert du financement vers les ménages, puisse conduire à « responsabiliser » les patients et limiter la consommation de soins, *a fortiori* si ces ménages bénéficient d'une couverture privée : la modération ne porte alors guère plus que sur les assurés sans complémentaire santé, donc surtout des ménages aux ressources faibles, ainsi incités à renoncer aux soins.

L'efficacité sur la maîtrise des dépenses globales de santé est également sujette à caution, comme l'illustre l'expérience américaine, et comme le conclut un *survey* de l'OCDE sur les stratégies de « partage des coûts » (Pisu, 2014). À défaut de pouvoir agir sur les dépenses totales de santé, la formule présente néanmoins l'avantage du point de vue des décideurs politiques de permettre des économies rapides des seules dépenses publiques.

D'où la forte réactivation de cette méthode consistant à augmenter les frais acquittés par les usagers et, de façon radicale dans les pays les plus concernés à partir de 2009-2010, au point de conduire à une diminution importante du recours des usagers au système de soins ; ce facteur a contribué à une baisse historique des dépenses de santé. Ce « déremboursement » peut schématiquement prendre deux formes, selon qu'il porte sur certains soins (ou biens) médicaux ou selon qu'il porte sur certaines personnes. Le premier cas de figure consiste à augmenter la part du coût d'un soin (ou bien) médical ou d'un ensemble de soins laissée à la charge du patient (hausse des « tickets modérateurs » et autres copaiements). À titre d'exemple, la franchise annuelle que doivent acquitter les usagers aux Pays-Bas avant de pouvoir obtenir un remboursement est passée de 170 à 360 euros entre 2011 et 2014. Cela peut aller jusqu'à l'exclusion totale de prise en charge publique de certains soins ou médicaments. Le second cas de figure consiste à exclure certaines parties de la population de couverture

maladie : chômeurs de longue durée (Grèce), travailleurs indépendants ayant des dettes fiscales ou sociales (Grèce, Slovénie), étrangers en situation irrégulière (Espagne, Grèce, République tchèque).

Il est possible de capter pour partie ces évolutions au niveau macro-économique à travers la part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé, part se situant très majoritairement entre 70 et 85 % dans les pays européens en 2015 (tableau 2). Pour partie seulement, car la baisse de la prise en charge publique peut s'accompagner d'une baisse des dépenses totales (typiquement du fait de renoncement aux soins), conduisant à ce que le ratio entre dépenses publiques et dépenses totales ne diminue pas ou peu, en conséquence de mesures d'augmentation de « partage des

Tableau 2. Part des dépenses publiques de santé dans le total des dépenses de santé et évolutions de cette part entre 2009 et 2015

	2015 (%)	2009-2015 (en points)
Irlande	69,2	-7,9
Pays-Bas	80,7	-6,1
Espagne	69,9	-5,5
Royaume-Uni	79,0	-4,3
Grèce	60,6	-4,1
Portugal	66,0	-3,9
Italie	75,5	-2,8
Hongrie	67,0	-1,4
Slovénie	72,2	-0,8
Autriche	76,1	-0,3
Danemark	84,2	-0,3
Islande	81,8	-0,1
Pologne	71,6	0,0
France	78,6	0,3
Finlande	75,5	0,4
Belgique	77,5	0,4
Norvège	85,2	0,8
Allemagne	85,0	1,1
République tchèque	84,6	1,3
États-Unis	49,4	1,3
Suède	83,7	*

* Les évolutions concernant la Suède ne sont pas reproduites en raison de surprenantes données, en particulier des augmentations en 2011 des dépenses par tête en termes réels de 31,5 % pour les dépenses publiques et de 28,2 % pour les dépenses totales de santé.

Pays classés par ordre croissant sur l'évolution 2009-2015.

Source : OCDE.

coûts »⁷. En dépit de ce phénomène, la part des dépenses publiques a quand même connu un net reflux entre 2009 et 2012 dans les pays périphériques (Portugal, Irlande, Espagne, Grèce, Italie, Slovaquie, Hongrie, Pologne) et également aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Dans les autres pays, elle s'est en général au mieux maintenue. Sur la période plus récente entre 2012 et 2015, cette part a continué à diminuer dans les pays du Sud, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, mais s'est rétablie dans les pays de l'« Est » européen (voir *infra*). Sur l'ensemble de la période 2009-2015, la baisse est assez générale, à l'exception de pays comme l'Allemagne, la République tchèque ou la Norvège (tableau 2). Ce sont en outre plutôt les pays où cette part était faible qui ont connu la plus forte baisse. En effet, alors qu'au moins depuis 2000 la disparité sur ce point au sein de l'espace européen ne cessait de diminuer, elle s'est mise à augmenter fortement et continuellement de 2010 à 2015, indiquant un mouvement de divergence en Europe⁸.

II. Les évolutions des dépenses de santé : les deux temps de la crise, celui de la grande récession et celui des politiques d'austérité

Avant d'examiner les évolutions des dépenses de santé durant la période de récession (II.2) puis à partir du tournant de l'austérité (II.3), un détour vers l'état des connaissances sur les déterminants des dépenses de santé et de leurs évolutions permet déjà d'émettre des hypothèses sur la séquence intervenue depuis 2007 (II.1).

II.1. Les déterminants de l'évolution des dépenses : quels enseignements pour la période 2007-2015 ?

Les dépenses de santé résultent de l'interaction de nombreux facteurs pouvant agir sur la demande et l'offre de soins. Cependant, les théories et outils de l'économie *mainstream* ne sont pas adaptés pour analyser les déterminants de ces évolutions. Par exemple, la demande de soin ayant le plus souvent un caractère involontaire, elle ne peut être assimilée à une préférence ou un désir, que serait par exemple celui d'avoir un accident cardiaque ou un mal de gorge (Batifoulier, 2014). La gratuité des urgences ne conduit pas les individus à vouloir en « consommer », à y passer leur dimanche pour en profiter. Le soin, dans ses modalités, ainsi que son prix, n'est le plus souvent pas le choix du « consommateur », ils lui sont largement prescrits par les professionnels de santé. La demande n'est pas indépendante de l'offre, elle est déterminée au moins pour partie par des facteurs d'offre. Le besoin de santé a un caractère collectif et social et ne peut être réduit à une

7. La Grèce illustre ce point puisque l'effondrement de la dépense publique s'est aussi accompagné d'une baisse de la dépense privée. Voir Burgi, dans ce numéro.

8. Disparité appréhendée par l'écart type de la part des dépenses publiques entre les pays européens.

stratégie ou une préférence individuelle (Batifoulier, Domin, 2015). Si les facteurs d'offre de soins apparaissent décisifs au regard de l'évolution des dépenses, il est assez illusoire de vouloir distinguer et analyser séparément le rôle des facteurs d'offre et de demande qui sont très enchevêtrés.

Les travaux empiriques examinent de nombreux déterminants possibles de l'évolution des dépenses de santé : effets des prix, des revenus du travail des professionnels de santé et du progrès technique ; vieillissement de la population ; configuration du système de santé et/ou de financement du soin, niveau de couverture des systèmes publics de financement du soin ; niveau de développement, revenu des ménages... Les places respectives de ces déterminants ne font pas totalement consensus, d'autant qu'ils ne sont pas indépendants et agissent simultanément sur des facteurs de la demande et de l'offre de soins. Certains résultats se dégagent néanmoins des travaux existants, desquels il ressort que la conjoncture économique ne joue pas un rôle important (Martín *et al.*, 2011).

Le consensus qui se dégage des travaux est que le déterminant principal de l'évolution des dépenses de santé serait « les prix et la technologie », pour reprendre le langage utilisé par l'OCDE (Pisu, 2014). Ce facteur, parfois rangé derrière la notion de « progrès technique », ne porte pas principalement, comme son appellation pourrait l'indiquer, sur les nouveaux appareils ou médicaments, mais surtout sur les changements de pratiques en matière de diagnostics, de soins et de traitements appliqués (en lien avec l'évolution de la demande sociale quant à ces pratiques), ainsi que sur la reconnaissance de ces changements de pratiques sur les rémunérations des professionnels. Ce facteur expliquerait de la moitié aux trois quarts de l'augmentation des dépenses de santé des années 1990-2000 dans les pays de l'OCDE (Pisu, 2014). Ce résultat n'est pas très étonnant puisque les dépenses de santé correspondent directement, pour environ les quatre cinquièmes, à des services dont les prix sont les revenus du travail des personnes produisant ces services⁹. Il n'existe aucune raison majeure pour que les revenus de professionnels qualifiés n'évoluent pas au même rythme que les autres revenus du travail : ils pourraient même augmenter plus vite compte tenu de la situation durable de pénurie relative de personnels de santé (médecins, infirmiers...).

Le vieillissement n'est pas le déterminant majeur de l'évolution structurelle des dépenses de santé : la part des personnes âgées dans la population et l'augmentation de l'espérance de vie joue faiblement. Sur un taux de croissance annuel moyen en termes réels de 4,3 % dans les pays de l'OCDE entre 1995 et 2009 (1,6 % en France), 0,5 % seulement s'expliquerait par le vieillissement (Pisu, 2014). S'agissant des projections de dépenses, le vieillissement n'expliquerait qu'une très faible part de la hausse

9. Les autres dépenses qui ne servent pas directement à rémunérer du travail de professionnels correspondent aux prix des biens médicaux ou « technologiques », les médicaments en particulier.

attendue dans les prochaines décennies (de la Maisonneuve, Oliveira Martins, 2013). Ce résultat *a priori* contre-intuitif s'explique par l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé et par la concentration en moyenne des dépenses de santé en fin de vie quel que soit l'âge de cette dernière.

La configuration du système public de financement du soin ou protection maladie, et le niveau de couverture sociale de cette protection maladie, peuvent jouer un rôle. Des travaux comparatifs tentant de mettre en évidence le rôle des institutions, il ressort que ce sont les systèmes nationaux de santé (Royaume-Uni, Irlande, pays nordiques, pays du Sud de l'Europe) qui permettraient un meilleur contrôle des dépenses de santé : il y serait plus facile de maîtriser et limiter l'offre de soins, son volume et ses prix, par diverses formes de contrôle et de rationnement que dans les systèmes d'assurance maladie (France, Allemagne, Pays-Bas, Belgique, etc.), ce qui expliquerait que la part des dépenses de santé soit légèrement plus faible en moyenne dans les premiers que dans les seconds. Ce résultat semble valider l'idée que, pour limiter les dépenses, le contrôle de l'offre de soins importe plus que la demande. Cette distinction sommaire entre ces deux types de système ne permet cependant pas d'expliquer les évolutions constatées dans les pays européens depuis une vingtaine d'années.

Les études empiriques cherchant à mettre en exergue le rôle de la demande de soins concluent à une élasticité revenu des dépenses de santé positive, et même souvent supérieure à 1, faisant du soin un « bien supérieur » : dans tous les pays, l'élévation du niveau de vie s'est accompagnée d'une croissance plus forte des dépenses de santé (par exemple, la consommation de biens et soins médicaux en France est passée de 2,5 % à 8,9 % du PIB entre 1950 et 2015). Mais l'élasticité revenu des dépenses de santé n'est pas invariante selon les contextes. L'hypothèse d'un rattrapage des pays les moins développés vers les plus développés semblent validée par une élasticité plus élevée dans les pays les plus pauvres (Baltagi *et al.*, 2016). Au sein des pays les plus développés, les études montrent également que les dépenses de santé ont eu tendance, avec de nombreuses exceptions, à augmenter davantage dans les pays où ces dépenses étaient les plus faibles. Si les dépenses augmentent statistiquement avec les revenus des « consommateurs », ce lien de corrélation n'en fait pas pour autant un lien de causalité permettant d'expliquer et comprendre les évolutions des dépenses de santé, qui semblent davantage à chercher du côté des facteurs d'offre de soins.

Cette interprétation est validée par l'asymétrie constatée de l'élasticité revenu en cas de retournement économique : en période de récession et de baisse des revenus, les dépenses tendent à ne pas baisser voire à continuer d'augmenter. L'élasticité des dépenses de santé au PIB par tête, positive la plupart du temps, devient souvent négative (de la Maisonneuve, Oliveira Martins, 2013). Ce résultat s'expliquerait d'abord par le rôle moteur des

facteurs d'offre de soins qui n'ont pas de raison de se modifier de façon notable à court terme (la crise ne fait pas disparaître les médecins), et ensuite par des évolutions des besoins de soins, eux-mêmes finalement assez indifférents à la conjoncture (la crise ne fait pas disparaître les maladies chroniques). Un examen sur longue période des évolutions des dépenses de santé montrent que, quand ces dernières se sont mises à diminuer, ce n'était en général pas au moment et du fait du ralentissement économique, mais en raison des mesures de restrictions budgétaires prises ultérieurement pour rétablir les comptes publics (Stuckler, Basu, 2014).

Ce bref panorama des déterminants des dépenses de santé permet de faire l'hypothèse suivante sur les évolutions des dépenses de santé depuis 2007, en distinguant deux périodes :

- la période de récession (2008-2009) durant laquelle le rythme de croissance des dépenses de santé n'a guère eu de raison de ralentir dès lors que l'offre de soins n'a pas eu de raison d'être modifiée du seul fait du ralentissement économique (sauf mesures déjà prises en ce sens) et avec l'hypothèse d'une faible évolution des renoncements aux soins des personnes touchées par des baisses de revenus dès lors que la dépense est largement socialisée. Ne doit pas être exclue l'hypothèse que la crise et le chômage ont même pu conduire à augmenter certains besoins de soins ¹⁰ ;

- la période au-delà de 2009 durant laquelle la plupart des pays se sont engagés dans des politiques de rétablissement des équilibres budgétaires, prenant la forme de coupes ou de réformes structurelles.

De fait, l'analyse de l'évolution depuis 2007 des dépenses de santé, et de leur composante publique, permet de valider l'hypothèse et d'opposer deux périodes : la période postérieure au déclenchement de la crise financière qui avait été caractérisée par des actions politiques et des mesures de relance au moins jusqu'à 2009 et la période des consolidations budgétaires à partir de 2010.

II.2. Face à la récession (2008-2009), une forte croissance des dépenses publiques de santé jouant un rôle de stabilisation économique

Entre 2007 et 2009, c'est-à-dire durant la grande récession, les dépenses totales et publiques de santé par habitant (en termes réels) ont continué à augmenter dans presque tous les pays, à l'exception de l'Islande et de la Hongrie (ce pays avait agi dès 2006 sous l'injonction du FMI). Si l'on met de côté ces deux pays, la période de récession ne s'est généralement pas traduite par un ralentissement du rythme de croissance des dépenses (tableau 3 ; graphique 2).

10. Selon le *survey* de van Gool et Pearson (2014), en cas de hausse du chômage, le recours à certains soins augmenterait (anxiolytiques, hospitalisations pour problèmes psychologiques, liés à l'alcool...) mais il diminuerait pour les soins de prévention (examens préventifs ou de dépistage, vaccinations, soins dentaires) voire certains soins courants (renoncements).

**Tableau 3. Dépenses publiques * de santé
et dépenses totales de santé par habitant (2000-2015)**

Taux de croissance annuel moyen (en termes réels)

	Dépenses publiques de santé					Dépenses totales de santé				
	2000-2007	2007-2009	2009-2015	2009-2012	2012-2015	2000-2007	2007-2009	2009-2015	2009-2012	2012-2015
Grèce	7,1	3,4	-7,6	-8,9	-6,3	7,1	1,1	-6,6	-9,8	-3,2
Portugal	1,6	3,7	-2,9	-5,0	-0,7	2,0	2,8	-2,0	-3,0	-0,9
Espagne	4,2	6,3	-1,4	-2,6	-0,1	3,9	4,4	-0,1	-1,1	0,9
Italie	2,8	1,4	-1,3	-1,5	-1,0	1,9	0,8	-0,7	-1,0	-0,4
Irlande	7,8	8,4	-1,2	-1,2	-1,2	7,5	9,9	0,6	-0,7	1,9
Slovénie	2,5	4,9	-0,1	-0,5	0,2	3,0	3,8	0,1	0,1	0,0
Pays-Bas	9,6**	4,0	0,0	0,2	-0,2	5,7	3,3	1,2	2,2	0,2
Danemark	3,4	4,0	0,1	-0,6	0,9	3,3	3,5	0,2	-0,9	1,3
Islande	3,2	-1,1	0,3	-2,4	3,1	2,9	-0,7	0,4	-1,8	2,6
Hongrie	4,7	-3,0	0,9	0,2	1,6	4,9	-2,5	1,2	1,6	0,9
France	1,7	2,0	0,9	0,9	0,9	1,8	2,1	0,8	0,9	0,7
Autriche	2,1	2,5	1,0	1,2	0,8	2,1	1,9	1,1	1,4	0,7
Belgique	3,5	5,9	1,0	1,1	0,9	3,4	4,4	0,9	0,9	0,9
Finlande	5,7	1,9	1,6	2,7	0,5	4,8	1,8	1,5	2,4	0,6
Rép. slovaque	7,1	8,2	2,0	1,0	3,1	11,1	5,0	0,5	1,6	-0,7
Rép. tchèque	4,4	7,2	2,1	-0,1	4,4	5,3	8,1	1,9	-0,3	4,0
Norvège	3,5	3,3	2,2	1,7	2,7	3,1	2,9	2,0	1,5	2,5
Allemagne	1,0	8,5**	2,2	2,0	2,4	1,6	3,5	2,0	2,2	1,8
Pologne	6,0	10,9	2,3	0,4	4,2	5,7	9,7	2,3	1,2	3,4
États-Unis	4,7	4,3	2,4	1,5	3,3	4,1	2,2	1,9	1,4	2,5
Royaume-Uni	5,5	4,6	2,4	-0,5	5,4	5,1	3,2	3,3	0,1	6,6
Suède	3,2	1,4	5,9**	9,7**	2,2	3,8	1,4	5,5**	9,0**	2,1

* Régimes de l'administration publique et régimes contributifs obligatoires de financement de la santé.

** Possibles problèmes de données :

- entre 2004 et 2006 pour les Pays-Bas avec une augmentation de 50 % des dépenses publiques entre 2004 et 2006, due probablement pour partie à un changement d'imputation comptable du caractère public de certaines dépenses de santé (les dépenses totales de santé ont augmenté de 15 % sur la même période) ;

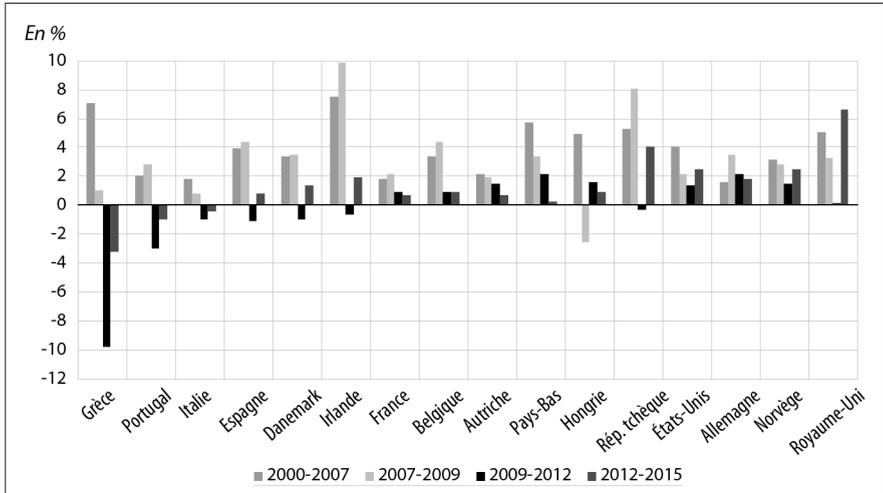
- en 2009 pour l'Allemagne avec une augmentation de 13,8 % des dépenses publiques contre 3,8 % pour les dépenses totales, faisant passer la part des dépenses publiques dans les dépenses totales de 76 à 84 % entre 2008 et 2009 (probable changement d'imputation comptable du caractère public ou non de certaines dépenses de santé) ;

- en 2011 pour la Suède avec une augmentation de 31,5 % des dépenses publiques et de 28,2 % des dépenses totales.

Pays classés par ordre croissant du taux de croissance des dépenses publiques de santé par tête entre 2009 et 2012.

Source : calculs à partir des données OCDE.

Graphique 2. Évolution des dépenses publiques de santé par habitant * (2000-2015)



* Taux de croissance annuel moyen par tête, en termes réels.

Source et notes : voir tableau 3.

Certes, dans quelques pays où la croissance des dépenses publiques était particulièrement élevée sur la période précédente (2000-2007), elle s'est légèrement tassée sur la période 2007-2009 : aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et dans plusieurs pays nordiques (Suède, Finlande, Norvège). Entre ces deux périodes, elle est également passée d'un rythme annuel de 2,8 % à 1,4 % en Italie et de 7,1 % à 3,4 % en Grèce, rythme encore relativement soutenu qui s'est poursuivi en 2010. Mais dans tous les autres pays, la croissance des dépenses publiques s'est plutôt accélérée : dans les pays où la croissance des dépenses avait auparavant été très contenue comme en Allemagne, en Autriche, au Portugal et en France, mais également dans d'autres pays où cette croissance était déjà pourtant très forte comme dans certains pays de l'est européen (Pologne, Républiques tchèque et slovaque, Slovénie), en Espagne, en Irlande, au Danemark ou en Belgique.

Entre 2007 et 2009, les dépenses publiques de santé par habitant ont non seulement continué de croître, et souvent rapidement, mais dans une majorité de pays elles ont même davantage augmenté que les dépenses totales de santé, conduisant à une augmentation de la part des dépenses publiques dans le total des dépenses (tableau 4). Cette évolution est particulièrement marquée en Grèce, en Espagne, au Royaume-Uni, en Pologne, en Belgique, mais aussi dans une moindre mesure aux Pays-Bas, au Portugal, en Italie, en Autriche, au Danemark, en Norvège. L'explication serait à trouver du côté de possibles mesures prises, mais aussi plus probablement dans le comportement des ménages recourant davantage aux soins et biens

médicaux faisant l'objet d'un financement public et moins à ceux non ou mal pris en charge. L'Irlande fait exception pour avoir beaucoup plus tôt, et dès 2007, pris de fortes mesures de déremboursement. En France, comme en Finlande ou en Suède, les dépenses publiques de santé ont évolué à peu près au même rythme que les dépenses totales de santé.

En conclusion, les dépenses publiques de santé ont clairement joué un rôle de stabilisation économique entre 2007 et 2009, en continuant de croître et même souvent en connaissant une accélération de leur croissance, et, dans la majorité des pays, avec une prise en charge publique croissante. Un contrepied complet de ces évolutions va intervenir à partir de 2010.

II.3. Évolution des dépenses de santé : une rupture sans précédent à partir de 2010

Les restrictions budgétaires à partir de 2010 n'ont pas épargné la santé et se sont traduites au niveau du rythme d'évolution des dépenses totales de santé par habitant. Alors que leur croissance moyenne était de l'ordre de 4 à 5 % par an en termes réels depuis des années dans l'OCDE, elles ont chuté à 0,1 et 0,5 % respectivement en 2010 et 2011 (Morgan, Astolfi, 2014). L'OCDE, à partir de données s'arrêtant à l'année 2011, avait déjà constaté que la rupture s'opérait en 2010 et non pas auparavant (van Gool, Pearson, 2014).

Entre 2009 et 2015, les dépenses publiques de santé par tête ont chuté en valeur réelle en Grèce (-37,7 %), au Portugal (-16,2 %), en Espagne (-8,0 %), en Italie (-7,4 %), en Irlande (-6,9 %), et elles ont baissé de 0,2 % aux Pays-Bas, un net recul par rapport à la période précédente de forte croissance (voir *infra*). Elles avaient également diminué sur la période 2009-2012 en Islande, au Danemark, au Royaume-Uni. Dans les autres pays où elles n'ont pas diminué, la rupture a également pu être forte, avec souvent des rythmes de croissance réduits à des niveaux jamais connus auparavant.

Croiser l'évolution des dépenses publiques entre 2009 et 2012 (voire jusqu'en 2015) et l'ampleur de l'éventuelle rupture avec les périodes antérieures permet de dégager plusieurs trajectoires.

Des coupes très fortes et prolongées : Grèce, Portugal, Espagne, Italie, Irlande

Dans ces pays, les dépenses publiques par tête ont chuté en termes réels, un événement constituant une première depuis au moins un demi-siècle, et en particulier dans ceux où le taux de croissance annuel a baissé de plus de 1 % entre 2009 et 2012 : Grèce (-8,9 %), Portugal (-5 %), Espagne (-2,6 %), Italie (-1,5 %), Irlande (-1,2 %). Les dépenses de ces pays ont continué de diminuer entre 2012 et 2015, de manière néanmoins nettement moins prononcée en Espagne et au Portugal. L'Islande a aussi connu une forte

Tableau 4. Hausses et baisses de la composante publique des dépenses de santé * (2000-2015)

En %

	2000-2007	2007-2009	2009-2015		
			2009-2015	2009-2012	2012-2015
Irlande	0,3	-1,5	-1,8	-0,5	-3,1
Espagne	0,3	1,9	-1,2	-1,5	-1,0
Pays-Bas	3,9 **	0,7	-1,2	-2,0	-0,5
Grèce	0,1	2,3	-1,0	0,9 ***	-3,1
Portugal	-0,4	0,9	-0,9	-2,1	0,2
Royaume-Uni	0,4	1,3	-0,9	-0,6	-1,2
Italie	0,9	0,5	-0,6	-0,5	-0,7
Hongrie	-0,2	-0,4	-0,3	-1,4	0,7
Slovénie	-0,5	1,1	-0,2	-0,6	0,2
Autriche	0,0	0,5	-0,1	-0,2	0,1
Danemark	0,1	0,5	-0,1	0,3	-0,4
Islande	0,4	-0,3	0,0	-0,6	0,5
Pologne	0,3	1,2	0,0	-0,8	0,8
France	-0,1	-0,1	0,1	0,0	0,2
Belgique	0,1	1,5	0,1	0,2	0,0
Finlande	0,8	0,0	0,1	0,3	-0,1
Norvège	0,4	0,5	0,2	0,1	0,2
Allemagne	-0,6	5,0 **	0,2	-0,1	0,6
Rép. tchèque	-0,9	-0,9	0,3	0,2	0,4
Suède	-0,7	0,1	0,4 **	0,7 **	0,0
États-Unis	0,7	2,1	0,5	0,1	0,8

* Différence entre le taux de croissance (par tête) des dépenses publiques et des dépenses totales de santé.

** Possibles problèmes de données :

- pour les Pays-Bas avec une surprenante augmentation de 50 % des dépenses publiques entre 2004 et 2006 (les dépenses totales ayant augmenté de seulement 15 % sur la même période), hausse énorme due probablement à un changement d'imputation du caractère public de certaines dépenses de santé ;

- pour l'Allemagne avec une surprenante augmentation de 13,8 % des dépenses publiques en 2009 contre 3,8 % pour les dépenses totales, faisant passer la part des dépenses publiques dans les dépenses totales 76 à 84 % entre 2008 et 2009 (probable changement d'imputation du caractère public ou non de certaines dépenses de santé) ;

- pour la Suède avec une surprenante augmentation des dépenses publiques de 31,5 % et des dépenses totales de 28,2 % en 2011.

*** -2,1 % entre 2010 et 2012.

Pays classés par ordre croissant sur la période 2009-2015.

Lecture :

	La part des dépenses publiques augmente fortement (différentiel > à 0,5 % par an)
	La part des dépenses publiques augmente faiblement (différentiel > à 0,2 % et < ou = à 0,5 %)
	La part des dépenses publiques est constante ou presque (différentiel entre -0,2 % et +0,2 %)
	La part des dépenses publiques diminue faiblement (différentiel > ou = à -0,5 % et < à -0,2 %)
	La part des dépenses publiques diminue fortement (différentiel < à -0,5 %)

Source : voir tableau 3.

baisse annuelle de -2,4 % entre 2009 et 2012 mais elle fait exception et se distingue puisque ses dépenses sont reparties ensuite au même rythme qu'avant la crise (+3,1 %).

**Des coupes fortes à partir de 2010, souvent atténuées à partir de 2012 :
Danemark, Royaume-Uni, Pays-Bas, Slovénie, République tchèque,
Pologne, Slovaquie**

Dans ce groupe figurent d'abord les pays qui ont connu une baisse de leurs dépenses par tête entre 2009 et 2012, certes également inédite, mais moins prononcée que dans les pays précédents, à un rythme annuel inférieur à 1 % : Danemark, Royaume-Uni, Slovénie, République tchèque. Si on prolonge la période d'observation jusqu'à 2015, les Pays-Bas entrent également dans ce groupe, mais en sortent alors les autres, surtout le Royaume-Uni et la République tchèque qui ont connu une forte croissance de leurs dépenses entre 2012 et 2015.

Peuvent en outre figurer parmi ce groupe d'autres pays qui, bien qu'ayant conservé une croissance annuelle positive de leurs dépenses par tête entre 2009 et 2012, ont vu le rythme de cette croissance drastiquement réduit d'au moins 4 points par rapport à la période antérieure de référence 2000-2007 : les Pays-Bas, la Pologne, la Slovaquie. Au vu de ce critère, le constat reste formellement valable pour ces trois pays si on étend l'examen à l'ensemble de la période 2009-2015, mais il vaut surtout pour les Pays-Bas, seul pays à voir la maîtrise de ses dépenses de santé s'amplifier sur la période récente.

**Un freinage important des dépenses, prolongé au-delà de 2012 : Hongrie,
Belgique, Finlande, France, Autriche**

Tout en conservant une croissance positive de leur dépenses par tête, ces pays en ont fortement réduit le rythme d'augmentation entre 2009 et 2012 : de 2 à 4 points en Hongrie, en Belgique, en Norvège et en Finlande, mais pour ce dernier pays, le rythme très élevé avant la crise l'est relativement resté ensuite (+2,7 % par an). La France et l'Autriche ont également comprimé leurs dépenses, amputant leur croissance d'environ 1 point, mais il convient de souligner que ces deux pays figuraient parmi ceux ayant les taux de croissance les plus réduits auparavant. Dans tous ces pays, si le ralentissement de la croissance des dépenses a pu être moins brutal, voire non perçu comme une rupture, il tend à se prolonger voire parfois à s'amplifier entre 2012 et 2015 (Autriche, Belgique, Finlande).

Ni rupture, ni austérité en Allemagne

L'Allemagne fait figure d'exception, avec un rythme de croissance des dépenses publiques de santé de 2 % entre 2009 et 2012 (2,2 entre 2009 et 2015), supérieur à ce qu'il était avant la crise (1 % entre 2000 et 2007).

Sur la période plus récente, entre 2012 et 2015, d'autres pays ont cependant connu des taux de croissance des dépenses publiques de santé par tête si ce n'est proches de ce qu'ils étaient avant la crise, au moins relativement élevés, indiquant qu'une pause a été mise aux restrictions : Royaume-Uni (5,4 %), République tchèque (4,4 %), Pologne (4,2 %), Islande (3,1 %), République slovaque (3,1 %), Norvège (2,7 %), Suède (2,2 %).

Une inflexion est également intervenue sur la répartition entre dépenses publiques et dépenses privées. Alors que durant la période de récession, sous l'effet des comportements et des mesures prises, les dépenses publiques de santé avaient non seulement continué à croître dans une majorité des pays mais leur part dans le total des dépenses de santé s'était également accrue (voir *infra*), c'est un retournement complet qui se produit à partir de 2010 puisque quasiment plus aucun pays ne connaît de hausse de la part des dépenses publiques entre 2009 et 2012 (tableaux 3 et 4). À partir de 2012, une poignée de pays comme l'Allemagne, la Pologne, la Hongrie et l'Islande réenregistrent bien une hausse, mais celle-ci vient en général rétablir une baisse intervenue entre 2009 et 2012. Le trait majeur entre 2009 et 2012 est que la grande majorité des pays connaît une baisse de la part publique, alors que seule l'Irlande avait déjà été réellement concernée par un tel mouvement antérieurement. Les pays où la part des dépenses publiques diminue le plus sont le Portugal, l'Irlande, l'Espagne, la Grèce, la Slovénie, la Hongrie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Italie. Dans les autres pays, en particulier du Nord et de l'Ouest européen (à l'exception du Royaume-Uni et des Pays-Bas), les parts respectives des dépenses publiques ou privées ont été globalement stables : la maîtrise y a touché l'ensemble des dépenses de santé.

Une conclusion s'impose : les divergences en matière de santé se sont accrues au sein de l'espace européen, en rupture très forte avec les évolutions antérieures marquées par un phénomène de rattrapage des pays les plus en retard. La Commission européenne le constate : « Entre 2010 et 2012, des pays avec [déjà] de hauts niveaux de dépenses ont connu une croissance relativement dynamique de leurs dépenses de santé et d'invalidité [Allemagne, Finlande, Suède...]. À l'inverse, quelques États membres avec initialement des niveaux faibles ou moyens ont connu des croissances significativement négatives de leurs dépenses de santé et d'invalidité (en particulier Chypre et la Roumanie, mais aussi à un degré moindre la Pologne, la Slovaquie, la Grèce, l'Espagne, la Hongrie, l'Italie, le Portugal et la Slovénie) » (European Commission, 2016).

Conclusion : mettre la santé au régime, une erreur majeure de politique économique

Cet article a décrit et analysé les modalités des réformes et des mesures de consolidation budgétaire dans le secteur de la santé intervenues dans la plupart des pays européens à compter de 2010. Les effets ont été d'autant plus forts sur les dépenses que ces mesures ont porté sur les emplois, les rémunérations et les conditions de travail dans le secteur de la santé. Aux conséquences négatives de cette austérité sur le « travail » des professionnels de santé s'ajoutent celles sur la santé de la population (voir par exemple, Stuckler, Basu, 2014 ; Batifoulier, 2016 ; Da Silva, dans ce numéro ; Burgi, dans ce numéro). Les conséquences négatives ne seront probablement pas passagères compte tenu de l'importance des dépenses de santé à long terme sur la productivité et le développement économique.

Pendant, le discours dominant tend à présenter ces conséquences négatives comme inévitables, comme une sorte de prix nécessaire à payer à court terme pour rétablir les comptes publics et pour aboutir à un bilan qui s'avérera globalement positif à la fin. Est-ce vraiment le cas ? Les restrictions des dépenses publiques de santé sont-elles même seulement efficaces au regard de l'objectif affiché de réduction des déficits publics ?

Les politiques d'austérité, en particulier celles menées dans les pays périphériques de l'Europe soumis aux exigences des bailleurs internationaux, ont été décidées sur la base d'hypothèses erronées en ce qui concerne leur impact sur la croissance et finalement sur la réduction des déficits. Les préconisations d'organisations comme la Commission européenne ou le FMI étaient en effet construites sur la base de valeurs des multiplicateurs budgétaires de court terme de 0,5, alors qu'il s'est avéré qu'ils étaient bien supérieurs, autour de 1,5¹¹. Une politique de réduction des déficits, pour ne pas être trop récessive et donc être efficace, doit en effet tenir compte du niveau du multiplicateur budgétaire. L'erreur qui a permis de justifier des coupes bien trop sévères a été reconnue plus tard par le FMI lui-même (Blanchard, Leigh, 2013), mais sans que les préconisations de politique publique ne soient ensuite vraiment modifiées. Cette erreur venait d'une part du choix de se fonder sur les études empiriques reposant sur des modèles d'inspiration néoclassique, alors que les études empiriques existantes fondées sur des modèles d'inspiration keynésienne traditionnelle aboutissaient à des multiplicateurs supérieurs (Gechert, Will, 2012 ; Ragot, Saraceno, 2016), et d'autre part du choix de se fonder sur des multiplicateurs mesurés durant des conjonctures normales, hors période de récession, mais aussi hors contexte d'ajustement simultané dans tous les pays.

11. Un multiplicateur de 1 signifie qu'une contraction de 1 euro des dépenses publiques entraîne une baisse de 1 euro du PIB. Un multiplicateur faible de 0,5 signifie qu'une politique restrictive aura un effet plus limité puisque la contraction de 1 euro des dépenses publiques conduira à seulement 0,5 euro de contraction du PIB.

Une autre erreur, non reconnue et à notre connaissance peu documentée, a été celle de ne pas prendre en compte les effets différenciés des restrictions budgétaires selon les types de dépenses. Cette indistinction a permis plus facilement de justifier des tailles dans les dépenses sociales. Or, les multiplicateurs sont plus élevés pour la protection sociale, la santé et l'éducation. La baisse des dépenses dans ces secteurs a un impact négatif plus fort sur la croissance parce qu'elles sont réinjectées quasi intégralement sous forme de dépenses ou d'investissement dans l'économie nationale. Les dépenses de santé ou de protection sociale connaissent en effet peu de fuites vers l'épargne ou hors de l'économie nationale car elles concernent des activités très peu délocalisées et peu délocalisables¹², à la différence d'autres dépenses, en particulier les dépenses militaires ou les aides aux entreprises qui ne retournent que partiellement sous forme de consommation et d'investissement dans le circuit économique national (délocalisations, investissements à l'étranger, distribution de dividendes, bulle financière, paradis fiscaux...). Une estimation du multiplicateur pour les différents secteurs de l'économie réalisée à partir de données de 25 pays de l'UE antérieures à la récession (1995-2007) confirme cette intuition (Reeves *et al.*, 2013). Les dépenses publiques les plus « productives », celles pour lesquelles les multiplicateurs budgétaires sont les plus élevés, celles qu'il conviendrait en conséquence d'augmenter ou de préserver le plus, sont les dépenses de protection sociale, de santé et d'éducation. Les multiplicateurs estimés sont au contraire très faibles pour les dépenses concernant la défense et les aides aux entreprises ou aux banques¹³. Ces résultats permettent de conclure que les politiques de restriction des dépenses dans le domaine de la santé, en plus d'avoir des conséquences sociales et sanitaires négatives, sont également inefficaces du point de vue de leur objectif budgétaire.

12. Les importations de services de santé, correspondant aux soins reçus par des résidents à l'étranger (et aux produits et services livrés à distance), constituent en effet une part marginale des dépenses de santé : 0,2 % en France, 0,6 % en Allemagne, 0,08 % au Royaume-Uni (OCDE, 2013).

13. Une étude réalisée aux États-Unis montre également qu'un supplément de dépense publique dans l'éducation ou dans la santé génère respectivement 2,4 et 1,5 fois plus d'emplois (directs, indirects et induits) que dans les dépenses militaires (Pollin, Garrett-Peltier, 2011).

Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N. (2017), « Les politiques du médicament dans un contexte d'austérité en France et au Royaume-Uni », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 111-140.
- André C. (2015), « Les systèmes de santé européens en longue période », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <http://regulation.revues.org/11177>.
- André C., Batifoulie P., Jansen-Ferreira M. (2014), « Les privatisations du soin en Europe : de la théorie à la pratique », communication au 4^e congrès de l'Association française d'économie politique, ENS Cachan, 2-4 juillet.
- André C., Batifoulie P., Jansen-Ferreira M. (2016), « Health Care Privatization Processes in Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification », *International Social Security Review*, vol. 69, n° 1, p. 3-23, <https://doi.org/10.1111/issr.12092>.
- Baltagi B.H., Lagravinese R., Moscone F., Tosetti E. (2016), « Health Care Expenditure and Income: A Global Perspective », *CESifo Working Paper*, n° 6091, Center for Economic Studies & Ifo Institute, September, <https://doi.org/10.1002/hec.3424>.
- Batifoulie P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulie P. (2015), « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/11196>.
- Batifoulie P., Abecassis D., Da Silva N., Duchesne V., Moulin L. (2016), *L'utilité sociale de la dépense publique*, rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité sociale et utilité » dans le cadre de l'Agence d'objectifs Ires, Centre Henri Aigueperse UNSA-Éducation, octobre, <https://goo.gl/ZEoia9>.
- Batifoulie P., Domin J.-P. (2015), « Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/10274>.
- Blanchard O., Leigh D. (2013), « Growth Forecast Errors and Fiscal Multipliers », *IMF Working Paper*, WP/13/1, January, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp1301.pdf>.
- Burgi N. (2017), « Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 77-110.
- Cashin C., Chi Y.-L., Smith P., Borowitz M., Thomson S. (eds.) (2014), *Paying for Performance in Health Care. Implications for Health System Performance and Accountability*, OECD/WHO, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf.
- Da Silva N. (2017), « Crise, austérité et santé : quand la relance sauve des vies, l'austérité tue ? », *La Revue de l'IREN*, n° 91-92, p. 49-75.
- Domin J.-P. (2015), « Réformer l'hôpital comme une entreprise : les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/11293>.
- Dormont B. (2014), « La couverture des soins par les assurances maladie obligatoire et complémentaires : quels enjeux pour le système de soins ? », *Revue de Droit sanitaire et social*, n° 5, septembre-octobre, p. 806-819.

- Eurofound (2013), *Impacts of the Crisis on Access to Healthcare Services in the EU*, Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1385en.pdf.
- Eurofound (2014), *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1442en.pdf.
- Eurofound (2017), *Delivering Hospital Services: A Greater Role for the Private Sector?*, Dublin, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1653en.pdf.
- European Commission (2014), « Identifying Fiscal Sustainability Challenges in the Areas of Pension, Health Care and Long-term Care Policies », *European Economy Occasional Papers*, n° 201, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2014/op201_en.htm.
- European Commission (2016), *Employment and Social Developments in Europe 2015*, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=fr&pubId=7859&furtherPubs=yes>.
- Eydoux A., Math A., Périvier H. (eds.) (2014), « European Labour Markets in Times of Crisis. A Gender Perspective », *Revue de l'OFCE*, n° 133, <https://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/revue/133/revue-133.pdf>.
- Gechert S., Will H. (2012), « Fiscal Multipliers: A Meta Regression Analysis », *IMK Working Paper*, n° 97, July, https://www.boeckler.de/pdf/p_imk_wp_97_2012.pdf.
- Greer S.L., Jarman H., Baeten R. (2016), « The New Political Economy of Health Care in the European Union: The Impact of Fiscal Governance », *International Journal of Health Services*, vol. 46, n° 2, p. 262-282, <https://doi.org/10.1177/0020731416637205>.
- Grignon M. (2010), « Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire. Un point des connaissances », *Revue française des affaires sociales*, n° 4, p. 53-73, <https://goo.gl/1Pk7cE>.
- Ires (2014), « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », n° spécial, *Chronique internationale de l'IREs*, n° 148, décembre, <http://www.ires-fr.org/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/90-148>.
- Lorach N., Mareuge C., Merckling C. (2014), « Réduction des dépenses publiques : les leçons de l'expérience », *La Note d'analyse*, France Stratégie, <https://goo.gl/fHsKSF>.
- de la Maisonneuve C., Oliveira Martins J. (2013), « A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures », *Economics Department Working Paper*, n° 1048, OECD, June 14, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>.
- Mareuge C., Merckling C. (2014), « Pourquoi les dépenses publiques sont-elles plus élevées dans certains pays ? », *La Note d'analyse*, France Stratégie, <https://goo.gl/pFf3Fi>.
- Martín J.J.M., Puerto López del Amo González M., Dolores Cano García M. (2011), « Review of the Literature on the Determinants of Healthcare Expenditure », *Applied Economics*, vol. 43, n° 1, p. 19-46, <https://doi.org/10.1080/00036841003689754>.

- Math A. (2014), « La santé au péril de l'austérité », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'ÉRES*, n° 148, décembre, p. 22-52, <https://goo.gl/qe7m4h>.
- Morgan D., Astolfi R. (2014), « Health Spending Continues to Stagnate in Many OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 68, April 3, <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnwf5-en>.
- OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE*, Paris, Éditions de l'OCDE, https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-fr.
- OCDE (2016), *Panorama de la santé : Europe 2016. Comment la France se positionne ?*, Paris, Éditions de l'OCDE, <https://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/Health-at-a-Glance-EUROPE-2016-Note-FRANCE.pdf>.
- OECD (2009), *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264074231-en>.
- OECD (2010a), *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*, Paris, OECD Publishing, <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicy-settings.htm>.
- OECD (2010b), *Value for Money in Health Spending*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging Health and Finance Perspectives*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>.
- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- Pisu M. (2014), « Overcoming Vulnerabilities of Health Care Systems », *OECD Economics Department Working Papers*, n° 1132, <https://doi.org/10.1787/5jz159228n6j-en>.
- Pollin R., Garrett-Peltier H. (2011), *The US Employment Effects of Military and Domestic Spending Priorities: 2011 Update*, Political Economy Research Institute University of Massachusetts, Amherst, December, <https://goo.gl/fa951G>.
- Ragot X., Saraceno F. (dir.) (2016). *Investissement public, capital public et croissance*, Rapport, OFCE, <http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf-articles/actu/Rapport-FNTP-05-12.pdf>.
- Reeves A., Basu S., McKee M., Meissner C., Stuckler D. (2013), « Does Investment in the Health Sector Promote or Inhibit Economic Growth? », *Globalization and Health*, vol. 9, n° 1, p. 43, <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-43>.
- Rubery J. (2013), « Public Sector Adjustment and the Threat to Gender Equality », in Vaughan-Whitehead D. (ed.), *The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar/ILO, p. 43-83.
- Stamati F., Baeten R. (2014), « Health Care Reforms and the Crisis », *ETUI Report*, n° 134, <https://www.etui.org/Publications2/Reports>.
- Stamati F., Baeten R. (2015), « Varieties of Healthcare Reform: Understanding EU Leverage », in Natali D., Vanhercke B. (eds.), *Social Policy in the European Union: State of Play 2015*, Brussels, OSE/ETUI, p. 183-214.
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills*, New York, Basic

Books. Des mêmes auteurs, « Les conséquences sanitaires des politiques économiques. Quand l'austérité tue », *Le Monde diplomatique*, vol. 61, n° 727, octobre [en ligne].

- Vandierendonck C. (2014), « Public Spending Reviews: Design, Conduct, Implementation », *European Economy, Economic Papers*, n° 525, European Commission, July, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2014/pdf/ecp525_en.pdf
- van Gool K., Pearson M. (2014), « Health, Austerity and Economic Crisis : Assessing the Short-term Impact in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 76, September 4, <https://doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>.
- Vaughan-Whitehead D. (2013), « Public Sector Shock in Europe: Between Structural Reforms and Quantitative Adjustment », in Vaughan-Whitehead D. (ed.), *Public Sector Shock. The Impact of Policy Retrenchment in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar/ILO, p. 1-42.

L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé

Nicolas DA SILVA¹

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques de rigueur dans de nombreux pays. Or, les difficultés économiques marquent les corps et les vies de celles et ceux qui en souffrent. Dans ce contexte, mener une politique d'austérité ou de relance peut avoir des effets différenciés sur la santé de la population. Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé – est-ce la crise économique ou l'austérité qui détériore l'état de santé ? Si les travaux des économistes ont tendance à montrer que la crise économique est bonne pour la santé, une littérature plus récente issue de l'épidémiologie démontre qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue.

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques d'austérité dans de nombreux pays européens, spécialement à partir de 2010 lorsque la crise de l'endettement privé s'est muée en crise de l'endettement public. L'austérité n'est pas aveugle et les coupes budgétaires ont d'abord concerné les budgets sociaux tels que l'éducation et la santé qui représentent à eux deux en France près de 18 % du produit intérieur brut (PIB) (Ires, 2010, 2014). Dans ce contexte, l'une des questions majeures pour les chercheurs

1. Université Paris 13, Centre d'Économie de Paris Nord (UMR 7234), niconds@hotmail.fr. Une partie des développements présentés ici ont bénéficié d'un contrat de recherche financé par le Centre Henri-Aigueperse/UNSA-Éducation ainsi que par la Maison de sciences de l'homme de Paris Nord et ont été publiés dans le rapport « L'utilité sociale de la dépense publique » en 2016 (Batifoulier *et al.*, 2016). L'auteur tient à remercier les membres de l'Ires, tant pour leur contribution à l'amélioration de ce texte que pour leur défense d'un modèle alternatif de valorisation de la recherche. L'auteur reste seul responsable des imperfections subsistantes.

et les acteurs politiques (gouvernants, syndicats, associations, citoyens, etc.) porte sur l'effet des conditions macroéconomiques (cycle économique et politique économique afférente) sur l'état de santé de la population. Il ne s'agit ni plus ni moins que d'évaluer la pertinence de la politique publique à l'aune de ses implications sur la santé.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser de prime abord, le lien entre crise, austérité et santé n'est pas simple. La causalité entre ces différents phénomènes trouve des réponses relativement contradictoires dans la littérature académique. Deux grands courants s'opposent.

Dominée par des économistes, une première littérature déjà ancienne montre qu'un retournement du cycle économique a des effets bénéfiques sur l'état de santé. Le principal représentant de ce courant est l'économiste Christopher Ruhm (2000, 2016) qui a structuré le champ à partir d'études empiriques démontrant que, mis à part le taux de suicide, l'ensemble des variables utilisées pour indiquer l'évolution de l'état de santé sont procycliques (dont la mortalité). Lorsque les indicateurs économiques croissent (décroissent), la mortalité croît (décroît). L'augmentation du chômage induirait une baisse de la mortalité et de la morbidité.

Face à cette littérature, ou plutôt à côté d'elle, un nouveau champ de recherche issu principalement de la santé publique s'attache à reformuler la problématique. Au lieu de s'interroger sur le lien entre crise et santé, elle propose d'étudier le lien entre réponse politique à la crise et santé. Au-delà des effets causés par la crise, la réponse politique à la crise – conçue comme le choix entre austérité et relance – peut être déterminante pour l'état de santé de la population. Le livre de David Stuckler et Sanjay Basu (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, peut être considéré comme un symbole de ces recherches. D'après eux, si l'austérité tue, la relance dans des programmes sociaux (notamment de santé) permet de sauver des vies.

Le fait que ces deux littératures ne se parlent pas et qu'elles ne se posent pas tout à fait la même question de recherche renforce la difficulté à comprendre l'impact de la situation économique présente sur la santé. L'étude de la relation crise/santé ne se confond pas avec celle de la relation austérité/santé. Or, si la séparation des questions de recherche a du sens d'un point de vue méthodologique, il apparaît risqué et trompeur dans le contexte actuel de ne pas poser les deux problèmes simultanément. C'est en ce sens que l'on peut interpréter le commentaire des éditeurs d'un numéro spécial de la revue *Health Economics* pour qui l'étude des effets de la crise et des coupes budgétaires sur la santé est une « question brûlante ² » (García-Gómez *et al.*, 2016:3).

2. « Hot issue ».

En effet, les études qui nous intéressent ici peuvent refonder la légitimité de l'intervention publique. Le contexte actuel est marqué par un déclin systématique de la dépense publique et de l'action collective (État et Sécurité sociale). Plus largement, les indicateurs de richesse habituels (comme le PIB) souffrent de contestations importantes. Les nouvelles formes de l'action publique, souvent regroupées sous le vocable (imparfait) de nouveau management public, génèrent des effets pervers de plus en plus documentés. Dès lors, il apparaît nécessaire de refonder la légitimité de l'intervention publique et la santé paraît faire partie des critères pertinents. La santé est une aspiration largement partagée à travers les sociétés ; le philosophe Paul Ricœur la qualifie de « modalité propre du bien vivre ». S'il est possible de montrer qu'en situation de crise, une politique publique spécifique (relance ou austérité) permet d'améliorer l'état de santé de la population, alors cette politique publique pourrait recevoir l'approbation d'une large partie des citoyens.

Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé. Proposer une revue de la littérature exhaustive sur cette problématique relèverait du tour de force tant les obstacles méthodologiques sont importants. Les recherches autour de ces questions sont menées dans le cadre de disciplines différentes, de méthodologies très variées, avec des indicateurs de santé distincts, etc. Plus modestement, il s'agit ici de réunir dans un même article deux types de littérature qui s'ignorent pour en retirer des enseignements sur l'articulation des phénomènes de crise, austérité et santé.

Dans la première partie, nous présentons la littérature, essentiellement économique, sur les effets du cycle économique sur la santé, le résultat principal étant que la mortalité est procyclique (I). Dans la seconde partie, nous étudions les enseignements de la littérature, principalement en santé publique, s'intéressant aux effets de l'austérité et de la relance sur la santé. Pour les protagonistes de ces recherches, quand l'austérité tue, la relance sauve des vies (II). La troisième partie propose une critique empirique et théorique de ces deux littératures dans le but de construire quelques pistes permettant de comprendre leurs résultats contradictoires (III).

I. Cycle économique et santé : une relation procyclique ?

Dans la première section nous rappelons la relation ambivalente entre hausse des revenus et état de santé (I.1). Ensuite, nous synthétisons les résultats empiriques montrant que la mortalité et la morbidité sont procycliques (elles croissent lorsque l'économie croît, et inversement) (I.2). Enfin, nous nuancions ces derniers résultats par des études plus récentes prenant en compte le niveau de sévérité du retournement du cycle économique (I.3).

1.1. La relation entre revenu et santé : l'effet de la transition épidémiologique

Les premiers travaux des économistes laissent supposer un impact positif ³ de la croissance des revenus sur la santé (Ulmann, 1999). La hausse de la richesse par tête permet une amélioration des conditions de vie qui génère une amélioration directe des déterminants de la santé de la population : meilleure alimentation, plus grande qualité des logements, meilleure hygiène de vie, etc. Plus indirectement, la croissance coïncide avec une plus grande intervention de la sphère publique pour favoriser l'accès aux soins : construction d'hôpitaux, de centres de soins, mise en place de systèmes de protection contre les grands risques de la vie (maladie, vieillesse, accident du travail, chômage, etc.).

On peut rapprocher ces travaux de ceux de santé publique sur l'évolution de l'espérance de vie dans le temps et, plus précisément, sur le concept de transition épidémiologique (ou transition sanitaire). La transition épidémiologique constitue un moment précis des sociétés humaines durant lequel la mortalité chute considérablement et les causes de celle-ci se modifient radicalement (Robine, 2001 ; Preston, 1975). Avec la croissance économique, l'amélioration des services de santé et, principalement, l'amélioration de l'hygiène et de l'alimentation permettent aux populations de ne plus souffrir massivement de maladies infectieuses. Les causes de la mortalité évoluent alors vers les maladies chroniques, les maladies dégénératives et les accidents (notamment les accidents de la route). Selon la définition liminaire d'Abdel Omran (1971), il est possible de distinguer trois phases de la transition épidémiologique : l'âge de la peste et de la famine, avec une espérance de vie de l'ordre de 30 ans ; l'âge du recul des pandémies, durant lequel le recul des maladies infectieuses accroît l'espérance de vie à 60 ans ; l'âge des maladies dégénératives et des maladies fabriquées par les hommes, où l'espérance de vie tend vers un plafond indépassable. Le graphique 1 permet de montrer clairement l'existence d'une relation croissante et concave entre l'espérance de vie en années et le niveau du revenu national par tête. Après la transition épidémiologique, l'augmentation du niveau de vie n'explique plus l'amélioration de l'espérance de vie ⁴.

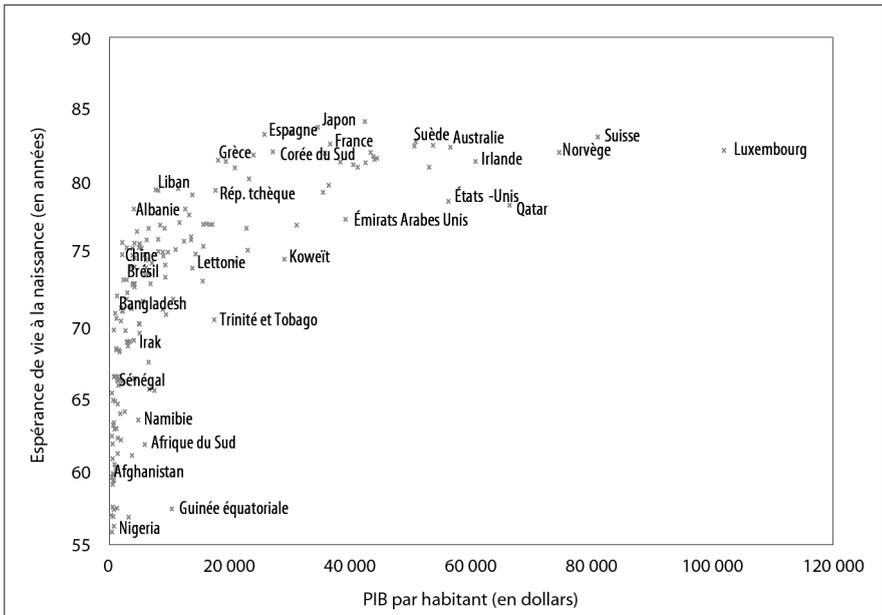
Si l'on remarque des différences entre pays, à l'intérieur de chaque pays, indépendamment de sa situation par rapport aux autres, on observe ce que l'on appelle un gradient social de santé : les personnes en bas de

3. Lorsque l'on parle d'un impact négatif ou positif d'une variable sur une autre, il ne s'agit pas d'un jugement de valeur mais d'une relation, respectivement décroissante ou croissante. Ainsi, dire que la crise a un impact positif sur la mortalité ne signifie pas que nous nous réjouissons de cet impact mais que celui-ci est croissant : la crise engendre une hausse de la mortalité.

4. Sur cette question on pourra se reporter aux travaux pionniers de Samuel Preston (1975). Pour des références plus récentes, les travaux autour de Richard Wilkinson paraissent incontournables (Wilkinson, 2010 ; Wilkinson, Pickett, 2009, trad. fr. 2013).

la hiérarchie sociale sont en moins bonne santé que celles qui sont en haut ⁵. Par exemple, en France, sur la période 2000-2008, l'espérance de vie à 35 ans d'une femme cadre est de 51,7 ans contre 48,7 ans pour une femme ouvrière, selon une étude de l'Insee (Blanpain, 2011). La différence entre catégories socioprofessionnelles est encore plus marquée pour les hommes : à 35 ans l'espérance de vie d'un homme cadre est de 47,2 ans contre 40,9 ans pour un homme ouvrier, soit plus de 6 ans d'écart.

Graphique 1. Espérance de vie et revenu par tête en 2015



Sources : données Banque mondiale, calculs de l'auteur.

Les études sur le sujet montrent que s'il existe bien une relation croissante entre revenu et santé, cette relation n'est pas linéaire comme on pourrait le penser. À partir d'un certain niveau de développement économique dans un pays, l'augmentation du revenu national n'apporte pas d'amélioration significative de l'espérance de vie. Les différences d'espérance de vie à l'intérieur des pays paraissent quant à elles liées aux écarts de revenu et non au niveau absolu du revenu lui-même. La question qui nous intéresse désormais est de savoir dans quelle mesure le lien entre crise économique

5. Paradoxalement, le lien entre état de santé et richesse est non significatif entre les pays riches mais il est très significatif à l'intérieur de ces pays. Ceci plaide pour une interprétation en termes de revenu relatif. Dans cette perspective, ce qui compte ce n'est pas tant le niveau de richesse absolue mais le niveau de richesse relatif. Le revenu n'a pas de qualité intrinsèque, il vaut en tant que marqueur de la position sociale dans les sociétés. Cette interprétation coïncide avec les conclusions dominantes des travaux sur la mesure de la pauvreté qui plaident pour l'usage d'un indicateur relatif et non absolu (Fleurbaey *et al.*, 1998).

et santé est symétrique à ces premiers résultats : est-ce que le recul du niveau de vie engendre une détérioration de l'état de santé ?

1.2. La relation procyclique entre cycle économique et santé

Au cours du XX^e siècle, les travaux les plus influents de la littérature sur la relation entre cycle économique et santé ont été d'abord conduits par Harvey Brenner (1971, 1979, 1987). Dans une étude sur l'État de New York et l'ensemble des États-Unis entre 1900 et 1967, il observe que le ralentissement économique (mesuré par le taux de chômage non agricole) lors de l'année n augmente le nombre de maladies du cœur à l'année $n+2$ (Brenner, 1971). Sans réussir à en donner une preuve statistique, selon lui ce phénomène pourrait s'expliquer par la détérioration de la santé psychologique des individus (notamment à cause du chômage) et par le moindre recours aux services de santé (lié à la baisse des revenus). L'auteur confirme la relation négative entre retournement économique et état de santé dans une autre étude portant sur l'Angleterre et le pays de Galles entre 1936 et 1976 (Brenner, 1979). D'après l'auteur, si à long terme la croissance économique explique la réduction de la mortalité, les fluctuations de court terme de la croissance économique jouent en sens inverse : lorsque la croissance est subitement forte (faible), le taux de mortalité décroît (croît) tout aussi subitement. La mortalité serait contracyclique.

Les travaux de Brenner ont largement été remis en cause pour des raisons méthodologiques (Ruhm, 2012). Les résultats sont peu robustes et particulièrement sensibles au choix des pays, des périodes et des variables sanitaires étudiés. D'autres travaux utilisant les mêmes techniques statistiques trouvent des résultats inverses (par exemple sur le cas des États-Unis, Eyer, 1977). Avec la perte de légitimité des analyses en série temporelles, les travaux de l'économiste Christopher Ruhm fondés sur des données de panel constituent aujourd'hui la plus grande autorité sur la question (Jusot, 2012). Or, ses résultats vont dans le sens inverse de ceux de Brenner.

L'une des premières études adoptant cette méthodologie porte sur le cas des États-Unis entre 1972 et 1991 (Ruhm, 2000). La variable de « crise » est approximée par le taux de chômage et les variables d'état de santé sont les suivantes : tumeur maligne, maladie cardiovasculaire, pneumonie et grippe, maladie chronique du foie et cirrhose, accident de véhicule motorisé, autres accidents, suicide, homicide, mortalité infantile (dans la première année de vie), mortalité néonatale (dans les 28 premiers jours de vie). Ruhm montre que huit causes de décès étudiées sur dix sont procycliques : elles vont dans le même sens que la conjoncture économique. La santé s'améliore quand l'économie se détériore temporairement. La corrélation est positive uniquement pour la variable suicide. Pour l'ensemble de l'échantillon, un point d'augmentation du taux de chômage décroît le

taux de mortalité d'environ 0,5 %, soit 4,6 pour 100 000. Cela représente 0,5 % de la mortalité moyenne, qui s'élève à 879,8 pour 100 000. L'augmentation des revenus est aussi corrélée positivement à l'augmentation de la mortalité : une hausse de 1 000 dollars de revenus produit une hausse de la mortalité de 0,4 à 0,6 %. La relation négative est confirmée même lorsque l'auteur étudie séparément les États à forte croissance et ceux à faible croissance.

Depuis cet article fondateur, de nombreux autres travaux utilisant la même méthodologie sur d'autres échantillons ont trouvé des résultats similaires. Par exemple, une étude sur 23 pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) sur la période 1960-1997 a démontré l'effet néfaste de la croissance de l'emploi sur la santé (Gerdtham, Ruhm, 2006). Indépendamment des caractéristiques propres des pays, une baisse d'un point de pourcentage du chômage aurait un impact croissant de 0,4 % sur la mortalité, de 0,4 % sur les décès liés à des maladies cardiovasculaires, de 1,1 % sur les gripes et pneumonies, de 1,8 % sur les maladies du foie et de 2,1 % sur les accidents de la route. Aucun effet n'est trouvé pour les cancers et l'effet contracyclique trouvé sur le suicide est peu important. En outre, les auteurs montrent que dans les pays avec de fortes protections sociales, la mortalité reste procyclique mais est atténuée. Une diminution du chômage d'un point de pourcentage causerait une hausse de la mortalité de 0,9 % dans les pays avec les plus faibles niveaux de couverture contre 0,5 % dans les pays à niveau de couverture intermédiaire et 0,3 % dans les pays à fort niveau de couverture⁶. De nombreuses autres références confirment la dimension procyclique de la mortalité (Granados, 2005 ; Buchmueller *et al.*, 2007 ; Ariizumi, Schirle, 2012 ; Gonzalez, Quast, 2011).

À partir de ces résultats, les chercheurs s'intéressent aux différentes causes probables de la procyclicité de la mortalité. Dans son article de 2000, Ruhm explore l'hypothèse selon laquelle l'évolution des styles de vie en situation de crise impacterait l'état de santé. Pour cela, il utilise une base de données sur les comportements à risque et sur la prévention concernant entre 50 000 et 114 000 individus dans 34 États sur la période 1987 à 1995. L'auteur observe que l'usage de tabac est très procyclique : une augmentation d'un point de pourcentage du chômage réduit le nombre de fumeurs de 0,3 point de pourcentage. De la même façon, il montre que le chômage est associé à une réduction de l'indice de masse corporelle et une hausse du nombre de personnes déclarant pratiquer une activité sportive – réduisant ainsi le risque d'être en surpoids ou obèse.

6. La classification en trois groupes repose sur la part des dépenses socialisées dans le produit intérieur brut.

Un article de 2013 sur des données américaines illustre à quel point les effets de la variation du niveau de chômage sur les comportements à risque sont importants (Xu, 2013). Le niveau des salaires et le nombre d'heures travaillées par semaine sont associés à une augmentation de la consommation de tabac. Une hausse du salaire horaire réel d'un dollar causerait une hausse de 3,5 % du tabagisme (voir aussi Goel, 2014). Sur la relation entre temps de travail et état de santé, une étude récente sur un échantillon de 13 544 personnes aux États-Unis montre que, pour les métiers considérés comme non fatigants, 10 heures de travail supplémentaires engendrent une augmentation de l'indice de masse corporelle de 0,424 pour les femmes et 0,197 pour les hommes (Abramowitz, 2016). L'effet observé est moins intense lorsque le temps de sommeil est plus élevé et il est plus intense lorsque le temps de travail devant écran est plus grand. À partir d'un échantillon de 112 000 personnes aux États-Unis entre 2003 et 2010, Colman et Dave (2013) montrent qu'une hausse d'un point de pourcentage de l'emploi engendre une réduction du temps pour l'exercice physique d'environ 0,27 minutes par jour. Pour prendre un dernier exemple, French et Gumus (2014) étudient l'impact du cycle économique sur les accidents de la route entre 1988 et 2010 : les auteurs confirment les résultats de cette littérature selon laquelle les accidents de la route sont procycliques (Miller *et al.*, 2009).

Dans l'ensemble, les études économiques convergent pour confirmer la dimension procyclique de la mortalité et de la morbidité (à l'exception notable des suicides), l'explication principale étant l'augmentation des comportements à risque pendant les phases d'expansion (tabagisme, alimentation, activité physique, etc.).

1.3. Des résultats remis en cause depuis la crise de 2007 ?

Les recherches à propos de l'impact de l'activité économique sur la santé se sont récemment renouvelées en raison de l'importante crise que nous connaissons depuis 2007. Un symbole de ce renouvellement est la parution en novembre 2016 d'un numéro spécial de la prestigieuse revue *Health Economics* intitulé « Consequences of the Economic Crisis on Health » (García-Gómez *et al.*, 2016). L'article ouvrant ce numéro spécial est signé par Christopher Ruhm (2016). L'originalité de cet article consiste à prendre en compte l'expérience de presque 10 ans de crise économique : dans quelle mesure les connaissances accumulées sur la relation entre activité économique et santé sont-elles remises en cause par une crise dont la gravité est singulière ?

Jusqu'à maintenant les analyses se fondaient sur des fluctuations du niveau de chômage assez peu intenses. N'est-il pas possible que les fluctuations standards aient des propriétés différentes de celles des fortes

fluctuations connues depuis 2007 ? Les variations de l'activité n'ont peut-être pas un impact linéaire sur l'état de santé. La baisse d'un point de pourcentage du taux de chômage n'a certainement pas le même effet pour un taux de chômage initial de 6 % et pour un taux de chômage initial de 15 %.

La relation entre activité économique et santé doit alors être examinée à nouveau en distinguant ce qui relève de fluctuations standards et de fluctuations plus intenses, dont une définition acceptable serait la récession. Étant donnée la nouveauté de la problématique, peu de travaux s'intéressent spécifiquement aux périodes de récession. Les quelques travaux existants confirment timidement la dimension procyclique de la mortalité (Granados, 2005 ; Toffolutti, Suhrcke, 2014 ; Tekin *et al.*, 2013). Par exemple, une étude sur les pays de l'OCDE entre 1997 et 2011 montre que le chômage est corrélé négativement avec la mortalité (van Gool, Pearson, 2014). Les auteurs nous avertissent néanmoins que les résultats obtenus sont moins probants que les travaux précédents. Plus étonnant, l'étude de Brainerd et Cutler (2005) sur la transition de la Russie après le démembrement de l'URSS montre que, en plus d'une forte récession économique, l'espérance de vie des hommes et des femmes a dramatiquement chuté entre 1989 et 1994, respectivement de 6,6 ans et de 3,3 ans.

Christopher Ruhm propose dans son article de 2016 de prendre en compte les différences entre les variations standards et intenses du cycle économique. À partir de données américaines sur la période 1976-2013, l'auteur définit quatre périodes de récession importantes connues par les États avec deux niveaux d'intensité différents : 1980-1982 (sévère), 1990-1991 (moyen), 2001 (moyen), 2007-2009 (sévère). Les résultats économétriques valident la relation procyclique entre chômage et mortalité. Une augmentation d'un point de pourcentage du chômage conduirait à une baisse de la mortalité de 0,5 %. Par ailleurs, l'auteur montre que la mortalité baisse plus fortement pendant les récessions sévères que pendant les récessions modérées et que le taux de mortalité semble atteindre un creux au moment du pic de chômage.

À partir de cette étude, les conclusions de Christopher Ruhm sont relativement peu nuancées. Le nouvel enjeu lié à la gravité de la crise conduirait à une même réponse : la mortalité serait toujours procyclique. Cependant, les études citées plus haut invitent à la méfiance. Les travaux sur ces périodes spécifiques sont encore peu nombreux et on trouve des arguments contradictoires. Ainsi, d'autres articles dans le numéro spécial de *Health Economics* évoquent des résultats bien plus alarmants. L'un d'entre eux montre que la crise économique en Islande a conduit à une réduction des naissances et même à une augmentation de maladies néonatales (Olafsson, 2016). Bellés *et alii* (2016) montrent dans le cas de l'Espagne (1987-2012) que si la hausse du taux de chômage réduit la prévalence de l'obésité chez

les enfants de moins de 6 ans et de plus de 12 ans, elle augmente la probabilité de maigreur et/ou de dénutrition chez les enfants. Dans ces conditions, il paraît important d'attendre de nouveaux résultats avant de conclure qu'en période de récession intense rien ne change. La méfiance est d'autant plus recommandée que, parallèlement aux travaux réalisés dans le sillage de Christopher Ruhm, d'autres chercheurs montrent l'impact délétère de l'austérité sur l'état de santé lors d'un retournement du cycle économique.

II. Politique publique et santé : l'austérité tue ?

Face aux études présentant le fléchissement de l'activité économique comme une aubaine pour la santé de la population, un large champ de la littérature en santé publique propose de renouveler la problématique. Plutôt que de s'intéresser à l'impact des fluctuations économiques sur la santé, il s'agirait d'étudier l'impact des réponses politiques aux fluctuations économiques sur la santé. Autrement dit, quelle politique publique entre l'austérité et la relance est la mieux à même de protéger la santé de la population lors d'un retournement économique ? D'après Stuckler et Basu (2013, trad. fr. 2014), auteurs majeurs dans ce champ, la réponse est limpide : si l'austérité tue, la relance sauve des vies.

Afin d'introduire le propos, cette section commence par interroger les liens bien établis entre insécurité économique et santé (II.1). Ensuite, plusieurs cas d'étude historique sur le lien entre austérité et santé sont évoqués (II.2). Enfin, nous revenons sur la littérature analysant les conséquences sanitaires de la crise économique commencée en 2007-2008 comme le résultat d'un choix politique délibéré (II.3).

II.1. Les liens entre insécurité économique et état de santé

Les effets de l'insécurité économique sur l'état de santé sont bien documentés. Lorsque les individus vivent une telle situation, ils ont tendance à être plus malades et à mourir plus rapidement que les autres. Parmi d'autres facteurs, on souligne ici l'impact du chômage, du logement et des assurances santé.

Le chômage constitue probablement l'une des plus grandes causes d'insécurité économique. Si la perte d'un emploi signifie souvent la perte d'une source de revenu, les effets du chômage sont aussi non monétaires lorsqu'ils détériorent l'état de santé de ceux qui en sont victimes (Roelfs *et al.*, 2011 ; Meneton *et al.*, dans ce numéro). Pour ne prendre qu'un exemple, Browning et Heinesen (2012) ont démontré à partir de données danoises sur la période 1980-2006 que la perte d'emploi liée à une fermeture d'usine augmente très significativement le risque de surmortalité et d'hospitalisation pour les hommes. Le risque de surmortalité est supérieur de 79 %

l'année du licenciement, de 35 % à quatre ans, de 17 % à dix ans et de 11 % à 20 ans. En extrapolant à partir d'une population de 10 000 hommes licenciés, en quatre ans 140 hommes meurent contre 104 hommes s'il n'y avait pas eu de licenciement. Dans un registre un peu différent, l'étude de Marcus (2013) souligne que lorsqu'un membre du couple perd son emploi, il n'est pas le seul à en subir des conséquences en termes de dégradation de santé mentale. À partir de données sur l'Allemagne entre 2002 et 2010, l'auteur montre qu'un an après l'entrée dans le statut de chômeur, la prévalence des problèmes de santé mentale de l'individu licencié s'accroît de 27 % et de 18 % pour l'autre membre du couple.

Concernant le logement, la crise économique de ces dernières années a donné lieu à un nouveau champ de recherche portant sur la problématique des saisies immobilières. L'étude de Bennett *et alii* (2009) constitue l'une des premières sur le sujet à partir du cas américain. En 2008, à la suite de la crise des *subprimes*, plus de 2 millions de personnes ont été affectées par une saisie, soit une augmentation de 225 % depuis 2006. La saisie est un évènement stressant qui s'étale sur une longue période entre les difficultés financières liminaires et la saisie proprement dite. Cette dernière s'accompagne souvent d'autres évènements qui produisent un effet boule de neige : perte d'emploi, divorce, etc. En réponse à ce stress, il a pu être observé l'augmentation des pratiques à risque comme le tabagisme, la consommation d'alcool, la prise de poids et, parallèlement, la réduction du recours aux soins préventifs et chroniques. McLaughlin *et alii* (2012) ont montré que dans la ville de Détroit (Michigan), les saisies immobilières sont corrélées avec les symptômes caractéristiques de la dépression et de l'anxiété généralisée. Entre 2008 et 2010, les personnes victimes de saisie avaient 2,4 fois plus de risques d'être en forte dépression et 1,9 fois plus de risques d'être atteintes d'anxiété généralisée. À partir d'une analyse sur l'Arizona, la Californie, la Floride et le New Jersey, Currie et Tekin (2015) confirment l'existence d'un lien causal allant de la saisie aux problèmes de santé (et non l'inverse). Ils estiment que pour chaque saisie supplémentaire par 100 000 habitants, 1,5 visite supplémentaire aux urgences est à prévoir (problèmes cardiaques, cancers, maladies mentales et visites « évitables » liées à une absence de prévention). Une saisie supplémentaire par quartier engendre 0,783 visite supplémentaire à l'hôpital. En reprenant le chiffre de 2,82 millions de saisies en 2009, les auteurs estiment à 2,21 millions le nombre de visites causées par les saisies, soit un coût supplémentaire pour la collectivité de 5,57 milliards de dollars (soit en moyenne 2 521 dollars, ou 2 112 euros, par visite).

En plus du chômage et des problèmes de logement, un grand nombre d'autres insécurités économiques ont un impact négatif sur l'état de santé des individus. Parmi elles, le fait d'avoir une assurance santé est un critère

discriminant. Encore une fois, le cas le plus évident est donné par les États-Unis : jusqu'en 2014, 13 % de la population vivait sans couverture santé. Avec la récession consécutive à la crise des *subprimes*, 6 millions de personnes ont perdu leur emploi et la couverture santé afférente. Or, en 2009, le risque de mourir prématurément était plus élevé de 40 % parmi les personnes sans assurance maladie par rapport aux personnes avec et 35 000 décès auraient pu être évités avec une couverture santé adéquate (Wilper *et al.*, 2009). Selon Lusardi *et alii* (2011), c'est aux États-Unis que le non-recours aux soins s'est le plus accru pendant la crise, avec une hausse de 19,5 %, contre 6,6 % en France, 3,6 % en Allemagne et 0,3 % au Royaume-Uni. Ces résultats s'expliquent probablement par le fait que les restes à charge sont plus élevés aux États-Unis, plus faibles en Allemagne et en France et nuls au Royaume-Uni. Dans le cas français, Didier Tabuteau (2013) parle néanmoins d'« insécurité tarifaire » pour décrire la difficulté croissante des malades à accéder aux soins. Or, en France comme ailleurs, le renoncement aux soins pour raisons financières dégrade l'état de santé (Dourgnon *et al.*, 2012).

II.2. Des exemples historiques sur l'impact dévastateur de l'austérité

S'ils sont nombreux depuis la crise de 2007, les travaux concernant l'impact de l'austérité sur la santé font aussi l'objet de discussions sur des cas historiques. Trois exemples principaux peuvent être mentionnés : le New Deal, la crise asiatique et la transition postsocialiste.

Lors de la Grande Dépression des années 1930 aux États-Unis, le chômage décuple, passant de 1,5 million à 15 millions et la dette nationale passe de 180 % à 300 % du PIB entre 1929 et 1932. Face à cette crise économique sans précédent, les projets du New Deal sont ambitieux : construction d'infrastructures, interdiction des expulsions, bons de nourriture, construction d'hôpitaux, financement de vaccins, aide aux personnes âgées, etc. Mais le retournement économique a eu des effets sur la santé publique très hétérogènes en raison des réponses politiques singulières dans chaque État. Ces derniers, en complément de la politique fédérale commune, ont conservé une marge d'autonomie importante avec des budgets propres conséquents. Ainsi, les États démocrates (proches du Président Roosevelt) ont en moyenne dépensé plus que les États contestataires. Cette différenciation permet d'étudier l'impact des politiques publiques sur l'état de santé (Fishback *et al.*, 2007 ; Stuckler *et al.*, 2012). La Louisiane a ainsi dépensé près de 50 dollars par habitant contre « seulement » la moitié pour le Kansas et la Géorgie. Or, les études sur cette période montrent que pour 100 dollars dépensés dans le New Deal, 18 morts pour cause de pneumonie pour 100 000 sont évitées, 18 morts infantiles pour 1 000 sont évitées et 4 suicides pour 100 000 sont évités. Chaque dollar de relance était susceptible de sauver des vies.

La crise asiatique des années 1990 constitue un autre cas d'étude de la relation entre austérité et santé (Stuckler, Basu, 2013, trad. fr. 2014). Alors qu'au début des années 1990, la Thaïlande, l'Indonésie et la Malaisie ont connu une croissance régulièrement supérieure à 5 % par an, en 1997 l'économie de cette région s'effondre. Le taux de change chute brutalement, le prix de la nourriture double et la dette publique s'envole. En un an, le taux de pauvreté indonésien passe de 15 à 33 %. En réponse à cette situation, le Fonds monétaire international (FMI) propose une série de prêts visant à stabiliser la situation en échange de l'application d'une politique d'austérité. Si la Thaïlande et l'Indonésie acceptent ce traitement de choc, la Malaisie refuse l'aide du FMI et, au contraire, met en place un programme de relance. Les dépenses de santé en Thaïlande sont réduites de 15 % en 1998 et de 13 % en Indonésie. Ces coupes entraînent une réduction de l'accès aux soins, une pénurie de médicaments et la fermeture de centres de santé. Le taux de suicide croît de plus de 60 % en Thaïlande. Une famine importante frappe la Thaïlande et l'Indonésie, ce qui cause une augmentation de 22 % de l'anémie chez les femmes enceintes en Thaïlande, une baisse du poids moyen des nouveaux-nés, une hausse de mortalité infantile et une augmentation du sous-poids à l'école. Ce drame de santé publique n'est cependant pas naturel : il est lié à un choix de politique publique. En Malaisie, le gouvernement a choisi d'exercer un contrôle des prix des denrées alimentaires et de la spéculation boursière. Les programmes alimentaires ont eu pour effet d'éviter tout problème de famine et de malnutrition dans l'ensemble de la population. Pendant la crise, le budget de la santé a augmenté de 8 % (entre 1998 et 1999), ce qui s'est traduit par une hausse de 18 % du nombre de personnes ayant recours au système de santé publique.

La transition de l'économie soviétique au capitalisme est un cas d'école sur l'impact de l'austérité sur la santé. Plutôt que d'appliquer une transition en douceur, les pouvoirs publics ont déclenché un retournement sans précédent de l'économie et de la santé de la population (Stuckler *et al.*, 2009a). L'espérance de vie des hommes russes est tombée de 64 à 57 ans entre 1991 et 1994. Cette chute de la mortalité est la plus importante d'après 1945 pour un pays ni en guerre ni en situation de famine. La hausse de la mortalité s'est concentrée sur la catégorie 25-39 ans du fait de l'augmentation massive de la consommation d'alcool (souvent frelaté), des suicides, des homicides et des crises cardiaques. La consommation d'alcool provoquait plus de 4 millions de morts en ex-Union soviétique dans les années 1990, soit le décès d'un homme sur cinq en âge de travailler. Il est possible d'attribuer la violence du recul de la santé aux politiques économiques libérales car celles-ci n'ont pas été appliquées partout avec la même intensité. D'un côté, des pays comme la Russie, le Kazakhstan, la Lettonie et l'Estonie ont appliqué une politique très dure (« thérapie

de choc ») alors que d'un autre côté, certains pays comme la Pologne, la Biélorussie, la Slovénie et la République tchèque appliquaient les préconisations libérales avec moins d'ardeur (« gradualisme »). Ainsi, alors qu'en 1991 la Pologne et la Russie connaissaient le même taux de mortalité, en 1994 celui de la Russie avait augmenté de 35 % contre une baisse de 10 % en Pologne. Stuckler *et alii* (2009a) montrent qu'en moyenne, les pays ayant appliqué la thérapie de choc ont connu une hausse du taux de mortalité de 18 %. Or, le recul de l'espérance de vie n'a toujours pas été rattrapé : elle était de 68 ans en 1991 contre 66 ans en 2012.

II.3. L'impact de l'austérité sur la santé depuis 2007

Les travaux de Stuckler et Basu font référence dans la littérature consacrée à la relation entre austérité et santé. L'ampleur et la variabilité des politiques d'austérité en Europe (Math, 2014, 2015) constituent un terrain propice à ce type d'analyses qui se multiplient (Reeves *et al.*, 2014a).

La situation sanitaire consécutive à la crise décrite par les travaux de santé publique est assez préoccupante. En Angleterre, entre 2008 et 2010, la crise financière aurait causé à elle seule plus de 846 suicides supplémentaires par rapport à la tendance normale (Barr *et al.*, 2012 ; voir également Coope *et al.*, 2014 ; Reeves *et al.*, 2012 ; Norström, Grönqvist, 2015). Or, d'un point de vue de santé publique, le suicide est la partie émergée de l'iceberg et de nombreuses études révèlent la détérioration de la santé mentale en situation de crise économique (Cooper, 2011 ; Gili *et al.*, 2013). Par ailleurs, certains comportements à risque comme l'alcoolisme semblent croître en période de récession. Bor *et alii* (2013) montrent qu'aux États-Unis entre 2006 et 2010, bien que la consommation globale d'alcool baisse, le *binge drinking*⁷ augmente de façon significative. La question alors posée est de savoir si une politique de relance n'aurait pas pour effet d'atténuer les conséquences de la crise économique ?

Dans cet esprit, Stuckler *et alii* (2009b) montrent qu'une augmentation de 1 % du chômage conduit à une hausse des suicides et des meurtres et qu'une augmentation de 3 % du chômage engendre une hausse des morts relatives à l'alcoolisme, les résultats variant en fonction des systèmes de protection sociale. Certains travaux ont montré que la crise économique et l'austérité augmentent les risques de contamination par maladies infectieuses, augmentent la distance d'accès aux soins et réduisent la qualité de vie (Stuckler *et al.*, 2009c). À l'inverse, le maintien des dépenses produit l'effet contraire. Dans une étude sur les pays de l'OCDE pendant 25 ans, les auteurs trouvent que pour chaque 100 dollars de dépenses sociales la mortalité est réduite de 1,19 % (Stuckler *et al.*, 2010). Dans les pays qui

7. Consommation rapide d'alcool dans le but d'atteindre au plus vite un état d'ivresse. Parfois traduit par la locution « biture expresse ».

dépensent moins de 70 dollars par personne (l'Espagne et les pays entrés dans l'Union européenne après 2004), la détérioration de la situation économique entraîne plus de suicides qu'ailleurs. En Finlande et en Suède, qui dépensent plus de 300 dollars par tête, la crise économique n'a pas d'effet significatif sur le taux de suicide.

Le maintien de la dépense publique pourrait aller à l'encontre de ces évolutions. De nombreux travaux en attestent en prenant des indicateurs d'état de santé très variés. Maruthappu *et alii* (2014) montrent par exemple que les dépenses publiques de santé de 24 pays de l'Union européenne entre 1981 et 2010 sont négativement corrélées à la mortalité maternelle⁸ : une baisse de 1 % des dépenses publiques de santé engendre une augmentation significative du taux de mortalité maternelle estimée à 89 morts supplémentaires (soit une hausse annuelle de 10,6 %). Reeves *et alii* (2014b) analysent de leur côté la prévalence de la tuberculose en fonction des systèmes de protection sociale dans 21 pays européens entre 1995 et 2013. D'après eux, pour 100 dollars de dépense de protection sociale publique supplémentaire, on observe une réduction de 1,53 % du nombre de cas de tuberculose, une réduction de 2,75 % de la mortalité par tuberculose non liée au VIH et une réduction de la mortalité générale par tuberculose de 3,08 %.

La thèse d'un effet protecteur de la dépense publique en situation de crise est défendue par de nombreux auteurs (Glonti *et al.*, 2015 ; Karanikolos *et al.*, 2013 ; Kentikelenis *et al.*, 2011 ; Labonté, Stuckler, 2016 ; McKee *et al.*, 2012 ; Portella, Barrubés, 2015 ; Quaglio *et al.*, 2013). Les cas symétriques de l'Islande et de la Grèce illustrent parfaitement ce que veulent démontrer ces chercheurs (Stuckler, Basu, 2013, trad. fr. 2014). Alors que l'Islande a préféré refuser l'aide du FMI et conserver son système social protecteur, la Grèce fait figure de bon élève au regard des critères édictés par le FMI, la Banque centrale européenne et la Commission européenne. Or, il apparaît que le bon élève obtient les plus mauvais résultats économiques et sanitaires alors que le cancre, coupable d'insubordination, obtient les meilleurs résultats économiques et sanitaires.

En 2007, l'Islande était le cinquième pays le plus riche au monde avec un PIB par habitant de 60 % supérieur à celui des États-Unis et un taux de chômage proche de 2 %. En 2008, la crise économique aux États-Unis a fait s'écrouler l'économie islandaise. Entre 2008 et 2010, le PIB a chuté de plus de 13 % et le chômage s'est élevé à plus de 7 %. L'Union européenne ne voulant pas aider financièrement l'Islande, le pays s'est tourné en 2008 vers le FMI qui s'était engagé à prêter les fonds nécessaires contre des mesures d'austérité drastiques (par exemple, la baisse des dépenses de santé de 30 %). À la suite d'émeutes contre cette proposition et un référendum,

8. La mortalité maternelle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme le taux de décès évitable des femmes liés à la grossesse ou à l'accouchement.

en 2009 le pays a choisi la relance plutôt que l'austérité. Ce choix de politique publique a été décisif sur l'état de santé de la population. Entre 2007 et 2010, c'est-à-dire pendant les pires années de crise, contrairement à ce que l'on observe ailleurs, le taux de mortalité a continué à diminuer, le taux de suicide est resté constant et le nombre de crises cardiaques n'a pas augmenté (Ifanti *et al.*, 2013). La dépense publique (y compris les dépenses de santé) est passée de 42,3 % du PIB en 2007 à 57,7 % en 2008. La dévaluation de la monnaie a rendu difficile l'importation de médicaments mais cela a été compensé par une augmentation des dépenses : de 380 000 à 453 000 couronnes (3 056 à 3 643 euros) par personne entre 2007 et 2009. La dévaluation, si souvent redoutée, n'a pas eu d'effet sur l'accès aux soins. Les dépenses de protection sociale sont passées de 2,2 milliards de dollars (1,9 milliard d'euros) en 2007 à 3 milliards de dollars (2,5 milliards d'euros) en 2009 (soit de 21 à 25 % du PIB).

Le cas de la Grèce offre le contre-exemple parfait du cas islandais (Burgi, 2014 et dans ce numéro). Les conséquences de l'austérité ont été tragiques (Kentikelenis *et al.*, 2011 ; Ifanti *et al.*, 2013 ; Quaglio *et al.*, 2013). En 2009, le budget consacré à la santé a chuté de 26 à 16 milliards d'euros. En 2010, après la mise en place du premier plan de « sauvetage », la compagnie pharmaceutique Novo-Nordisk a quitté la Grèce du fait des coupes budgétaires : l'État grec lui devait 36 millions d'euros et 50 000 diabétiques ont été privés d'insuline. En 2009, 15 % de personnes de plus se considéraient en mauvaise ou très mauvaise santé par rapport à 2007. Entre 2007 et 2009, l'accès aux soins a chuté de 15 %. La conséquence directe a été la chute de fréquentation des cliniques privées, en raison de l'insolvabilité d'une partie de la population, alors que les consultations en hôpital public ont augmenté de plus de 25 %. En dépit de cette bascule entre consultations privées et publiques, la contrainte d'austérité a débouché sur la suppression de 35 000 emplois de soignants, médecins et professionnels de santé publique. Le taux de suicide chez les hommes a augmenté de 20 % entre 2007 et 2009. L'état sanitaire de la population favorise le déclenchement de maladies comme l'épidémie de la fièvre du Nil occidental en 2010, la malaria en Attique de l'Est et en Laconie. La Grèce est le seul pays en Europe avec une recrudescence des infections au VIH. Entre janvier et octobre 2011, le nombre de nouvelles infections a été multiplié par 10.

III. Problèmes théoriques et empiriques d'une littérature peu structurée

Les recherches présentées ici sur le lien entre conditions macro-économiques et état de santé fournissent de nombreux résultats qui sont

cependant difficiles à interpréter. Les deux sections suivantes analysent ces problèmes sur un plan empirique (III.1.) et théorique (III.2.).

III.1. La difficile comparaison des résultats empiriques

Plusieurs problèmes empiriques invitent à prendre du recul par rapport aux résultats de notre revue de littérature. Les remarques qui suivent sont alors autant de pistes à approfondir pour éventuellement expliquer les incohérences dans les résultats observés.

D'abord, il faut souligner à nouveau que les deux littératures étudiées ne se posent pas exactement la même question de recherche. Alors que les travaux dans le sillage de Christopher Ruhm s'intéressent à l'impact d'une fluctuation de l'activité économique sur l'état de santé, ceux portés par Stuckler et Basu se concentrent sur l'impact différencié d'une politique d'austérité ou de relance sur l'état de santé. Dans le premier cas, on ne s'intéresse pas à la politique publique, dans le second elle est le cœur de la recherche.

Une deuxième limite à la comparaison des résultats (entre et à l'intérieur des deux littératures) concerne l'indicateur utilisé pour mesurer les fluctuations économiques. La plupart des travaux mentionnés utilisent le taux de chômage pour évaluer le retournement de l'activité économique. Or, la comparaison entre les études est rendue ardue par le fait que les variations de l'activité ne sont pas toutes de même ampleur. Comme l'a souligné la section I.3, il n'y a aucune raison pour que les effets du cycle économique sur l'état de santé soient linéaires. Dans ces conditions, comparer des études sur la crise de 2007 à d'autres fondées sur des évolutions du taux de chômage plus modérées paraît peu pertinent. De la même façon, à l'intérieur de la crise ouverte en 2007, il n'est pas pertinent d'analyser de la même façon les évolutions macroéconomiques et politiques de tous les pays.

Ensuite, on peut noter un biais potentiellement important dans les données utilisées. Dans la première partie, une majorité conséquente d'études se fondent sur des données provenant des États-Unis. Or, ce pays possède des caractéristiques propres qui limitent les possibilités de comparaison et de généralisation. Deux traits distinctifs au moins peuvent être mentionnés : la plus grande flexibilité du marché du travail (plus largement la moindre régulation des relations d'emploi) et les très grandes inégalités en termes d'accès à une complémentaire santé (publique ou privée) de qualité (bien couvrante), de nombreux individus vivant sans couverture aucune. Cette dimension institutionnelle est très peu prise en compte dans les travaux sur l'impact des conditions macroéconomiques sur la santé. On peut alors se demander si les résultats obtenus aux États-Unis sont généralisables dans d'autres contextes institutionnels. De façon symétrique au biais

lié à l'utilisation de données provenant des États-Unis, les analyses existantes ne distinguent pas leurs résultats en fonction du stade de développement des pays étudiés. Comme nous l'avons rappelé dans la section I.1, la transition épidémiologique a un impact sur la relation entre revenu et santé. Il est donc probable que les effets de l'évolution des conditions macroéconomiques sur la santé soient différents avant et après ce stade de développement. Ainsi, les cas de la crise asiatique et de la crise de 2007 en Europe ne sont donc peut-être pas de même nature.

Enfin, l'un des principaux problèmes provient de la contradiction entre les résultats des études menées avec des données agrégées (comme celles de Christopher Ruhm) et d'autres avec des données individuelles (voir sur cette question Karanikolos *et al.*, 2013). Les données individuelles forment les bases de données les plus précises puisqu'elles sont décomposées en une liste complète d'individus et de variables (des variables d'état de santé et des variables socioéconomiques). À l'inverse, les données agrégées résultent de l'agrégation de certaines informations, soit au niveau des individus soit au niveau des variables, en fonction de caractéristiques communes. Les données agrégées sont plus facilement disponibles mais impliquent une perte d'information.

La contradiction entre les résultats obtenus à partir de ces deux types de données est particulièrement troublante à propos des études sur le chômage, lorsque ce dernier est utilisé comme indicateur de l'activité économique. Alors que les analyses à partir de données individuelles démontrent la dimension procyclique de la mortalité (le ralentissement économique mesuré par l'augmentation du chômage réduit l'état de santé), les études fondées sur des données agrégées démontrent l'inverse. Pour Ruhm, le ralentissement économique est bon pour la santé et on pourrait en déduire que le chômage l'est également. Or, pour les études en données individuelles, le chômage est lié à une plus forte mortalité, à des problèmes de santé mentale, à des comportements à risque, à des suicides, etc. Cette apparente contradiction provient probablement du fait que dans les études en données agrégées la détérioration de l'état de santé des personnes au chômage ne contrebalance pas la tendance moyenne à l'amélioration de l'état de santé du reste de la population. Néanmoins, cette hypothèse ne trouve pas encore de confirmation empirique solide et appelle à un approfondissement des recherches sur le passage entre les niveaux microéconomique et macroéconomique.

III.2. Des cadres théoriques fragiles

Le deuxième type de problème que posent les deux grandes littératures étudiées dans cet article concerne leur cadre théorique.

Dans son article fondateur concernant l'impact croissant de la croissance économique sur la mortalité, Christopher Ruhm propose quatre explications possibles à la dimension procyclique de la mortalité (Ruhm, 2000). D'abord, la variation du coût d'opportunité du temps peut avoir un impact sur la santé. Avec la reprise de l'activité économique et l'augmentation du taux d'emploi, il est probable que les ménages réduisent leur temps de loisir consacré aux activités bonnes pour la santé (pratique sportive). De plus, le coût relatif du temps pour prendre des rendez-vous médicaux s'élève et pourrait expliquer de moindres consultations préventives et curatives. Il est ensuite possible de considérer que la santé est un *input*. Au même titre que le capital et le travail, elle serait un facteur de production nécessairement détruit durant le processus de production. L'auteur prend comme cas emblématique l'augmentation des accidents du travail dans la construction en phase d'expansion. Ensuite, l'activité économique est associée à des risques pour la santé non liés directement au travail : accidents de la route, alcoolisme et autres drogues, suicides, homicides, etc. Selon l'auteur, la hausse de l'activité économique implique plus de trajets routiers (et donc d'accidents) et de meilleurs revenus qui permettent de financer des consommations à risque. À l'inverse, la détérioration de l'activité économique conduirait à de la violence contre soi (suicides) ou contre les autres (homicides). Enfin, les flux migratoires, sensibles aux conditions économiques, peuvent impacter la santé. Aux États-Unis, il est possible que les déménagements causés par la détérioration de la situation de l'emploi dans certains États augmentent les risques pour la santé dans les États d'accueil du fait de l'importation de maladies et de la faiblesse des infrastructures locales (routes, système médical, aide sociale, etc.).

Ces explications se basent sur le modèle néoclassique de l'agent rationnel. Or, dans le domaine de la santé, de nombreuses études ont démontré la fragilité de cette théorie pour la compréhension des questions de santé. Le patient ne se comporte pas en consommateur rationnel investissant un capital santé en fonction des rendements escomptés. Penser son rapport à la santé par la mécanique froide du bilan coût-avantage est donc sujet à caution (Batifoulier, 2014).

Si le cadre théorique néoclassique paraît *ad hoc*, la littérature en santé publique se passe complètement de modélisation théorique. L'ensemble de ces travaux repose exclusivement sur une question empirique : est-ce la crise économique qui a un impact négatif sur la santé des populations ou est-ce la réponse politique à la crise économique qui a un impact négatif sur la santé des populations ? Dans le premier cas, tout se passe comme si la dégradation de l'état de santé de la population était liée à une catastrophe naturelle. Comme un séisme ou une tornade, la crise économique est un évènement difficile à prévoir parce que dans l'ordre de la nature. Dès lors,

il n'y a rien à faire sinon à panser les plaies. La politique publique n'est d'aucune utilité pour améliorer l'état de santé de la population. Elle peut s'intéresser à la sortie de crise mais il n'y aurait pas de lien direct entre cette réponse politique et l'état de santé. Cette première hypothèse établit un lien causal entre crise économique et dégradation de l'état de santé tandis que la politique publique souffrirait d'impuissance. Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'on pense que la crise économique est un événement qui peut être traité par une politique publique adéquate, il est toujours possible d'éviter la dégradation de l'état de santé de la population. Étant admis préalablement que l'on peut faire quelque chose, se pose alors la question de ce qu'il convient de faire. La constitution d'une protection sociale forte (assurance santé publique, soins gratuits, assurance chômage généreuse, aide au logement, etc.) serait alors le garant de la santé des populations, malgré la force de la crise économique. À l'inverse, une réponse à la crise par des politiques d'austérité (réduction des budgets publics de tout ordre, politique monétaire restrictive, etc.) serait la voie principale pour accélérer la détérioration de l'état de santé de la population. Ici, le lien de causalité n'est pas entre crise économique et état de santé mais entre réponse politique à la crise et état de santé : les politiques de relance sont bénéfiques pour la santé tandis que les politiques d'austérité la détériorent.

Le socle des travaux inspirés par Stuckler et Basu consiste à étudier les effets différenciés sur la santé des politiques de relance et des politiques d'austérité. Méthodologiquement, la stratégie de recherche s'inspire des pratiques en médecine avec l'usage d'essais cliniques randomisés. L'idée est de tester l'effet d'un traitement (ici une politique économique) sur deux populations, un groupe test qui reçoit le traitement et un groupe témoin qui ne reçoit rien. L'objectif est d'obtenir des résultats empiriques dénués d'ambiguïtés. Cependant, comme c'est le cas dans le cadre des essais en médecine (Da Silva, 2017 ; Labrousse, 2010), la prétention à l'objectivité de cette méthode ne résiste pas à l'analyse critique. Par exemple, cette méthode suppose d'analyser deux populations homogènes. Or, comme cela a été souligné plus haut, il est difficile de faire fi des différences institutionnelles et culturelles entre les nations et à l'intérieur même de ces nations. Par ailleurs, l'une des limites importantes de cette démarche de recherche porte sur l'absence de modèle théorique explicatif. Savoir qu'un traitement est efficace est une information pertinente mais elle est très partielle si on ne sait pas pourquoi il est efficace. Même si les arguments empiriques des travaux dans le sillage de Stuckler et Basu constituent des preuves difficilement contestables, on peut regretter l'absence d'un cadre théorique permettant de mieux comprendre leurs résultats et les mécanismes par lesquels l'intervention publique sauve des vies.

Conclusion

Les travaux sur l'effet des conditions macroéconomiques sur la santé sont ambivalents. L'analyse proposée ici met en évidence l'existence de deux courants particulièrement étanches l'un à l'autre. Autour des travaux de Christopher Ruhm, les économistes montrent l'impact positif pour la santé de la crise économique (hors taux de suicide). La crise ouverte en 2007 a conduit à un renouvellement de cette littérature dont les résultats sont désormais moins assurés. Les crises économiques importantes peuvent avoir des effets contradictoires sur la santé. Face à ce courant, les travaux en santé publique modifient légèrement le questionnement et accusent la politique publique de détériorer la santé lorsqu'elle consiste à appliquer des programmes d'austérité pour répondre à la crise. Cette littérature est plus récente et moins stabilisée. Les études respectant une méthodologie comparative rigoureuse sont encore peu nombreuses. Par exemple, la comparaison entre le cas de l'Islande et de la Grèce n'a pas fait l'objet d'un traitement statistique conforme aux normes en vigueur dans les différents champs disciplinaires. Mais la violence des effets sanitaires et sociaux est telle qu'il n'est pas possible de ne pas attribuer une forte valeur à la comparaison (Bacigalupe *et al.*, 2016).

Dans ce cadre, la première des conclusions est probablement celle de Stuckler *et alii* (2015) appelant à des travaux interdisciplinaires. Passant au crible 461 articles portant sur l'articulation crise, austérité et santé, les auteurs montrent l'existence de réseaux de publication fortement cloisonnés en fonction des disciplines, des journaux et des cadres théoriques. Les différences méthodologiques sont également importantes pour démontrer les causalités. Sans dialogue interdisciplinaire, il ne sera pas possible de dépasser les contradictions entre ces deux littératures.

Malgré ces obstacles méthodologiques, il existe tout de même de solides arguments pour défendre la thèse selon laquelle la réponse politique à la crise actuelle en termes d'austérité détériore l'état de santé de la population. Parmi d'autres cas, l'expérience dramatique de la Grèce est emblématique.

Références bibliographiques

- Abramowitz J. (2016), « The Connection between Working Hours and Body Mass Index in the US: A Time Use Analysis », *Review of Economics of the Household*, vol. 14, n° 1, p. 131-154, <https://doi.org/10.1007/s11150-014-9267-4>.
- Ariizumi H., Schirle T. (2012), « Are Recessions Really Good for Your Health? Evidence from Canada », *Social Science & Medicine*, vol. 74, n° 8, p. 1224-1231, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.038>.
- Bacigalupe A., Shahidi F.V., Muntaner C., Martín U., Borrell C. (2016), « Why Is There so Much Controversy Regarding the Population Health Impact of the Great Recession? Reflections on Three Case Studies », *International Journal of Health Services*, vol. 46, n° 1, p. 5-35, <https://doi.org/10.1177/0020731415611634>.
- Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A., McKee M., Stuckler D. (2012), « Suicides Associated with the 2008-10 Economic Recession in England: Time Trend Analysis », *British Medical Journal*, n° 345, e5142, <https://doi.org/10.1136/bmj.e5142>.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulier P., Abecassis D., Da Silva N., Duchesne V., Moulin L. (2016), *L'utilité sociale de la dépense publique*, rapport final du projet de recherche sur « dépense publique, équité sociale et utilité » dans le cadre de l'Agence d'objectifs Ires, Centre Henri Aigueperse UNSA-Éducation, octobre, <https://goo.gl/ZEOia9>.
- Bellés-Obrero C., Jiménez-Martín S., Vall-Castello J. (2016), « Bad Times, Slimmer Children? », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 93-112, <https://doi.org/10.1002/hec.3434>.
- Bennett G.G., Scharoun-Lee M., Tucker-Seeley R. (2009), « Will the Public's Health Fall Victim to the Home Foreclosure Epidemic? », *PLoS Medicine*, vol. 6, n° 6, e1000087, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000087>.
- Blanpain N. (2011), « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *Insee Première*, n° 1372, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280972>.
- Bor J., Basu S., Coultts A., McKee M., Stuckler D. (2013), « Alcohol Use During the Great Recession of 2008-2009 », *Alcohol and Alcoholism*, vol. 48, n° 3, p. 343-348, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt002>.
- Brainerd E., Cutler D.M. (2005), « Autopsy on an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union », *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 19, n° 1, p. 107-130, https://www.jstor.org/stable/4134995?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Brenner H. (1971), « Economic Changes and Heart Disease Mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 61, n° 3, p. 606-611, <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.61.3.606>.
- Brenner H. (1979), « Mortality and the National Economy. A Review, and the Experience of England and Wales, 1936-76 », *The Lancet*, vol. 2, n° 8142, p. 568-573, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(79\)91626-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(79)91626-X/abstract).

- Brenner H. (1987), « Economic Change, Alcohol Consumption and Heart Disease Mortality in Nine Industrialized Countries », *Social Science & Medicine*, vol. 25, n° 2, p. 119-132.
- Browning M., Heinesen E. (2012), « Effect of Job Loss Due to Plant Closure on Mortality and Hospitalization », *Journal of Health Economics*, vol. 31, n° 4, p. 599-616, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.03.001>.
- Buchmueller T., Grignon M., Jusot F. (2007), « Unemployment and Mortality in France, 1982-2002 », *CHEPA Working Paper*, n° 07-04, McMaster University, <http://www.chepa.org/Files/Working%20Papers/CHEPA%20WP%2007-04.pdf>.
- Burgi N. (dir.) (2014), *La grande régression. La Grèce et l'avenir de l'Europe*, Paris, Le Bord de l'eau.
- Burgi N. (2017), « Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique », *La Revue de l'IREs*, n° 91-92, p. 77-110.
- Colman G., Dave D. (2013), « Exercise, Physical Activity, and Exertion over the Business Cycle », *Social Science & Medicine*, n° 93, p. 11-20, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.032>.
- Cooper C., Gunnell D., Hollingworth W., Hawton K., Kapur N., Fearn V., Wells C., Metcalfe C. (2014), « Suicide and the 2008 Economic Recession: Who Is Most at Risk? Trends in Suicide Rates in England and Wales 2001-2011 », *Social Science & Medicine*, n° 117, p. 76-85, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.024>.
- Cooper B. (2011), « Economic Recession and Mental Health: An Overview », *Neuropsychiatrie*, vol. 25, n° 3, p. 113-117.
- Currie J., Tekin E. (2015), « Is There a Link between Foreclosure and Health? », *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 7, n° 1, p. 63-94, <https://doi.org/10.1257/pol.20120325>.
- Da Silva N. (2017), « Quantifier la qualité des soins : une critique de la "rationalisation" de la médecine libérale française », *Revue française de socio-économie*, vol. 19, n° 2, p. 111-130.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012), « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique*, vol. 28-29, n° 1-2, p. 123-147, <https://economiepublique.revues.org/8851>.
- Eyer J. (1977), « Prosperity As A Cause of Death », *International Journal of Health Services*, vol. 7, n° 1, p. 125-150, <https://doi.org/10.2190/9WA2-RVL3-MT9D-EL9D>.
- Fishback P.V., Haines M.R., Kantor S. (2007), « Births, Deaths, and New Deal Relief during the Great Depression », *The Review of Economics and Statistics*, vol. 89, n° 1, p. 1-14, <https://doi.org/10.1162/rest.89.1.1>.
- Fleurbaey M., Herpin N., Martinez M., Verger D. (1998), « Mesurer la pauvreté ? », *Économie et Statistique*, vol. 308, n° 1, p. 23-33, <https://doi.org/10.3406/estat.1998.2588>.
- French M.T., Gumus G. (2014), « Macroeconomic Fluctuations and Motorcycle Fatalities in the US », *Social Science & Medicine*, n° 104, p. 187-193, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.019>.

- García-Gómez P., Jiménez-Martín S., Labeaga J.M. (2016), « Consequences of the Economic Crisis on Health and Health Care Systems », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 3-5, <https://doi.org/10.1002/hec.3442>.
- Gerdtham U.-G., Ruhm C.J. (2006), « Deaths Rise in Good Economic Times: Evidence from the OECD », *Economics & Human Biology*, vol. 4, n° 3, p. 298-316, <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2006.04.001>.
- Gili M., Roca M., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2013), « The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010 », *European Journal of Public Health*, vol. 23, n° 1, p. 103-108, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>.
- Glonti K., Gordeev V.S., Goryakin Y., Reeves A., Stuckler D., McKee M., Roberts B. (2015), « A Systematic Review on Health Resilience to Economic Crises », *PLoS One*, vol. 10, n° 4, e0123117, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123117>.
- Goel R.K. (2014), « Economic Stress and Cigarette Smoking: Evidence from the United States », *Economic Modelling*, vol. 40, n° C, p. 284-289.
- Gonzalez F., Quast T. (2011), « Macroeconomic Changes and Mortality in Mexico », *Empirical Economics*, vol. 40, n° 2, p. 305-319, <https://doi.org/10.1007/s00181-010-0360-0>.
- Granados J.A.T. (2005), « Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997 », *European Journal of Population*, vol. 21, n° 4, p. 393-422, <https://doi.org/10.1007/s10680-005-4767-9>.
- Ifanti A.A., Argyriou A.A., Kalofonou F.H., Kalofonos H.P. (2013), « Financial Crisis and Austerity Measures in Greece: Their Impact on Health Promotion Policies and Public Health Care », *Health Policy*, vol. 113, n° 1-2, p. 8-12, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.017>.
- Ires (2010), « L'État social à l'épreuve de l'austérité », n° spécial, *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre, <http://www.ires.fr/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/110-127>.
- Ires (2014), « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », n° spécial, *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, <http://www.ires-fr.org/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/90-148>.
- Jusot F. (2012), « Les récessions sont-elles vraiment mauvaises pour la santé ? », *Les Tribunes de la santé*, vol. 36, n° 3, p. 73-80, <https://doi.org/10.3917/seve.036.0073>.
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J., McKee M. (2013), « Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe », *The Lancet*, vol. 381, n° 9874, p. 1323-1331, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D. (2011), « Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy », *The Lancet*, vol. 378, n° 9801, p. 1457-1458, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61556-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61556-0).
- Labonté R., Stuckler D. (2016), « The Rise of Neoliberalism: How Bad Economics Imperils Health and What to Do about it », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 70, n° 3, p. 312-318, <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206295>.

- Labrousse A. (2010), « Nouvelle économie du développement et essais cliniques randomisés : une mise en perspective d'un outil de preuve et de gouvernement », *Revue de la Régulation*, n° 7, en ligne, <https://regulation.revues.org/7818#article-7818>.
- Lusardi A., Schneider D., Tufano P. (2011), « Financially Fragile Households: Evidence and Implication », *NBER Working Paper Series*, n° 17072, https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2011/03/2011a_bpea_lusardi.pdf.
- Marcus J. (2013), « The Effect of Unemployment on the Mental Health of Spouses – Evidence from Plant Closures in Germany », *Journal of Health Economics*, vol. 32, n° 3, p. 546-558, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.02.004>.
- Maruthappu M., Ng K., Williams C., Atun R., Agrawal P., Zeltner T. (2014), « The Association between Government Healthcare Spending and Maternal Mortality in the European Union, 1981-2010: A Retrospective Study », *General Obstetrics*, vol. 122, n° 9, p. 1216-1224, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13205>.
- Math A. (2014), « La santé au péril de l'austérité », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, p. 22-52, <https://goo.gl/qe7m4h>.
- Math A. (2015), « Les mutations des dépenses de protection sociale sur longue période », in Monnier J.-M. (dir.), *Finances publiques*, 4^e éd., Paris, La Documentation française.
- McKee M., Karanikolos M., Belcher P., Stuckler D. (2012), « Austerity: A Failed Experiment on the People of Europe », *Clinical Medicine*, vol. 12, n° 4, p. 346-350, <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.12-4-346>.
- McLaughlin K.A., Nandi A., Keyes K.M., Uddin M., Aiello A.E., Galea S., Koenen K.C. (2012), « Home Foreclosure and Risk of Psychiatric Morbidity during the Recent Financial Crisis », *Psychological Medicine*, vol. 42, n° 07, p. 1441-1448, <https://doi.org/10.1017/S0033291711002613>.
- Miller D.L., Page M.E., Stevens A.H., Filipski M. (2009), « Why Are Recessions Good for Your Health? », *American Economic Review*, vol. 99, n° 2, p. 122-127, <https://doi.org/10.1257/aer.99.2.122>.
- Norström T., Grönqvist H. (2015), « The Great Recession, Unemployment and Suicide », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 69, n° 2, p. 110-116, <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204602>.
- Olafsson A. (2016), « Household Financial Distress and Initial Endowments: Evidence from the 2008 Financial Crisis », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 43-56, <https://doi.org/10.1002/hec.3426>.
- Omran A.R. (1971), « The Epidemiologic Transition. A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 4, p. 509-538.
- Portella E., Barrubés J. (2015), « Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ? », *Santé publique*, vol. 27, n° 1, p. 5-6, <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-5.htm>.
- Preston S.H. (1975), « Health Programs and Population Growth », *Population and Development Review*, vol. 1, n° 2, p. 189-199.
- Quaglio G., Karapiperis T., Van Woensel L., Arnold E., McDaid D. (2013), « Austerity and Health in Europe », *Health Policy*, vol. 113, n° 1-2, p. 13-19, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.005>.

- Reeves A., McKee M., Basu S., Stuckler D. (2014a), « The Political Economy of Austerity and Healthcare: Cross-national Analysis of Expenditure Changes in 27 European Nations 1995-2011 », *Health Policy*, vol. 115, n° 1, p. 1-8, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.11.008>.
- Reeves A., Basu S., McKee M., Stuckler D., Sandgren A., Semenza J. (2014b), « Social Protection and Tuberculosis Control in 21 European Countries, 1995-2012: A Cross-national Statistical Modelling Analysis », *The Lancet*, vol. 14, n° 11, p. 1105-1112, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70927-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70927-2).
- Reeves A., Stuckler D., McKee M., Gunnell D., Chang S.-S., Basu S. (2012), « Increase in State Suicide Rates in the USA During Economic Recession », *The Lancet*, vol. 380, n° 9856, p. 1813-1814, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61910-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61910-2).
- Robine J.-M. (2001), « Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à travers l'étude de la dispersion des durées de vie. Le cas de la France », *Population*, vol. 56, n° 1, p. 199-221, <https://doi.org/10.3917/popu.p2001.56n1-2.0221>.
- Roelfs D.J., Shor E., Davidson K.W., Schwartz J.E. (2011), « Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-analysis of Unemployment and All-cause Mortality », *Social Science & Medicine*, vol. 72, n° 6, p. 840-854, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005>.
- Ruhm C.J. (2000), « Are Recessions Good for Your Health? », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 115, n° 2, p. 617-650, <https://doi.org/10.1162/003355300554872>.
- Ruhm C.J. (2012), « Understanding the Relationship between Macroeconomic Conditions and Health », in Jones A.M. (ed.), *The Elgar Companion to Health Economics*, Second Edition, Cheltenham, Edward Elgar, p. 5-14, <https://doi.org/10.4337/9780857938138>.
- Ruhm C.J. (2016), « Health Effects of Economic Crises », *Health Economics*, vol. 25, n° S2, p. 6-24, <https://doi.org/10.1002/hec.3373>.
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills: Recessions, Budget Battles, and the Politics of Life and Death*, New York, Basic Books.
- Stuckler D., Basu S., McKee M. (2010), « Budget Crises, Health, and Social Welfare Programmes », *British Medical Journal*, n° 340, c3311, <https://doi.org/10.1136/bmj.c3311>.
- Stuckler D., King L., McKee M. (2009a), « Mass Privatisation and the Post-communist Mortality Crisis: A Cross-national Analysis », *The Lancet*, vol. 373, n° 9661, p. 399-407, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60005-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60005-2).
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009b), « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis », *The Lancet*, vol. 374, n° 9686, p. 315-323, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7).
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., McKee M. (2009c), « The Health Implications of Financial Crisis: A Review of the Evidence », *The Ulster Medical Journal*, vol. 78, n° 3, p. 142-145.
- Stuckler D., Meissner C., Fishback P., Basu S., McKee M. (2012), « Banking Crises and Mortality During the Great Depression: Evidence from US Urban Populations, 1929-1937 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 66, n° 5, p. 410-419, <https://doi.org/10.1136/jech.2010.121376>.

- Stuckler D., Reeves A., Karanikolos M., McKee M. (2015), « The Health Effects of the Global Financial Crisis: Can We Reconcile the Differing Views? A Network Analysis of Literature Across Disciplines », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 10, n° 01, p. 83-99, <https://doi.org/10.1017/S1744133114000255>.
- Tabuteau D. (2013), *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.
- Tekin E., McClellan C., Minyard K.J. (2013), « Health and Health Behaviors during the Worst of Times: Evidence from the Great Recession », *NBER Working Paper*, n° 19234, National Bureau of Economic Research, <https://doi.org/10.3386/w19234>.
- Toffolutti V., Suhrcke M. (2014), « Assessing the Short Term Health Impact of the Great Recession in the European Union: A Cross-country Panel Analysis », *Preventive Medicine*, n° 64, p. 54-62, <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.03.028>.
- Ulmann P. (1999), « Les relations entre santé et croissance dans les pays développés », *Les Cahiers du Gratice*, n° 15, p. 9-45.
- van Gool K., Pearson M. (2014), « Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD Countries », *OECD Health Working Papers*, n° 76, September 4, <https://doi.org/10.1787/5jxx711t1zg6-en>.
- Wilkinson R.G. (2010), *L'égalité c'est la santé*, Paris, Demopolis.
- Wilkinson R.G., Pickett K.E. (2013), *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*, Paris/Namur, Institut Veblen/Les Petits matins/Etopia.
- Wilper A.P., Woolhandler S., Lasser K.E., McCormick D., Bor D.H., Himmelstein D.U. (2009), « Health Insurance and Mortality in US Adults », *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 12, p. 2289-2295, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.157685>.
- Xu X. (2013), « The Business Cycle and Health Behaviors », *Social Science & Medicine*, n° 77, p. 126-136, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.016>.

Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique

Noëlle BURGI¹

Le système national de santé grec a été démantelé par l'application d'un ensemble de mesures imposées depuis 2010 par les créanciers de la Grèce dans les secteurs de santé primaire, secondaire et pharmaceutique. Ce texte présente une analyse critique des principales mesures de compression budgétaire mises en place dans ces secteurs et introduit un débat sur des initiatives communautaires censées renforcer certains déterminants sociaux de la santé (indemnités de chômage, assurance maladie, revenu minimum garanti). Il apparaît que les politiques mémorandaires ont manqué le but d'efficacité et d'efficacités affichés, mais peut-être pas le projet implicite de construire un « nouveau modèle social européen » réduit à quelques prestations tout juste suffisantes à la survie des dépossédés. En s'appuyant sur de nombreux travaux scientifiques, des entretiens en Grèce auprès de militants et dans des établissements de soin et une enquête en cours dans des quartiers ouvriers du Pirée, l'article conclut à l'épuisement – passager ? – des forces luttant pour la survie des droits sociaux démocratiques.

Depuis 2010, la Grèce est soumise à un régime de discipline et de contrôle de ses finances et politiques publiques sans équivalent dans l'histoire européenne d'après 1945. Peu après la révélation en 2009 des « vrais » chiffres, jusque-là maquillés, du déficit public grec² par le gouvernement tout juste élu de Georges Papandreou, la troïka (Commission européenne, Banque centrale européenne et Fonds monétaire international³)

1. CNRS, CESSP.

2. Surestimé à 15,8 % du PIB après de troublantes révisions à la hausse, mais tout de même bien supérieur à la limite des 3 % autorisée par le traité de Maastricht. Pour une analyse approfondie, voir le site du Comité pour l'abolition des dettes illégitimes (CADTM) et en particulier le Rapport CADTM 2015.

3. Rejointe par le Mécanisme européen de stabilité (MES) en 2015, elle est devenue un Quartet.

des institutions créditrices du pays a mis le pays sous tutelle à travers une série de plans d'ajustement structurel ou mémorandums (2010, 2012, 2015⁴) censés résoudre le problème de sa dette et le remettre sur le chemin de la croissance. Les objectifs affichés de ces programmes n'ont pas été atteints, au contraire. Sept ans après leur mise en œuvre, la Grèce se trouve dans une situation bien pire qu'en 2010.

Ce n'est pas faute d'avoir appliqué les mesures contenues dans les mémorandums, ou d'avoir prolongé à souhait leur mise en œuvre. La troïka se dit régulièrement « impatiente » et reproche au gouvernement grec ses retards dans la mise en œuvre des « paquets » de réformes prescrites, mais elle ne lui laisse pratiquement aucune marge de manœuvre. En effet, l'approche générale des mémorandums est celle d'un « système de surveillance intense et quasi permanent ». Joaquin Almunia, alors commissaire européen chargé des Affaires économiques et monétaires, avait utilisé cette formule en février 2010 pour désigner le régime qui serait bientôt infligé à la Grèce : celle-ci devrait « quantifier » et « préciser » les mesures annoncées, « envoyer le calendrier » de leur mise en œuvre, rendre compte très régulièrement de l'état d'avancement de son programme et s'engager à prendre incessamment des mesures supplémentaires si ces objectifs n'étaient pas atteints⁵. « C'est la première fois que des instruments de surveillance économique et budgétaire sont utilisés simultanément et de manière intégrée », se félicitait pour sa part la Commission européenne. De fait, pour éviter tout retour en arrière et rendre les effets des programmes d'austérité irréversibles, la méthode appliquée en Grèce (puis à d'autres pays vulnérables) consiste à concentrer les mesures (*frontloading*) et à en vérifier constamment la bonne exécution, notamment à la veille des versements du prêt, prévus par tranches en principe tous les trimestres. L'état d'avancement du programme d'austérité est lui-même subordonné à l'appréciation qu'en donnent les experts et contrôleurs de la troïka, installés à plein temps dans les ministères et soutenus dans leur tâche par d'autres experts. Ce qui conduit les créanciers du pays à des actes répétitifs d'intimidation et de chantage. Ils exigent régulièrement des mesures d'austérité plus convaincantes à leurs yeux, reportent les versements, menacent de couper les vivres.

4. De très nombreux documents sont associés aux mémorandums (CADTM, 2015). Pour les deux premiers mémorandums, on peut consulter les documents de la Commission européenne (European Commission, 2010, 2012). Pour le troisième, on dispose d'une version commentée par Yanis Varoufakis, ex-ministre des Finances du premier gouvernement Tsipras, du Communiqué de l'Eurogroupe et du mémorandum (<https://varoufakis.files.wordpress.com/2015/08/mou-annotated-by-yv.pdf>) et de sa traduction française sur le blog de Paul Jorion (<http://www.pauljorion.com/blog/2015/07/16/communique-sur-la-grece-avec-les-annotations-de-yanis-varoufakis/>).

5. Joaquin Almunia est largement cité dans la presse quotidienne du 12 février 2010. Sur l'approche méthodique et punitive des mémorandums et, au-delà, de la « nouvelle gouvernance européenne » entérinée par le Traité budgétaire européen (2012), voir Greer *et al.* (2016) ; Stamati, Baeten (2014) ; Burgi (2014a, 2014b), ainsi que les mémorandums eux-mêmes (voir note précédente).

Les mémorandums font partie d'une stratégie plus globale fondée sur une doctrine dite d'« austérité expansionniste » en vertu de laquelle une baisse des coûts relatifs par rapport à d'autres économies permet de créer les conditions d'une reprise par les exportations. En l'absence d'une dévaluation de la monnaie, elle suppose que soient appliquées des politiques austéritaires ⁶ dites de dévaluation interne : coupes plus ou moins importantes dans la protection sociale, la santé, l'éducation et d'autres services publics, baisses des salaires et des retraites, augmentation des impôts indirects sur la consommation, dérégulation des relations professionnelles et du droit du travail... Cette doctrine a été discréditée sur les plans méthodologique et empirique (Jayadev, Konczal, 2010 ; FMI, 2012 ; Herndon *et al.*, 2013) : comme l'avait noté Paul Krugman, ses prédictions « ont été entièrement contredites par la réalité, et la recherche académique invoquée pour soutenir [cette] position s'est révélée truffée d'erreurs, d'omissions et de statistiques suspectes ». Entre autres difficultés, la dévaluation interne ne peut pas fonctionner si tous les pays d'une même zone économique l'adoptent simultanément : dans ce cas, son seul effet est de conduire à une baisse des niveaux de vie et à réduire l'accès des populations aux biens publics essentiels. C'est néanmoins la voie qui fut choisie en réponse à la crise financière de 2007-2008 pour tous les États membres de l'Union économique et monétaire (UEM). En Grèce, les programmes d'austérité sans fin et toujours plus intenses ont entraîné une dépression économique et une récession sociale jamais vues en Europe en temps de paix (Ioakeimoglou, 2017). Persistantes, les institutions créditrices du pays lui appliquent encore ces mesures.

La société grecque a pourtant résisté au traitement subi. Le pays fut secoué par une impressionnante vague de grèves et de manifestations qui dura jusqu'en 2012 malgré une tout aussi impressionnante répression policière (Kotronaki, 2014). Le système politique se fractura. Tandis qu'aux élections de 2012 le Parti socialiste panhellénique (Pasok) s'effondrait et que les conservateurs de Nouvelle démocratie (ND), quoique plus résistants, s'affaiblissaient, le parti de la gauche radicale Syriza devenait le premier parti d'opposition. Emmené par Alexis Tsipras et porté par le mouvement social, il venait de connaître une ascension fulgurante : tout juste entré au Parlement en 2009 avec 4,6 % des voix, il obtint 27 % des suffrages en juin 2012. Sa montée se poursuivit jusqu'aux législatives de janvier 2015 qui le portèrent au pouvoir. Syriza incarnait l'espoir qu'un gouvernement formé par une nouvelle génération de politiciens de gauche, jeunes et non corrompus, rendrait sa dignité et sa souveraineté au pays et mettrait fin aux mémorandums. Cependant, n'ayant réussi à obtenir aucune concession pendant les six premiers mois de stériles négociations avec la troïka, Alexis

6. Au sens où ces politiques sont imposées par la contrainte (Lochard, Pernot, 2010).

Tsipras organisa un référendum le 5 juillet 2015 à l'issue duquel les citoyens grecs dirent massivement « Non » (61,5 % des voix) à la poursuite de l'austérité. Le Premier ministre n'avait pas prévu ce résultat et ne pouvait ni ne voulait affronter ses crédateurs au point d'envisager une sortie de la Grèce de l'euro (le « Grexit »). Sept jours plus tard, il transformait le « Non » en « Oui » et cédait face à l'Union européenne. Il acceptait l'ultimatum du ministre des Finances allemand, Wolfgang Schäuble, en vertu duquel la Grèce renonçait à sa souveraineté et se pliait, en contrepartie d'un nouveau mémorandum (incluant un prêt de 86 milliards d'euros étalés sur trois ans et servant uniquement à rembourser la dette), au programme d'ajustement structurel le plus austère jamais exigé d'un pays européen. Alexis Tsipras ne démissionna pas. Il remporta de nouvelles élections en septembre, juste avant la mise en œuvre des premières mesures d'austérité du troisième programme. Depuis, il applique les prescriptions de ses crédateurs – les véritables gouverneurs de la Grèce –, creusant le désespoir d'une société atteinte dans sa substance, désorganisée et vaincue par ceux-là mêmes qui promettaient de la défendre.

Cet article analyse les principales mesures appliquées au système national de santé grec, secteur d'une importance capitale en période de crise des finances publiques et miroir dans lequel se reflètent les conditions d'existence des populations. Le texte questionne la rationalité en vertu de laquelle les gouverneurs de l'UEM persistent à « faire comme si » la dévaluation interne était la seule voie possible et à se montrer aveugles aux effets délétères de celle-ci. L'hypothèse, défendue ailleurs plus en détail (Burgi, 2014a), est que nous assistons à la culmination d'un effort long de désinstitutionnalisation des régimes de protection sociale, poursuivi graduellement depuis au moins trois décennies, qui s'accélère à la faveur des choix politiques arrêtés par les puissances hégémoniques d'Europe pour gérer les effets de la crise financière de 2007-2008. Cet effort est lié à un projet néolibéral de refondation complète des principes, des modalités et des finalités de l'intervention de l'État d'après 1945. Également appelé « fondamentalisme de marché ⁷ », il préconise la sujétion de toute la vie sociale et de toute la sphère publique, y compris l'État, aux mécanismes du marché. Parmi les nouvelles attributions de l'État, l'une des règles essentielles commande que sa politique sociale soit entièrement remodelée pour accompagner « de façon active » et porter à leur paroxysme les mécanismes de concurrence. Avant 2010, quasiment tous les gouvernements occidentaux, chacun à leur rythme et avec leurs modalités propres, ont cherché à pro-

7. Le fondamentalisme de marché s'enracine dans divers courants théoriques, dont l'ordolibéralisme, théorisé par des économistes allemands et autrichiens rejoints par Friedrich Hayek dès avant la seconde guerre mondiale. Longtemps marginales, leurs thèses ont trouvé leur point d'appui politique dans les « révolutions conservatrices » des années 1970 et 1980 impulsées par Thatcher et Reagan.

gressivement reconfigurer leurs systèmes nationaux de protection sociale pour les conduire dans cette direction et les mener vers la constitution d'un nouveau « modèle social européen » dans lequel les prestations à vocation universelle des États sociaux construits après 1945 sont remplacées par un filet social minimal, par un « minimum vital » (Hayek, 1985 [1946]:89-90).

Ce minimum n'est pas conçu comme un moyen de lutte contre la précarisation et la paupérisation des masses car il n'est pas question de s'attaquer à leurs causes ni de revenir sur la régulation néolibérale. Au contraire, dans le cadre du « fondamentalisme de marché », le minimum vital a pour fonction de faire en sorte que personne, en principe, ne tombe définitivement hors-jeu – hors du jeu de la concurrence généralisée. Pour le dire autrement, le problème théorique et pratique posé à la gouvernementalité⁸ néolibérale dans la redéfinition des politiques de protection sociale est de savoir, non pas comment combattre le chômage de masse ou contenir l'extension des zones de précarité et de vulnérabilité, mais jusqu'où il est possible et/ou souhaitable d'abaisser le « seuil de pauvreté “absolue”⁹ » en dessous duquel l'État devra imposer un filet social minimal, au sens d'un régime de soutien (et de contrôle étroit et punitif) des plus démunis, certes financé par la collectivité, mais *juste suffisant* pour le marché.

La déconstruction méthodique, quoique parfois anarchique, des institutions grecques de santé publique s'inscrit dans cette évolution. Au rythme dicté par les institutions de la troïka, les gouvernements grecs ont taillé dans les dépenses de santé « avec des couteaux de boucher », selon l'expression d'un ancien ministre de la Santé (2010-2012), Andreas Loverdos, et cela, au moment même où les déterminants sociaux de la santé – les conditions de vie, fortement dégradées sous l'effet des politiques austéritaires dans leur ensemble – se répercutaient sur la santé de la population. Pour reconfigurer le secteur, des recettes « clé en main » de la Banque mondiale et du FMI (partage des coûts, principe de dissociation entre acheteurs et fournisseurs, tarification à l'activité, privatisation des services...) ont été plaquées sur le système public de santé grec dans l'intention prioritaire de réduire les coûts, d'extraire des ressources et de réorienter les comportements vers la *consommation* d'assurances et de services privés.

8. La notion foucauldienne de « gouvernementalité » désigne, au-delà des structures politiques et de la gestion des États, et des formes instituées et légitimes d'assujettissement politique ou économique, un art de gouverner consistant à « conduire des conduites », à agir sur les possibilités d'action des individus et des groupes, et donc à structurer leur champ d'action éventuel.

9. L'expression est proposée par Michel Foucault (2004:207-213) dans un passage où il discute la question du minimum vital, qu'il appelle « clause de sauvegarde » ou de « non-exclusion ». La notion de pauvreté « absolue » ne s'entend évidemment pas au sens de la théorie économique. L'idée doit se comprendre comme une opération consistant à agir sur la paupérisation des masses, considérée comme un des *effets* de la régulation néolibérale, sans toutefois chercher à en modifier les causes. Il s'ensuit que le tracé du seuil de pauvreté résulte d'un choix et d'une appréciation politiques.

L'ampleur des coupes budgétaires et la logique qui leur est sous-jacente sont présentées dans un premier temps (I). Une deuxième partie étudie plus en détail les contradictions et les effets des politiques relatives aux médicaments et aux secteurs secondaire (hospitalier) et primaire (II). Abordant en dernier lieu la question des déterminants sociaux de la santé (III), la réflexion, centrée sur la mise en place d'un filet social équitable qui reste très largement insuffisant, débouche sur un questionnement portant sur le sens et les perspectives d'une société dite résiliente.

I. Des « couteaux de boucher » pour tailler dans les dépenses

Depuis sept ans, le secteur de la santé publique est l'une des principales cibles des programmes d'ajustement structurel dictés à la Grèce par les institutions de la troïka dans le cadre des mémorandums de 2010, 2012 et 2015. Le premier avait exigé que les budgets de santé publique passent de 6,8 % du PIB en 2010 à 6,0 % en 2012. À l'époque, des chercheurs internationalement reconnus avaient jugé « arbitraire » et « anormalement bas » un tel objectif (Stuckler, Basu, 2013, trad. fr. 2014 ; Karanikolos *et al.*, 2013 ; Kondilis *et al.*, 2012, 2013 ; Kentikelenis *et al.*, 2014). Il fut cependant atteint en 2012 puis largement dépassé. En 2014, le ratio des dépenses de santé publique rapportées au PIB était de 4,9 %, son niveau le plus bas depuis 2004. Il est remonté à 5,0 % en 2015, 5,1 % en 2016 et les prévisions pour 2017 le situent à 5,4 % du PIB. Cela se compare à une moyenne de 6,5 % dans l'Union européenne (UE) et à des ratios (stables) bien plus élevés dans les pays les plus riches de l'Union, notamment la France et l'Allemagne (tableau 1). On soulignera que la contraction des budgets de santé publique a été plus implacable encore en Grèce que ne l'indiquent ces pourcentages : dans la mesure où le PIB a lui-même perdu 27 points de pourcentage depuis 2010. En valeur réelle, les dépenses de santé ont donc chuté de près de moitié en quelques années.

Tableau 1. Part des dépenses publiques de santé dans le PIB (2009-2015)

En %

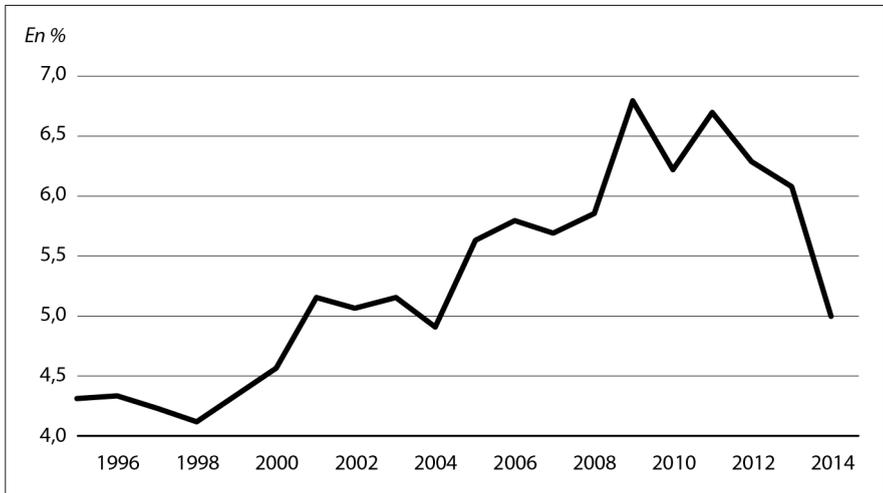
Années	Grèce	Portugal	Espagne	Italie	France	Allemagne
2009	6,8	6,9	6,8	7,0	8,5	9,3
2010	6,8	6,9	6,7	7,0	8,4	9,2
2011	6,4	6,5	6,7	6,8	8,4	9,0
2012	6,0	6,1	6,5	6,8	8,5	9,0
2013	5,6	6,1	6,4	6,8	8,6	9,2
2014	4,9	6,0	6,3	6,9	8,7	9,3
2015	5,0	5,8	6,3	6,8	8,6	9,4

Source : OCDE, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>.

Cette compression a donné lieu à une recomposition des dépenses de santé. Selon Giannis Kyriopoulos ¹⁰, ancien doyen de l'École nationale de santé d'Athènes, alors que le financement des hôpitaux publics a chuté de plus de moitié entre 2009 et 2014 et que les dépenses totales de santé (publiques et privées) sont en forte baisse, le secteur hospitalier a connu un accroissement de sa part (+41 % entre 2008 et 2013) dans les dépenses totales, devenant (sans moyens supplémentaires) le dernier recours pour les malades. Cela reflète un moindre accès non seulement aux soins hospitaliers privés (qui ont baissé de 28 % pendant la même période), mais encore aux soins primaires (services médicaux de base, soins dentaires, diagnostics, physiothérapies et autres) pour lesquels les dépenses ont chuté de 56 % au cours de ces années. Dans le même temps, la désorganisation des structures de soin a accentué la corruption et la quête de passe-droits avec des paiements formels et informels aux médecins du secteur privé, en hausse de 52 %.

Aussi indispensables soient-elles, les données agrégées ne permettent cependant pas de saisir l'ampleur de la crise sanitaire. On constate par exemple en 2014 que la chute des dépenses publiques de santé après 2010 les ramènent, en valeur relative, à leur niveau de 2004 (graphique 1). Or en 2004, les Grecs, dans l'ensemble, avaient accès aux soins médicaux. Ce n'est plus le cas en 2014, et moins encore en 2017.

Graphique 1. Part des dépenses publiques de santé dans le PIB en Grèce (1996-2014)



Source : Banque mondiale, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS?locations=GR>.

10. G. Kyriopoulos, « Υγεία: «νικητές» και «ηττημένοι» της κρίσης » (« Santé: gagnants et perdants de la crise »), *The Huffington Post*, 19 juin 2015 (en grec), http://www.huffingtonpost.gr/giannis-kyriopoulos/-_583_b_7619170.html.

La différence entre 2004 et 2017 tient aux dimensions qualitatives du démantèlement récent des structures de santé publique – non-recours aux soins en temps utile, carences et dysfonctionnements des services médicaux... –, dont un des indices clés se constate dans l'augmentation significative après 2010 des cas de mortalité dus à des événements indésirables survenus en cours de traitement (Lalot *et al.*, 2016). Mais la santé publique dépend aussi très largement de facteurs sociaux plus généraux : accès à l'éducation, conditions de travail et loisirs, logement, perspectives d'avenir, état des communautés, des villages et des villes. Ces conditions structurelles de la vie quotidienne constituent « les déterminants sociaux de la santé et sont responsables pour une part importante des inégalités de santé entre pays et à l'intérieur des pays » (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008:1 ; Daniels *et al.*, 1999). Or, dans le contexte des politiques austéritaires généralisées exigées par l'UE et ses membres les plus influents pour gérer les effets de la crise financière de 2008, la Grèce, classée première par l'OCDE (2015:126) pour sa « réactivité globale aux priorités de réformes » entre 2007 et 2014, est allée plus loin que tous les autres pays de l'organisation internationale dans la mise en place de mesures d'austérité, exceptionnellement sévères en ce qui la concerne. Au-delà des services de santé *stricto sensu*, elles ont provoqué une abrupte dégradation des conditions de vie (des déterminants sociaux de la santé) (comparaison des données Elstat¹¹ entre 2012 et 2017 ; Burgi, 2014c). Pratiquement du jour au lendemain, le taux de chômage a grimpé pour devenir le plus élevé d'Europe (il frappe le quart de la population, la moitié des jeunes et sa durée s'allonge : les chômeurs étaient à 73,5 % de longue durée en 2015), les niveaux de vie se sont effondrés de plus de 30 % en moyenne, la pauvreté relative et surtout l'extrême pauvreté ont connu une progression spectaculaire¹², les services publics ont été démantelés et le droit du travail et de la négociation collective quasiment liquidé (Kapsalis, Kouzis, 2014), le tout entraînant une importante fuite des cerveaux (Koniordos, 2017) et des capitaux et une « catastrophe » sanitaire (expression de Médecins du Monde, notamment).

Les conséquences sur la santé des politiques d'ajustement structurel ont été largement ignorées, voire niées par les *gouverneurs*¹³ européens et grecs. Ils ont presque¹⁴ toujours soutenu, contre l'évidence, que les politiques austéritaires ne touchent en rien les services essentiels : « nécessaires » au

11. <http://www.statistics.gr/en/living-conditions-in-greece>.

12. Selon l'étude détaillée de Matsaganis *et al.* (2016), le taux de pauvreté extrême n'excédait pas 2,2 % en 2009 ; il était de 8 % en 2011 et de 15 % en 2015. On en trouvera une synthèse en anglais dans Georgakopoulos (2016). Sur l'évolution du seuil de pauvreté, voir Parlement hellénique (2014) et Matsaganis, Leventi (2013).

13. J'emploie le mot *gouverneurs* pour marquer le déploiement en un ordre de bataille quasi-militaire des injonctions et des mesures d'austérité.

14. Depuis septembre 2015, le gouvernement d'Alexis Tsipras tient un double discours, « réaliste » ou « résistant », selon l'auditoire auquel il s'adresse.

bien commun, elles auraient au contraire permis de préserver l'avenir grâce à des gains d'efficacité et d'efficacités du système de soins.

Cette ligne d'argumentation n'est pas nouvelle ni limitée à un pays. Elle reflète un changement profond dans la manière de concevoir et d'aborder les problématiques relatives à la santé publique. L'idéal inscrit dans la déclaration d'Alma Alta (1978) en vertu duquel la santé, considérée comme un droit humain fondamental, devrait être accessible à tous en fonction des besoins de chacun, s'est mué en une représentation de la santé assimilée à une transaction économique. Cette approche, portée par des institutions puissantes comme la Banque mondiale et le FMI, est devenue hégémonique dans les années 1990 et 2000. La première a réussi à imposer au monde sa vision économiste de la santé et ces mêmes préceptes se retrouvent dans les prescriptions standardisées des programmes d'ajustement structurel du FMI : maximisation des prestations privées, frais modérateurs¹⁵, priorité aux marchés et à la concurrence. Le but serait d'accroître la rentabilité des dépenses afin de créer les conditions d'un développement économique soutenable. Cependant, comme le montre la littérature académique qui a analysé les conséquences de ces mesures, les dispositifs de type marchand ont accru plutôt que réduit les coûts, notamment les coûts bureaucratiques ; ils ont miné la recherche médicale et les services publics de santé existants et approfondi les inégalités (Lister, 2008 ; Sachs, 2005 ; Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008).

II. Construction et déconstruction du système de santé

Les reproches adressés aux opérations « clé en main » de restructuration des institutions de santé publique n'induisent pas qu'il ne faudrait pas améliorer ou réformer les systèmes existants. Ils portent sur la méthode, les finalités et les effets des mesures introduites sans considération pour les droits fondamentaux et le bien-être physique, mental et social des citoyens dans leur ensemble. S'agissant du système national de santé grec, il n'a jamais été particulièrement cohérent ou efficient. Mais les dispositions prises depuis 2010 par les gouvernements successifs sous l'égide de la troïka – politique du médicament, restructuration hospitalière, rationalisation des soins primaires – ont considérablement aggravé les problèmes de fonctionnement, d'efficacité et d'accès aux soins médicaux observables à la veille des mémorandums.

15. Les frais modérateurs désignent la partie des coûts assumée par les patients pour les services couverts par les régimes publics d'assurance maladie : ticket modérateur (représentant un pourcentage fixe du coût du service), copaiement (montant forfaitaire exigible quel que soit le coût du service, par exemple 5 euros), franchise (coût total assumé à hauteur d'un certain plafond), surfacturation, etc.

II.1. Déboires et succès du système national de santé grec (ESY) à la veille des mémorandums

Créé en 1983, l'ESY représente incontestablement le plus important effort tenté en Grèce pour établir un véritable système national de santé. À l'origine, le projet ambitionnait d'unifier une pléthore de caisses professionnelles et de remplacer l'incohérente infrastructure de soins primaires existants par un réseau entièrement nouveau de centres de santé urbains et ruraux qui donneraient à tous les citoyens un égal accès aux soins, gratuits au point d'utilisation. Cependant, la résistance de groupes d'intérêt puissants (médecins pratiquant dans des cabinets privés, fonds d'assurance autonomes, fonctionnaires, syndicats, ainsi que des politiciens au pouvoir ou dans l'opposition) contraria cette visée initiale (Mossialos *et al.*, 2005) et le système finalement mis en place associa de façon complexe trois types de structures : (a) des structures de type beveridgiennes financées par l'impôt (l'ESY proprement dit) ; (b) des organismes de type bismarckien regroupés dans le réseau des assurances sociales obligatoires financées par des cotisations de sécurité sociale ; et (c) les services de santé privés ¹⁶.

Avant 2010, l'ESY comprenait : 201 centres de santé ruraux et trois centres de santé urbains qui formaient des unités décentralisées des hôpitaux régionaux de l'ESY ; 1 478 postes médicaux ou chirurgicaux rattachés aux centres de santé ; et les cliniques ambulatoires de 140 hôpitaux publics. Les centres de santé, les postes médicaux et chirurgicaux offraient à la population rurale des services préventifs, curatifs, d'urgence et de réhabilitation gratuits au point d'utilisation. Les cliniques ambulatoires des hôpitaux publics proposaient des services de spécialistes ou de diagnostic à la population urbaine et semi-urbaine. De jour, l'accès était gratuit ou soumis à une participation financière minimale et, de nuit, il fallait acquitter un copaiement.

Le réseau de sécurité sociale consistait en 36 caisses professionnelles couvrant les soins primaires de 95 % de la population selon diverses formules. L'affiliation à ces caisses, structurées par branche ou par catégorie socio-professionnelle, était obligatoire. Par ordre d'importance, la première des quatre principales caisses était l'IKA (ou Fondation de Sécurité sociale, créée en 1934), la caisse la plus importante des travailleurs du secteur privé. Elle avait sa propre infrastructure de soins et ses propres médecins (surtout des spécialistes), tous salariés et autorisés à ouvrir des cabinets privés à mi-temps. Les trois autres caisses couvraient respectivement les travailleurs agricoles (l'OGA), les professions libérales (l'OAEI) et les employés du secteur public (l'OPAD). Tous les centres de santé achetaient partiellement ou exclusivement des services auprès de laboratoires ou de médecins

16. La description qui suit est empruntée pour l'essentiel à Kondilis *et al.* (2012).

privés. Les assurés avaient gratuitement accès à une vaste gamme de services, principalement curatifs et de diagnostic. Si les patients étaient redirigés vers des laboratoires et médecins privés, ils versaient un copaiement.

Enfin, le secteur privé comprenait environ 25 000 médecins, 12 000 dentistes, entre 400 et 700 laboratoires et 167 hôpitaux avec leurs départements ambulatoires. Des centres de diagnostic privés hautement rentables contrôlaient presque tout l'équipement biomédical du pays. Ces centres et les médecins privés passaient des contrats avec les caisses d'assurances sociales et les assurances privées et facturaient leurs interventions sur la base d'un forfait fixe par service payé conjointement par les usagers et les caisses. Le secteur primaire privé absorbait plus de 65 % des dépenses privées totales de santé (Kondilis *et al.*, 2012).

Pour diverses raisons, ce système compliqué, fragmenté et peu coordonné connaissait des difficultés permanentes avant 2010. La part importante du secteur privé, la carence de généralistes, d'importantes différences dans le nombre et la qualité des services et dans l'étendue de la couverture garantis par les différents régimes d'assurance, et de réelles carences dans les zones rurales rendaient le système inefficace et inégalitaire. En outre, les très faibles salaires du personnel de l'ESY et du réseau primaire des assurances sociales avaient causé des problèmes structurels : difficultés permanentes de recrutement dans les hôpitaux, sous-effectifs importants, surtout d'infirmiers et de docteurs, manque d'unités de soins intensifs (du fait des sous-effectifs), longues listes d'attente... conduisant à l'habitude de glisser une enveloppe (*fakelaki*) entre les mains des médecins afin de contourner la liste d'attente et (espérer) obtenir un meilleur traitement.

S'il ne fait pas de doute que le système national de santé avait besoin de changement, il avait malgré tout contribué à une amélioration remarquable de la santé publique entre 1983 et 2009. Les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquent une importante progression de l'espérance de vie pendant cette période grâce à la chute des mortalités évitables (causées par des maladies traitables), en particulier un remarquable déclin de la mortalité infantile et néonatale (passées respectivement de 17,94 à 2,65 et de 13,58 à 1,79 morts pour 1 000 naissances), et de la mortalité postnatale et maternelle. De même, dans le *Rapport sur la santé dans le monde* publié par l'OMS en 2000, la Grèce figurait en excellente position dans le classement des 191 pays membres de l'Organisation selon la qualité des soins médicaux dispensés. Elle était alors 14^e. La France figurait au premier rang, suivie par l'Italie ; l'Espagne était septième ; le Portugal, précédé de la Norvège, 12^e. La Suède arrivait en 23^e position, l'Allemagne en 25^e, les États-Unis, pays notoirement connu pour son système de santé mercantile, 37^e.

II.2. Restrictions budgétaires et délais de paiement : des médicaments de moins en moins accessibles

Les dysfonctionnements de l'ESY avaient favorisé une surconsommation de médicaments en Grèce. En 2009, les dépenses médicamenteuses étaient les plus élevées des pays de l'OCDE (2,4 % du PIB contre 1,6 % en moyenne). Ce phénomène s'explique notamment par les pratiques des médecins du réseau primaire des assurances sociales : ils avaient été nombreux à chercher une compensation à leurs faibles salaires¹⁷ en ouvrant les après-midis des cabinets privés. Du coup, les consultations publiques du matin devenaient un vivier de recrutement de patients pour leurs consultations privées : schématiquement, le patient était rapidement reçu le matin avant de repartir avec un rendez-vous pour une consultation privée, ou à défaut avec une grosse ordonnance de médicaments.

La réduction des dépenses pharmaceutiques fut programmée dès le premier mémorandum. La troïka voulut une baisse de près de moitié des dépenses en deux ans (de 4,37 milliards d'euros en 2010 à 2,88 milliards d'euros en 2012 – cet objectif fut atteint) puis à 2 milliards d'euros en 2014 (Kentikelenis *et al.*, 2014) en agissant sur les prix, les prescriptions et le *monitoring* (Carone *et al.*, 2012:50-52). Parmi les autres mesures figurait une liste régulièrement modifiée de médicaments remboursables conçue pour servir l'objectif prioritaire, en Grèce comme ailleurs, du recours aux génériques ; un système de rabais sur tous les médicaments vendus aux caisses de sécurité sociale ; et un droit de recouvrement par l'État lorsque les dépenses du budget pharmaceutique public excédaient un plafond périodiquement révisé.

Le prix des médicaments est maintenant basé sur la moyenne des trois plus bas prix de l'Union européenne. Des économies substantielles ont ainsi été réalisées sans toutefois assurer un meilleur accès du public aux médicaments. Les raisons en sont complexes. Les hôpitaux délabrés ne sont pas en mesure de commander des médicaments dont les patients ont besoin et laissent ces derniers essayer de résoudre le problème. Les pharmacies sont en difficulté : d'un côté, elles ont accumulé des dettes du fait des délais de remboursement des organismes de sécurité sociale (actuellement, quatre à cinq mois de retard en moyenne, mais cela peut atteindre dix ou onze mois) qui leur doivent un total évalué en 2015-2016 à 500 millions d'euros (Karamanoli, 2015 ; Mantas, entretien 2016). De l'autre côté, les fournisseurs accordent un délai de un à trois mois, mais exigent le plus souvent un règlement immédiat. Les pharmacies sont alors forcées de payer leurs commandes d'avance en attendant le remboursement des assureurs sociaux, ou

17. 1 100 euros mensuels dans les unités de soins de l'IKA, sans augmentation jusqu'à la retraite, non comprise l'assurance maladie obligatoire entièrement à leur charge (contrairement à tous les autres salariés), et sans indemnités en cas de licenciement.

de s'organiser informellement avec d'autres pharmacies, parmi lesquelles les pharmacies solidaires aujourd'hui très bien organisées¹⁸, pour trouver ou échanger les médicaments ; ou encore d'exiger des patients d'avancer les fonds ; ou enfin de les envoyer tenter leur chance ailleurs. Ces solutions sont fragiles : un très grand nombre de pharmacies a fermé. Beaucoup d'autres ont survécu en apparence mais ont été rachetées par des firmes multinationales de grossistes privés. Ces derniers ont réagi aux bas prix et aux longs délais d'apurement des créances en se tournant vers d'autres marchés plus lucratifs. Pendant un temps, les fabricants ont fixé des quotas censés couvrir les besoins du marché grec, et, par conséquent, ils ne livraient pas nécessairement les commandes en totalité. Pour se justifier, ils disaient ne pas avoir suffisamment de stocks, et parmi eux quelques-uns avaient arrêté de vendre des médicaments coûteux à la Grèce. Un problème particulier se pose au sujet des nouveaux médicaments entrant sur le marché grec (83 ces trois dernières années) parce que la Grèce figure au plan international parmi les pays de référence pour l'établissement et la négociation de leur prix¹⁹. Ainsi, la firme Novartis s'est alliée avec des agents publics et des docteurs grecs pour vendre en Grèce certains nouveaux produits à des prix exorbitants qui lui ont assuré des profits élevés dans des pays plus peuplés (comme par exemple la Turquie, et plus encore le Brésil). Le scandale Novartis²⁰ fait actuellement l'objet d'une enquête pour établir les faits et déterminer les responsabilités. En attendant, des initiatives internationales sont prises pour tenter de modérer les appétits des fabricants du fait de la crise générale des finances publiques. En Grèce, la pression (et le mécontentement des fabricants) est encore plus forte parce que, en sus de son droit de recouvrement, l'État demande aux fabricants une réduction de 25 % pour chaque nouveau médicament dont le prix est fixé en Grèce.

Ajoutons enfin que l'industrie pharmaceutique grecque est structurellement vulnérable aux firmes multinationales et aux politiques gouvernementales. Elle produit des génériques de haute qualité et constitue un vivier de main-d'œuvre effectif et potentiel, mais elle n'est pas en mesure de se défendre contre des menaces telles que le *dumping* sur les prix des firmes pharmaceutiques mondiales. Elle a aussi été affaiblie par le droit de recouvrement de l'État dont le montant pour 2014 a été estimé à 30 % du budget national pharmaceutique (Anastasaki *et al.*, 2014). Des opportunités de croissance endogène se perdent ainsi, tandis que la société est dépossédée d'un fournisseur de qualité.

Pour aggraver la situation, les nouvelles politiques ont transféré une partie des coûts aux patients qui doivent assumer une part croissante de la

18. Elles sont brièvement évoquées à la fin de ce texte.

19. Sur ces pratiques, voir par exemple Gandjour (2013).

20. Voir par exemple <http://www.cardiobrief.org/2016/03/29/us-doj-expands-investigation-into-pho-ny-novartis-speaking-events/>.

dépense totale non remboursée au risque de se priver de soins. Le panier de soins a été modifié pour introduire des frais modérateurs et exclure certains produits et services, en particulier les tests cliniques et pharmacologiques, de la couverture publique (les assureurs privés ont aussi restreint leur couverture). En moyenne, le ticket modérateur acquitté par les assurés est passé de 9 % du prix du médicament en 2011 à 25 % en 2013 et 35 à 40 % en 2015. Dans les cas extrêmes, le ticket modérateur peut atteindre 75 % du prix du médicament. En raison des effets combinés des pénuries, des stratégies des firmes, et de la règle stricte de l'alignement du médicament sur les trois plus bas prix de l'UE, les médicaments prescrits sont régulièrement introuvables sur le marché. Par exemple, ce sont les vaccins, surtout les vaccins pour enfants (en 2017), ou encore l'insuline, les anti-coagulants, les produits antidiabétiques et anticancéreux, les immunosuppresseurs et d'autres produits essentiels qui ne sont plus en circulation ou ne s'obtiennent que très difficilement. Le dysfonctionnement du système est particulièrement dangereux pour les personnes atteintes de maladies chroniques.

II.3. Les hôpitaux en sursis permanent

Des mesures drastiques ont été introduites pour restructurer les hôpitaux publics et le reste de l'ESY. Au cours des dernières années, on a assisté à la fermeture de grands hôpitaux à Athènes, Thessalonique et ailleurs, la suppression et/ou la fusion d'un grand nombre de cliniques ou d'unités spécialisées, le regroupement de centaines de laboratoires, et l'élimination d'au moins 2 000 lits. Des mécanismes de surveillance managériale ont été mis en place : les budgets des hôpitaux sont maintenant gérés par une firme privée (Karakioulafis, 2014:90) et des techniques variées permettent d'inspecter l'activité hospitalière et celle des médecins, dont un système de collecte mensuelle des données pour contrôler l'activité et les dépenses hospitalières à travers des procédures électroniques obligatoires. Comme ailleurs en Europe (Math, dans ce numéro), deux instruments clés ont été actionnés par les gouverneurs pour ralentir la croissance des dépenses hospitalières : la tarification à l'acte et la compression du personnel.

La tarification à l'activité

La tarification à l'activité ou *diagnosis related groups* (DRGs) est un outil budgétaire importé des États-Unis au début des années 1980 qui s'est substitué au prix de journée habituellement pratiqué en Europe. Elle s'est imposée partout, bien que la recherche scientifique et les évaluations indépendantes mettent depuis longtemps en lumière sa nuisibilité tant pour les finances publiques que pour les patients. Elle consiste à lier directement les recettes des hôpitaux au volume d'activité (nombre d'actes et de

consultations) enregistrées pour chaque groupe homogène de malades. Le critère est purement comptable et ne permet pas de distinguer entre une activité technique, facilement quantifiable, mesurable, et une autre plus complexe exigeant plus de temps et l'appel à des compétences pluridisciplinaires. En France, par exemple, où un financement analogue a été introduit, *toute* consultation, pour être rentable, ne devrait pas dépasser douze minutes. Dans le contexte de l'injonction politique d'un retour à « l'équilibre financier », il n'est donc plus vraiment question de soins mais d'augmentation du nombre d'actes rentables (Grimaldi, 2009). En Grèce aussi, cette politique organise le renoncement à la qualité de bien public inhérente aux services de soin pour les transformer en entreprises capitalistes (Ioakeimoglou, 2010).

Cette transformation est cependant coûteuse. Comme le note le neurologue Makis Mantas (entretien, 2014), coordinateur jusqu'en juillet 2015 du programme de soins primaires de Syriza, le système de paiement à l'acte « ... a accru les déficits publics [grecs] et multiplié les coûts hospitaliers par sept. Il favorise les hôpitaux privés. Prenez le cas du strabisme. Il s'agit d'un acte très simple. Dans le passé, l'opération coûtait entre 70 et 90 euros en Grèce. Aucun hôpital privé ne s'y intéressait. Aujourd'hui, la même opération coûte dix fois plus cher. Soudainement, les hôpitaux publics qui prenaient en charge toutes ces opérations le font de moins en moins ; ils cèdent la place aux hôpitaux privés. »

Les hôpitaux privés y trouvent leur compte et en tirent des profits élevés parce qu'ils peuvent facilement se spécialiser dans les traitements relativement simples et peu risqués de maladies courantes et prévisibles. Ce qui pénalise les hôpitaux publics et universitaires auxquels incombent les traitements plus complexes, coûteux et risqués, alors que leurs ressources et celles de la recherche médicale ont diminué.

Des coupes drastiques dans les salaires et les effectifs du secteur public de santé

Autre instrument majeur visant la baisse des coûts, les coupes salariales et la liquidation des droits des travailleurs dans tout le secteur public ont été, dès le premier mémorandum, l'une des principales priorités de la troïka. En 2011, il apparaissait déjà que la chute des dépenses publiques hospitalières avait été obtenue spécialement au moyen d'une diminution de 75 % des coûts salariaux (plutôt que d'un accroissement de l'efficacité) (Kondilis *et al.*, 2013). Les salaires des professionnels de santé publique, qui étaient les plus faibles d'Europe occidentale avant la crise financière, ont été réduits d'au moins 40 % depuis 2010. Charis Matsouka (entretien, 2014 ²¹) affirmait qu'elle gagnait 2 000 euros par mois, frais professionnels

21. Directrice du service d'hématologie de l'hôpital universitaire général Alexandra à Athènes.

inclus, alors qu'elle avait atteint le sommet de la carrière hospitalière. Aujourd'hui, le salaire moyen d'un nouveau médecin référent ou d'un professeur de médecine débutant s'élève environ à 1 100 euros (Ifanti *et al.*, 2014 ; entretiens, 2016, 2017).

La compression du personnel dans le secteur de la santé publique a été dramatique, avec une perte de 30 % des effectifs consécutive au gel des embauches, au non-remplacement de fait des travailleurs partant à la retraite et au non-renouvellement des contrats temporaires. En 2011, l'Association médicale d'Athènes estimait qu'en cette seule année, 26 000 agents du secteur de la santé publique, dont près de 9 100 médecins, allaient perdre leur travail (Triantafyllou, Angeletopoulou, 2011). La réduction du nombre de médecins a été beaucoup plus importante que celle prévue par la troïka (Correia *et al.*, 2015) à cause de la détérioration rapide de l'environnement et des conditions de travail. Nombre de docteurs et d'infirmiers ont pris des retraites anticipées. À cela s'ajoute un exode massif depuis 2010 de jeunes grecs hautement qualifiés, parmi lesquels des médecins spécialistes et autres personnels médicaux à la recherche de conditions de travail meilleures hors de Grèce. On estime à plus de 7 500 le nombre de médecins grecs ayant émigré jusqu'en 2014, notamment vers l'Allemagne où ils sont employés dans des postes en deçà de leurs qualifications et à des taux de rémunération inférieurs à ceux de leurs collègues ²².

Des conditions de travail et sanitaires déplorables

Les sous-effectifs, un afflux considérable de patients et les pénuries ont poussé les hôpitaux publics au point de rupture. Les conditions de travail y sont précaires et dangereuses. Les hôpitaux sont à court des fournitures les plus élémentaires : draps, ciseaux, antalgiques, tensiomètres, équipement stérilisé, médicaments vitaux, dépistage du cancer et équipement approprié pour les interventions chirurgicales... Le nombre d'heures travaillées a considérablement augmenté. Le temps de travail des médecins, incluant les périodes de garde, peut atteindre 32 heures ininterrompues, et lorsqu'ils sont en service d'astreinte la durée du travail peut atteindre 93 heures par semaine. Alertée, la Commission européenne a porté le problème devant la Cour de justice qui a jugé ces pratiques illégales ²³. Jusqu'ici, cela n'a pas été suivi d'effet : alors que taux de chômage est élevé parmi les médecins et le personnel soignant, les recrutements de médecins statutaires n'ont pas augmenté, des milliers d'embauches sont toujours en attente et les internes quittent l'ESY. À la mi-2017, une loi destinée à réduire le temps

22. Les données de l'OCDE sur l'émigration du personnel médical ne sont pas disponibles pour la Grèce.

23. Jugement de la Cour (Neuvième Chambre) du 23 décembre 2015, *European Commission v Hellenic Republic*, case C-180/14. La directive 2003/88/CE dispose qu'une période de travail de 24 heures doit être entrecoupée d'au moins 11 heures consécutives de repos et que le travail ne doit pas excéder 48 heures par semaine.

de travail légal des médecins grecs pour le rendre conforme aux normes européennes (48 heures) était en préparation. Mais comme il n'est toujours pas possible de recruter du personnel statutaire, le projet de loi prévoit une option en vertu de laquelle les médecins qui le souhaitent auront la possibilité de travailler 60 heures hebdomadaires à condition de signer un document attestant qu'ils font eux-mêmes le choix de travailler plus (auparavant, ils y étaient obligés). Par ailleurs, la pratique consistant à recruter du personnel non statutaire auto-employé sur des contrats à court terme se généralise. Des unités de soins intensifs, des laboratoires et même des départements hospitaliers entiers ferment ou menacent constamment de fermer. Les divers services luttent constamment pour obtenir les financements indispensables à leur survie. Comme le dit une femme médecin dans un entretien :

« Nous devons sans arrêt nous battre pour obtenir des fonds additionnels du gouvernement. (...) Ça se passe tous les trois mois. Donc nous avons constamment un horizon de trois mois devant nous. C'est épuisant. Et déprimant... »

Certains centres publics de traitement du cancer n'arrivent même pas à nourrir leurs patients. Le manque de ressources les amène parfois à fermer abruptement leurs services à divers moments de la journée et à annuler des consultations sans les reporter à une autre date. En janvier 2016, l'hôpital universitaire général Laiko à Athènes a renvoyé des dizaines de patients atteints du cancer parce qu'il ne pouvait pas pratiquer les chimiothérapies vitales prévues pour eux ²⁴. Dans certaines circonstances extrêmes, des nouveau-nés ont été retirés à leur mère jusqu'à ce qu'elle puisse payer la facture hospitalière ; le cardiologue Georgos Vichas, qui dirige la clinique métropolitaine solidaire d'Hellinikon, a rapporté des situations où des patients atteints du cancer avaient été expulsés de l'établissement de soins où ils devaient subir une opération chirurgicale parce qu'ils ne pouvaient pas payer 1 800 euros. Conséquence de la forte proportion de personnes non assurées, ces dernières situations sont cependant restées exceptionnelles grâce à l'ingéniosité des médecins grecs qui trouvent des moyens créatifs de contourner les régulations.

II.4. Le démantèlement du système de soins primaires

Inégalitaire et fragmenté avant 2010, le réseau des services de soins primaires a connu, depuis, une série de réorganisations. En 2011-2012, les quatre principales caisses d'assurances sociales (IKA, OGA, OAEE et OPAD) furent transférées avec leurs effectifs et leur infrastructure à une nouvelle et unique Organisation nationale pour la prestation de services

24. « Yet Again, Cancer Patients in Desperation at Laiko Hospital », MCCH, April 11, 2016, <http://www.mkiellinikou.org/en/2016/04/11/yet-again-cancer-patients-in-desperation-at-laiko-hospital/>.

de santé (EOPYY). L'intégration des structures de soins primaires avait été espérée depuis au moins la création de l'ESY en 1983 car elle portait une promesse d'universalité et d'égalité d'accès à la santé. La promesse ne fut pas honorée dans le contexte des mémorandums. Légalement obligées de déposer 77 % de leurs avoirs disponibles à la Banque de Grèce, les caisses d'assurance maladie absorbées par l'EOPYY perdirent 53,5 % de leurs avoirs au moment de la restructuration (« la décote ») d'une partie de la dette grecque en mars 2012. Elles ne reçurent aucune compensation pour leurs pertes (environ 10 milliards d'euros en trois mois), contrairement aux banques. Par ailleurs, la diminution des prestations couvertes par les caisses, l'augmentation des frais modérateurs, la compression des personnels soignants et les baisses de salaire détériorèrent, comme dans le secteur hospitalier, la qualité des prestations et l'accès aux soins primaires publics (Kaitelidou, Kouli, 2012 ; Kondilis *et al.*, 2013).

En 2014, dans la ligne des principes promus par la Banque mondiale, le ministre de la Santé, Adonis Georgiadis, dissocia les fonctions d'acheteur et de fournisseur ou prestataire de soins. La fonction d'acheteur resta de la compétence de l'EOPYY, tandis que les prestations de santé furent confiées à un nouveau Réseau national de soins de santé primaire (PEDY). Le ministre manœuvra habilement pour provoquer le départ « volontaire » de la moitié des médecins des centres de santé intégrés à l'EOPYY deux ans plus tôt. En février 2014, il ferma du jour au lendemain toutes les unités du réseau de soins primaires et renvoya chez eux quelque 6 500 à 8 000 médecins. Il annonça que ceux-ci pourraient être embauchés à l'ouverture du nouveau réseau (PEDY), à condition d'accepter des contrats de travail à plein temps et de fermer leurs cabinets privés. L'idée de créer un statut d'emploi exclusivement public dans le secteur des soins primaires était populaire et en général bienvenue, mais cela impliquait que les docteurs dorénavant se contentent du même (bas) salaire (1 100 euros), renoncent à des sources supplémentaires de revenus (en fermant leurs cabinets) et oublient les perspectives de carrière ²⁵. Ils furent nombreux à « s'auto-licencier », pour citer la formule d'un de mes interlocuteurs, c'est-à-dire à « choisir » de perdre leur emploi. Aujourd'hui, le réseau PEDY compte quelque 2 700 médecins.

En dehors de réussir un « coup » avec la suppression d'un nombre conséquent d'employés du secteur public, l'initiative d'Adonis Georgiadis s'est révélée problématique. D'abord, les structures de soins primaires

25. Pour cette raison, les médecins et le personnel soignant avaient depuis novembre 2013 lancé des grèves reconductibles. Ils protestaient contre les plans du ministre et les licenciements, mises en disponibilité et mobilités forcées qui se profilaient. Nombre d'entre eux avaient cependant gardé ouverts leurs cabinets privés, ce qui a peut-être délégitimé le mouvement aux yeux d'une partie de l'opinion publique, les docteurs pouvant donner l'impression d'être mus par des motivations individuelles dans ce conflit.

(c'est-à-dire principalement celles de l'ancienne IKA) ont pratiquement cessé de fonctionner en raison de l'importance des sous-effectifs. Autrefois dotées de moyens, notamment humains, suffisants, elles sont désormais pratiquement vides. Par conséquent, de très nombreux patients doivent attendre longtemps pour une très brève consultation²⁶. Les médecins n'ont pas le temps de faire davantage que de contrôler les carnets de santé ou les anciennes ordonnances, et en faire de nouvelles. De plus, ils sont étroitement surveillés par une plateforme électronique : ils ne peuvent pas prescrire de médicaments ou d'examen au-delà de ce qu'autorise leur budget²⁷. S'ils s'y hasardent, le système commence par lancer un avertissement avant de se bloquer, et le médecin, alors passible d'une amende, ne peut plus rien prescrire. Dans les services de santé primaire (comme à l'hôpital), des auxiliaires précaires sont embauchés pour des périodes courtes allant de huit mois (ce qui évite de les garder l'été) à un an et demi au mieux : ceux-là ne veulent pas risquer leur emploi ou avoir une amende. Les autres²⁸ sont également piégés par le système, de sorte que la plupart des médecins ne peuvent pas soigner leurs patients. Si nécessaire, ils les envoient à l'hôpital où il est encore possible de prescrire librement des médicaments ou des examens. Mais c'est un cercle vicieux, car les médecins hospitaliers estiment à juste titre qu'ils n'ont pas le temps de recevoir les gens pour simplement leur délivrer des ordonnances, et que ce n'est pas leur rôle.

Même quand ils n'étaient pas dirigés à l'hôpital par leur médecin traitant, et parce que les soins primaires ne fonctionnent pas, les patients se sont massivement tournés vers les urgences hospitalières. C'est le deuxième grand écueil de la réorganisation conduite par Adonis Georgiadis. Pour décongestionner les urgences et pallier les conséquences des sous-effectifs dans les soins primaires, le ministre de la Santé a cru trouver une solution en incitant les médecins du secteur privé à passer des conventions avec l'EOPYY : ils s'engageaient à examiner 200 patients par mois contre une rémunération de 2000 euros mensuels. Cette mesure extrêmement coûteuse pour le système de santé publique s'est aussi avérée très inefficace car la plupart des médecins « se débarrassaient » des 200 patients en une semaine, sinon plus vite, et pendant le restant du mois les malades n'avaient

26. Il faut se représenter ce que cela signifie : j'ai vu un médecin généraliste s'occuper de 24 personnes en une heure un quart, ce qui revient à une durée moyenne de trois minutes par consultation. Ce n'est pas exceptionnel. Le travail du médecin est aussi pénible que l'est la situation pour le malade. Les patients pour la plupart savent ce qu'ils ont et viennent seulement renouveler leurs ordonnances. Mais il y a toujours au moins une minorité qui ne sait pas ce qui lui arrive et qui ne trouvera ni l'attention ni l'écoute dont elle a besoin.

27. Il est alloué à chacun en fonction de sa spécialité.

28. Ceux qui ont accepté les conditions posées par Adonis Georgiadis et ont été embauchés dans le nouveau réseau national (PEDY) après avoir le cas échéant fermé leur cabinet privé, et un second (petit) groupe de médecins et soignants qui avaient réintégré les services de soins primaires sur la base de plusieurs jugements des tribunaux condamnant le ministre pour leur licenciement de fait. Ces derniers ont bénéficié des mêmes conditions de travail (salaire et possibilité de conserver leur cabinet privé) pendant plusieurs années éventuellement renouvelables. Les personnels soignants ont donc des statuts d'emploi différenciés et inégalitaires.

d'autre choix que de payer le prix d'une consultation privée, d'aller à l'hôpital ou de tenter leur chance dans un centre de soins primaires.

Telle était encore la situation au printemps 2017 quand l'actuel ministre de la Santé, Andreas Xanthos, lançait un nouveau projet de loi quadriennal dit « Soins primaires de santé »²⁹. Son objectif prioritaire consiste toujours à désengorger les urgences hospitalières mais le gouvernement entend aussi remettre à plat tout le système en vue de son amélioration (encadré). L'initiative est bienvenue : elle simplifie l'organisation des soins primaires, vise leur intégration à un système national de santé unique et pourrait corriger certains dysfonctionnements. Mais les fortes contraintes budgétaires indiquent que la perspective reste celle d'un rationnement des soins de santé publique. Les besoins du pays tout entier ne sauraient être couverts par le recrutement de seulement 1 300 nouveaux médecins, même si les profils privilégiés (généralistes, internistes, pédiatres) correspondent à un manque avéré, tant le déséquilibre est grand entre, d'un côté, les spécialistes en surnombre et, de l'autre, les généralistes souvent inexistant dans les services de soins primaires. Avec seulement trois praticiens, le rôle des unités locales de santé risque de se ramener à celui de pourvoyeur d'ordonnances et de garde-barrière empêchant le tout-venant de se rendre spontanément aux urgences hospitalières. On ne sait pas encore ce que devrait impliquer la restructuration de ces dernières, actuellement à l'étude. Elles pourraient devenir des unités autonomes dotées d'un personnel propre, distinct des équipes soignantes des hôpitaux. Dans l'ensemble, la précarisation des personnels soignants ira en augmentant. Même si les contrats des médecins conventionnés sont révisés, il manquera au système national de santé, et singulièrement au secteur des soins primaires, la masse critique indispensable à des prestations publiques de qualité. La dépendance à l'égard du secteur privé n'en sera que renforcée. On s'achemine très probablement vers un système à deux vitesses comprenant des services publics rudimentaires, sinon gratuits du moins à faible coût, et des prestations privées ou mixtes accessibles seulement aux plus aisés.

De fait, la logique d'une participation maximale du secteur privé s'installe progressivement dans le secteur des soins primaires. Les dépenses non remboursables se multiplient. Les copaiements pour les consultations ambulatoires sont passées de 3 à 5 euros en 2011 (le gouvernement Syriza a supprimé cette taxe qui vient d'être réintroduite). Les prescriptions médicales sont limitées à trois médicaments. S'il en faut davantage, le médecin doit établir une ou plusieurs nouvelles ordonnances, chacune coûtant 1 euro au patient. Il y a aussi d'autres coûts moins visibles, comme le prix

29. D. Terzis, « Ετοιμάζουν... ΤοΜΥ στην Πρωτοβάθμια Υγεία » (« Ils préparent... Des ToMy dans le secteur primaire de la santé »), Efsyn, 12 avril 2017, <http://www.efsyn.gr/arthro/etoimazoyntomy-stin-protovathmia-ygeia>. Les ToMY sont des « unités locales de santé » (voir encadré).

Encadré

Le programme quadriennal « Soins primaires de santé »

Il ne devrait y avoir désormais que deux niveaux d'accès aux soins primaires. À la base, des « unités locales de santé » (ToMY) mises en place dans tout le pays et installées dans les centres existants (IKA) ou dans de nouvelles structures seront encadrées par au moins deux, sinon trois médecins, prioritairement un-e généraliste, un-e pathologiste et un-e pédiatre. Au total, 239 unités locales devraient être créées d'ici trois ans, dont 50 à 60 d'ici la fin 2017. Là où de telles unités n'existeraient pas, des médecins privés contractants de l'EOPYY devront combler les besoins selon des modalités qui restent à définir. Le ministre estime que les unités locales couvriront 30 % des soins, les médecins privés les 70 % restants, et il se donne pour but d'inverser ces proportions dans quatre ans. Les unités locales pourraient selon lui diminuer d'environ cinq millions et demi le nombre de consultations dans les services hospitaliers.

À un deuxième niveau, des « centres de santé » plus conséquents et comprenant plus de spécialités que dans les unités locales se substitueront aux services existants dans les provinces et les zones rurales, ainsi qu'aux anciennes structures du réseau national de soins primaires – c'est-à-dire le PEDY, dont la dénomination disparaît (elle n'est jamais passée dans le langage courant qui se réfère tantôt à l'EOPYY et tantôt à l'IKA pour désigner les centres des soins). Ils seront ouverts 24 heures sur 24. Le gouvernement espère avoir créé 240 centres de santé dans tout le pays, y compris à Athènes, d'ici la fin de l'année 2017.

Le coût total de l'opération est estimé à 300 milliards d'euros. Elle devrait bénéficier de crédits garantis par l'UE auxquels s'ajoute l'apport, en augmentation progressive, du budget de l'État. Cela inclut le recrutement de 3000 personnes, dont 1300 médecins. Les postes mis au concours ciblent des généralistes, des internes et des pédiatres. Ils seront payés sur la base du statut ESY d'assistant de catégorie A à l'hôpital, soit 1500 à 1600 euros net par mois.

d'un appel téléphonique pour programmer un rendez-vous chez le docteur. Il sera bientôt possible de le faire par voie électronique, solution difficile pour les personnes âgées ou démunies. L'assurance privée croît lentement dans le marché des soins primaires avec des formules bon marché. Par exemple, on a vu des journaux comme *Proto Thema* ou *Anexartisia* offrir aux lecteurs dans leurs éditions du week-end des coupons à collectionner pour obtenir une carte de santé « gratuite » donnant un accès annuel limité et à faible coût à des médecins et des centres privés de diagnostic. Les banques aussi offrent à leurs clients différents types de polices d'assurance maladie (selon un éventail de prix variant de 85 à 800 euros annuels).

Les montants de ces contributions acquittées par le patient peuvent paraître négligeables. Cependant, elles pourraient bien avoir un but pédagogique. Comme a pu le dire un médecin grec au cours d'un entretien : « Le projet consiste à habituer les gens à payer jusqu'à ce que le système [de santé publique] soit finalement supprimé. » Dans sa contribution aux travaux du réseau Globalization and Health Knowledge Network, John Lister note : « Il ne fait pas de doute qu'en promouvant des frais modérateurs, la Banque mondiale et d'autres agences entendaient notamment nourrir l'apparition de polices d'assurance, même dans les pays les plus pauvres [...]. [Par exemple], à l'occasion d'un atelier majeur financé par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), qui s'est tenu au Zimbabwe, l'une des conclusions principales relatives aux "enseignements" tirés de la réflexion sur le financement des soins de santé était que "les frais modérateurs sont vitaux pour l'introduction de n'importe quel type de système assurantiel" » (McEuen et McGaugh, cité par Kondilis *et al.*, 2013 ; Lister, 2008:34).

Tout aussi importantes ont été d'autres mesures prises en Grèce pour aller dans la même direction. La dérégulation des services privés de santé a commencé très tôt au début du premier programme d'ajustement structurel. Par exemple, Kondilis *et alii* (2013) mentionnent la suppression de toutes les limites à l'établissement de laboratoires, de centres médicaux et d'unités de dialyse par des entrepreneurs privés, et la levée des restrictions relatives à l'expansion des hôpitaux privés. Les auteurs relèvent également l'introduction en 2011 de contrats passés par les établissements publics avec les compagnies d'assurance privées pour leur transférer des services hospitaliers publics. Ils leur ont attribué des centaines de lits hospitaliers de luxe. Avant même la loi « Soins primaires de santé » d'Andreas Xanthos, deux grandes cliniques privées aux spécialités multiples fonctionnant en lien avec d'importants prestataires d'assurance privées avaient été créées en remplacement des structures du réseau PEDY à Athènes et à Thessalonique.

III. Survivre sous conditions

L'importance des déterminants sociaux de la santé pour le bien-être physique, mental et social des communautés humaines a été soulignée plus haut. Avec l'aide et une certaine complicité du gouvernement grec (Burgi, 2014a), la troïka a prétendu pallier les effets de la « crise » (les effets de la quasi-liquidation, effective ou en instance, de la protection sociale) en agissant sur ces déterminants dans l'intention de renforcer la « résilience » de la population. Les mesures phares initiées à cette fin – indemnisation et accès des chômeurs aux soins médicaux, instauration d'un revenu minimum

garanti (RMG) – tracent, dans leur version grecque, les contours matériels et idéels du « nouveau modèle social européen » appelé à se substituer à l'État social décrété « révolu » par le gouverneur de la Banque centrale européenne, Mario Draghi, en 2012. Ce modèle est évoqué dans le mémorandum d'août 2015 qui consacre une petite section à un « authentique filet de sécurité sociale » et à « une société plus équitable ». Embrassant la notion promue par la Banque mondiale d'un « ensemble de prestations de base » (*essential package*) pour les plus démunis, il assure tout juste la survie des plus pauvres.

III.1. La reconfiguration des indemnités de chômage et de l'assurance-maladie

Avant juillet 2011, la durée maximale d'indemnisation du chômage, qui conditionnait l'accès aux prestations de santé, n'excédait pas un an, mais les patients en fin de droit et privés de ressources financières pouvaient encore être traités dans les hôpitaux. Après juillet 2011, de nouvelles dispositions exigèrent que les non-assurés paient intégralement leurs soins et en mars 2012, les montants de l'indemnisation furent réduits (de 561 à 360 euros³⁰). Entretemps, les taux de chômage et le nombre de personnes non assurées grimpèrent en flèche et restèrent énormes jusqu'à aujourd'hui. Médecins de Monde estime qu'il y a environ 3 millions de non-assurés, si l'on inclut les auto-employés qui ne sont pas comptabilisés dans les chiffres officiels du chômage ; Makis Mantas estime la proportion de non-assurés toutes catégories confondues à 35 % de la population en 2016, parmi lesquels 60 % de professions indépendantes et d'auto-employés ; les rapports officiels de l'UE ou de l'OCDE avancent généralement le chiffre de 2,5 millions de non-assurés (sur une population totale de 11 millions d'habitants).

Sous la pression sociale, le ministre de la Santé, Adonis Georgiadis, introduisit par décret ministériel en 2013 puis en 2014 un système de coupons censés permettre aux non-assurés d'accéder aux soins primaires (2013) puis également aux soins hospitaliers (2014). Ces coupons, administrativement ingérables et en pratique inaccessibles au plus grand nombre, se révélèrent une mesure palliative³¹. Les patients se retrouvèrent dans des situations où ils devaient payer formellement ou informellement – en signant une reconnaissance de dette envers l'établissement public de soins – une partie sinon la totalité de leur traitement hospitalier, diagnostic et médicamenteux.

30. Et la durée des indemnités de chômage fut étendue pour couvrir sous de strictes conditions certaines catégories de chômeurs de longue durée en fin de droit (200 euros mensuels).

31. En colère, les médecins des cliniques sociales solidaires dénoncèrent « une goutte dans l'océan ». « Le ministre de la Santé, dirent-ils en 2013, espère nous impressionner avec une aspirine, quand une cure beaucoup plus radicale est nécessaire » (MCCH, archive 2013, <http://www.mkiellinikou.org/en/category/mcch/page/2/>).

Finalement, c'est au gouvernement Syriza qu'est revenue la responsabilité de mettre en place un plan dit d'accès « égal et universel à la santé ». Amélioration significative, la loi n° 4368/16 complétée par un arrêté ministériel du 2 mars 2016 offre à tous les citoyens légalement installés en Grèce la possibilité d'être pleinement couverts sur simple présentation de leur numéro de Sécurité sociale. Les réfugiés récemment entrés et enregistrés en Grèce le sont au même titre que les autres citoyens dépourvus d'assurance sociale. Par contre, les immigrés sans papiers plus anciens, Pakistanais, Indiens ou autres, ne sont pas couverts.

Sauf pour les très pauvres, la gratuité des soins n'inclut pas les médicaments dont le coût est en moyenne supporté pour moitié par les patients. La dispense des frais modérateurs est subordonnée à des conditions telles que seul un petit nombre, estimé ³² à quelque 170 000 personnes, est concerné (sur au moins 2,5 millions de bénéficiaires potentiels, comme on vient de le voir). La gratuité des médicaments est soumise aux critères suivants : (1) les revenus ne doivent pas excéder 2 400 euros annuels pour une personne seule (le double pour un couple avec deux enfants) ; (2) si une personne n'a pas de revenus mais possède un bien immobilier d'une valeur de 150 000 euros et plus, ou si une personne a un compte en banque comprenant des avoirs équivalents à trois fois le critère annuel des 200 euros mensuels (donc un solde créditeur de 7 200 euros), elle doit participer aux frais modérateurs ; (3) les handicapés dont le taux de handicap est évalué à moins de 67 % ne sont pas couverts à 100 % (avec une légère différence en leur faveur s'il y a des enfants) ; (4) l'accès à la consultation de spécialistes est restreint : la prestation de services publics de santé gratuits est rigoureusement limitée aux ressources publiques existantes et ne s'étend pas à des services que les hôpitaux ou les centres de santé contractent auprès de prestataires privés. Dans tous les cas où les patients habitent une contrée dépourvue du service ou du spécialiste recherchés, ils se voient obligés ou bien de voyager s'ils le peuvent pour se rendre dans une grande ville, ou bien de se passer de soins spécialisés.

III.2. L'Allocation de solidarité sociale, un revenu minimum garanti

Censé refléter l'ambition de « justice sociale » des rédacteurs du troisième memorandum, le revenu minimum garanti (RMG) incarne bien l'idéal d'une protection sociale réduite à un plancher de prestations minimales. La Commission européenne le décrit comme un « exemple typique d'investissement social » (Ziomas *et al.*, 2015a). L'« investissement social » est alors l'antithèse des droits (durement conquis) à des revenus de transfert inconditionnels qui sont, eux, désobligeamment appelés « consommation

32. Estimations attribuées par la presse au ministre de la Santé Andreas Xanthos et à la vice-ministre, Theano Fotiou.

sociale ». La finalité de cet « investissement social » ciblé exclusivement sur la pauvreté extrême (*ibid.*) n'est pas de combattre l'indigence, mais de réduire l'indicateur mesurant « l'écart de pauvreté » (Ziomas *et al.*, 2015b), c'est-à-dire l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté.

Le RMG est entré en application en 2017³³ sous l'appellation « allocation de solidarité sociale » (KEA selon l'acronyme grec). Il avait préalablement été l'objet d'une expérimentation pilote dans treize gouvernements locaux entre novembre 2014 et avril 2015. Le dispositif comprend une allocation dégressive inférieure au seuil de pauvreté extrême³⁴ n'excédant pas 200 euros mensuels pour une personne seule, et par exemple 400 euros pour une famille de quatre personnes ou 500 euros pour un couple et quatre enfants mineurs. Il comprend également une aide sociale en nature et une aide à la recherche d'emploi. Les conditions d'attribution des aides sont analogues à celles mentionnées précédemment au sujet du programme d'accès universel à la santé. Le revenu déclaré du ménage au cours des six mois précédant la demande ne doit pas excéder six fois le montant de l'allocation³⁵ ou un plafond fixé à 5 400 euros quel que soit le nombre de personnes composant le ménage. À cela s'ajoutent des critères portant sur la propriété, qui varient aussi en fonction de la composition du ménage. Ils incluent la valeur taxable des biens immobiliers en Grèce ou à l'étranger³⁶, le coût objectif de tous types de véhicules privés³⁷ et le montant total des dépôts en banque ou dans toute autre institution de crédit³⁸. La mise en œuvre du dispositif est confiée aux municipalités.

Les volets aide sociale et aide à la recherche d'emploi n'avaient pas été inclus dans l'expérimentation pilote : celui sur la recherche d'emploi parce que la Grèce est plongée dans une dépression économique durable et que les structures de ce type sont quasiment inexistantes, en tout cas inopérantes ; celui sur l'aide sociale (principalement des opérations de distribution alimentaire), parce que les conditions d'ouverture respectivement du droit au revenu minimum garanti et du droit à l'aide sociale n'étaient pas encore harmonisées. Depuis l'entrée en application du dispositif KEA, les listes de bénéficiaires du revenu minimum garanti sont utilisées par les

33. Arrêté ministériel du 24 janvier 2017 relatif à la loi n° 4320/15.

34. Selon les résultats de l'enquête de Matsaganis *et al.* (2016), le seuil d'extrême pauvreté varie selon les localités considérées : Athènes, « Autres zones urbaines », « Zones rurales et périurbaines » dans leur étude. Pour une personne seule, il se situait en 2015 respectivement à 222, 216 et 182 euros ; pour un couple avec deux enfants : 640, 614 et 524 euros. Ces chiffres concernent la population qui ne doit payer ni loyer ni emprunt immobilier. Avec un loyer ou un emprunt immobilier, les seuils sont plus élevés.

35. 1 200 euros pour une personne seule, un peu plus selon la composition du ménage, par exemple 3 000 euros pour un couple et quatre enfants.

36. 90 000 euros pour une personne seule, avec un plafond fixé à 150 000 euros.

37. Voitures, et même bicyclettes : il ne doit pas excéder 6 000 euros.

38. 4 800 euros pour une personne seule, 9 600 euros pour deux adultes et deux enfants mineurs, 14 400 euros pour deux adultes et six enfants mineurs, avec des plafonds intermédiaires renvoyant à la composition des ménages.

services sociaux municipaux pour l'attribution d'une aide sociale et sont parfois croisées avec des listes établies par d'autres structures, dont les églises, pour éviter que le même individu puisse profiter simultanément de plusieurs programmes d'aide. À partir de début 2018 aura lieu le renouvellement du droit à l'allocation KEA de solidarité sociale. À cette occasion, les bénéficiaires admis en 2017 qui n'auraient pas su qu'ils devaient, ou n'auraient pas voulu déclarer une éventuelle modification de leur situation dans le cours de l'année, ou ceux dont on s'apercevra que le dossier déposé en 2017 comporte des erreurs, quelles qu'elles soient et même si c'est à leur insu³⁹, seront sommés de rembourser les sommes qui leur ont été versées⁴⁰. On ne sait pas ce qu'il adviendra de ces bénéficiaires ni comment le problème sera géré. En tout état de cause, l'adjonction de l'aide sociale au revenu minimum n'est pas de nature à consolider les déterminants sociaux de la santé.

III.3. Le cadre de la survie

De ce qui précède, il est permis de penser que l'allocation de solidarité sociale, composante centrale de ce qui est présenté comme un filet social, est appelée à devenir un dispositif intégré de coordination de politiques dites de protection sociale ciblées sur la misère, qui produisent, normalisent et contrôlent le statut de dépossédé ; un dispositif de *gestion* limité aux 15 % de la population classés comme extrêmement pauvres. Les conséquences sociales des politiques austéritaires se réduiraient à la « résilience » défectueuse d'une minorité.

Notion polysémique, la résilience sociale peut s'entendre comme la capacité des individus ou des groupes de résister à l'adversité en mobilisant et en inventant de nouvelles ressources et manières de faire et d'agir pour préserver leur bien-être matériel, physique et psychique, ainsi que la dignité conférée par la reconnaissance de soi et d'autrui comme membre à part entière d'une communauté de semblables. Bien sûr, les réponses individuelles et collectives à la déstabilisation des cadres sociaux diffèrent sensiblement d'une société à l'autre (Hall, Lamont, 2013). Pour ce qui concerne la santé publique en Grèce, la création, évoquée plus loin, d'un réseau de structures de soins solidaires dans tout le pays a été portée par l'espoir de préserver la substance de la société et défendre ses droits.

39. Les demandeurs ont la possibilité de faire leur demande en ligne soit par eux-mêmes, soit avec l'aide d'un comptable, soit en passant par un centre de services aux citoyens (KEP), soit directement à la mairie. Il semble que les comptables et les KEP, peu familiers de la procédure, aient mal questionné ou informé les demandeurs et involontairement omis de mentionner des détails relatifs à leurs obligations et à leur situation (sources de revenus ou autres). Or, les demandeurs doivent signer un formulaire attestant de la véracité de la déclaration, et sont considérés comme responsables en cas d'inexactitude.

40. Entretiens effectués en octobre 2017 dans les municipalités portuaires de Perama et Keratsini-Drapetsona dans le cadre d'une enquête qualitative en cours effectuée par l'auteure de ces lignes avec l'historienne Eleni Kyramargiou, chercheuse à la Fondation nationale de la recherche historique en Grèce.

Ce n'est pas ainsi que les institutions dominantes conçoivent la notion de résilience. Elles donnent à ce vocable un sens normatif inférant une soumission allant de soi à l'ordre établi. Dans son acception politico-administrative, la résilience désigne la résistance avant tout psychologique des individus à l'infortune (euphémisme pour injustice) au sens de leur aptitude à réaliser un « ajustement positif » pour s'adapter et « rebondir » dans les contextes les plus difficiles – qui ne sont pas, eux, questionnés (par exemple Burgi, Soumara, 2015). Cette grammaire de la résilience induit la conviction qu'il faut s'accommoder de la (grande) précarité, contrôler le « désordre », les comportements « antisociaux », les troubles à l'ordre public, et légitimer si nécessaire des mesures d'exception et/ou le recours à la force. Il appartiendrait à chacun et à tous de se prendre en charge. Seules les catégories sociales totalement démunies (à l'exclusion des réfugiés et autres immigrés) pourraient espérer, sous d'austères conditions, une aide matérielle parcimonieuse financée par la communauté.

La troïka trouve dans ces préceptes un moyen parmi d'autres de passer sous silence sinon de nier les conséquences de ses politiques. Avant la crise financière, les gens allaient chez le médecin malgré les carences des soins primaires. Maintenant, ils doivent se résoudre à une mort à échéance plus ou moins précoce. Même les assurés sociaux, souvent incapables de couvrir les dépenses non remboursables, ont tendance à négliger les examens préventifs, à les reporter à plus tard (ou trop tard) ; ils réduisent leurs traitements, les prennent de façon discontinue, les remplacent par des substituts moins chers, les arrêtent même. Des maladies que l'on croyait éradiquées comme la malaria réapparaissent, le VIH s'est répandu. L'état de la santé mentale est désastreux. Dès le premier mémorandum, les médecins hospitaliers constataient une augmentation des pathologies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux liés à l'anxiété et au stress ⁴¹. Le taux de dépressions *majeures* est passé entre 2009 et 2014 de 3,5 % à 12,5 % de la population et le taux de suicides s'est accru de 35 % entre 2010 et 2013 (Economou, Peppou, Fousketatki *et al.*, 2013 ; Economou, Madianos, Peppou *et al.*, 2013 ; Economou *et al.*, 2016 ; Madianos *et al.*, 2014). La consommation de « drogues de la crise » – substances synthétiques très bon marché comme la métamphétamine (1 à 5 euros) fabriquées dans des laboratoires de fortune et même dans les cuisines des particuliers – pourrait détruire une génération entière d'adolescents, comme le *sisa* en Argentine (Matsa, 2014). La désintégration de la société et le désastre sanitaire nourrissent la violence interpersonnelle (homicides et violence domestique). Le psychiatre Spyros Sourlas (entretien, 2015) a observé un accroissement de 30 % des troubles psychosomatiques (maux de tête, de ventre) parmi les enfants, dont un tiers finit à l'hôpital. Gerasimos Kolaitis et Georges Giannakopoulos (2015),

41. Entretiens à l'hôpital universitaire de Thessalonique, 2011.

tous deux pratiquant dans d'importants services hospitaliers de psychiatrie infantile à Athènes, rapportent qu'ils rencontrent un « nombre toujours grandissant de familles confrontées à des adversités psychosociales compliquées » et d'enfants maltraités ou négligés admis dans le plus grand hôpital pédiatrique de Grèce au titre de la protection de l'enfance...

Les traités font obligation à la Commission européenne d'évaluer les effets sociaux et sanitaires de toutes les politiques publiques, y compris celles de la troïka. Elle y a rechigné. Une étude d'impact social a fini par être réalisée *a posteriori* en 2015, mais elle fut pour le moins « décevante à bien des égards », comme le note dans sa déclaration de fin de mission sur l'état social et humain de la Grèce Juan Pablo Bohoslavsky (2015), expert indépendant sur la dette extérieure et les droits humains auprès des Nations unies. Elle « ne mentionne pas une seule fois la notion de “droits humains” » fondamentaux, poursuit l'expert, dont le rapport pointe au contraire une violation systématique de ces droits⁴². La « vertigineuse liste de normes, règles, lois grecques, européennes et internationales piétinées par les mémorandums » (CADTM, 2015) est aujourd'hui assez bien répertoriée (par exemple Salomon, 2015 ; Ghailani, 2016) mais mal connue du grand public mieux informé sur l'interprétation dominante des abondantes données économiques et financières que sur les atteintes à la démocratie.

Pour leur part, les gouvernements grecs se sont montrés tout aussi cyniques et indifférents au sort de la population. Ils ont par exemple reporté sur les femmes et les migrants la responsabilité de la crise sanitaire. En 2012 et 2013, ils orchestrèrent des campagnes de « nettoyage » contre les consommateurs de drogue et les migrants. Ils mirent le pays en garde contre la propagation du Sida – qui « peut être transmis par une femme migrante illégale au consommateur grec, à la famille grecque » – et contre les « bombes à retardement sanitaires » menaçant les hommes grecs et les ménages. Un décret (39A) de 2012 permettant à la police de détenir n'importe qui en vue de procéder à des tests forcés de dépistage des maladies infectieuses et de rendre publiques les données personnelles des sujets atteints du VIH entraîna de multiples rafles, des poursuites pénales, et l'arrestation, l'emprisonnement, la stigmatisation et l'humiliation de milliers de personnes (Vasilopoulou, 2014:225-227). Il fut définitivement abrogé en avril 2015 par le gouvernement Syriza, à qui fut cependant transférée par les puissances dominantes de l'UE la charge et la responsabilité de « traiter » au moins 60 000 réfugiés actuellement bloqués en Grèce où ils sont confrontés à la politique de détention automatique dans des camps inhumains et aux plus grandes difficultés d'accès (si tant est qu'ils accèdent) à des soins médicaux essentiels. Alors qu'il n'y a pas de relation de cause

42. C. Filoni, « Résumé du Rapport de l'expert de l'ONU sur la dette sur la Grèce », CADTM, 18 juillet 2014, <http://www.cadtm.org/Resume-du-Rapport-de-l-expert-de-l->

à effet entre la migration et l'importation de maladies contagieuses (par exemple Langlois *et al.*, 2016 ; Rechel *et al.*, 2011 ; Grove, Zwi, 2006), ces traitements spéciaux pourraient bien rendre encore plus critique la crise sanitaire et finir par mettre en danger la société tout entière.

Conclusion

Loin de cette logique mortifère, une partie de la société a pris un chemin d'une tout autre nature pour défendre la santé publique et ses conditions de possibilité. Dans un élan de solidarité remarquable, des hommes et des femmes bénévoles, médecins, soignants ou simples citoyens ont œuvré pour créer et faire fonctionner à partir de 2009 une quarantaine de cliniques et pharmacies autogérées dans tout le pays. Toute personne nécessitant des soins médicaux sans y avoir accès pour une raison ou une autre y est accueillie indépendamment de sa nationalité, de son statut social ou de ses origines. Ces structures ont sauvé des milliers de vies, mais leurs maigres ressources, provenant exclusivement de dons de la population et de réseaux militants nationaux et internationaux (dont le collectif Solidarité France-Grèce pour la Santé) ne leur permettent de répondre qu'à une part minime des besoins de la population. La lutte ainsi engagée au nom de la santé pour tous n'a pas eu pour objet de construire une alternative au système public de santé. Elle a été pensée, menée et vécue comme un acte de résistance positive contre un pouvoir despotique, un acte susceptible d'amener les habitants à se relever et défendre par leurs pratiques solidaires leurs droits et les principes démocratiques. Cet espoir s'essouffle depuis que le gouvernement Syriza et son Premier ministre, choisissant de conserver le pouvoir après la capitulation d'Alexis Tsipras en juillet 2015, appliquent un troisième programme mémorandaire plus violent et punitif encore que les deux précédents. L'apathie gagne du terrain. Les militants et bénévoles, épuisés, quittent les organisations de solidarité. Nul ne sait par quels moyens la société grecque cherchera dans le dénouement de cette tragédie à se défendre contre les atteintes portées à sa substance même.

Références bibliographiques

- Anastasaki E., Bradshaw S., Proach J., Shah S. (2014), « The Greek Healthcare Reform After Troika: The Potential Impact on Global Pricing and Access Strategy », Presented at the International Health Economics and Outcomes Research (ISPOR), 17th Annual European Congress, Amsterdam, https://www.ispor.org/research_pdfs/48/pdffiles/PHP152.pdf.
- Bohoslavsky J.P. (2015), « End of Mission Statement », United Nations, Human Rights – Office of the High Commissioner, Athens, December 8, http://www.ohchr.org/Documents/Issues/IEDebt/EOM_Statement_Greece_IEForeignDebt_EN.pdf.
- Burgi N. (2014a), « Introduction », in Burgi N. (dir.), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, p. 15-52.
- Burgi N. (2014b), « Démantèlement de la santé, destruction de la société », in Burgi N. (dir.), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, p. 193-212.
- Burgi N. (dir.) (2014c), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau.
- Burgi N., Soumara G. (2015), « Que disent les enfants de la crise humanitaire en Grèce ? », *Tepsis Paper*, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01192822/document>.
- CADTM (2015). *Rapport préliminaire de la Commission pour la vérité sur la dette publique grecque*, 24 juillet, http://www.cadtm.org/IMG/pdf/Raport_FR_23-07.pdf.
- Carone G., Schwierz C., Xavier A. (2012), « Cost-Containment Policies in Public Pharmaceutical Spending in the EU », *European Economy Economic Papers*, n° 461, European Commission – Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Brussels, September, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2012/pdf/ecp_461_en.pdf.
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization., http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
- Correia T., Dussault G., Pontes C. (2015), « The Impact of the Financial Crisis on Human Resources for Health Policies in Three Southern-Europe Countries », *Health Policy*, vol. 119, n° 12, p. 1600-1605, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.009>.
- Daniels N., Kennedy B.P., Kawachi I. (1999), « Why Justice Is Good for Our Health: The Social Determinants of Health Inequalities », *Daedalus*, vol. 128, n° 4, p. 215-251, http://www.jstor.org/stable/20027594?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Economou M., Angelopoulos E., Peppou L.E., Souliotis K., Stefanis C. (2016), « Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Greece During the Economic Crisis: An Update », *World Psychiatry*, vol. 15, n° 1, p. 83-84, <https://doi.org/10.1002/wps.20296>.
- Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Theleritis C., Patelakis A., Stefanis C. (2013), « Suicidal Ideation and Reported Suicide Attempts in Greece

- During the Economic Crisis », *World Psychiatry*, vol. 12, n° 1, p. 53-59, <https://doi.org/10.1002/wps.20016>.
- Economou M., Peppou L., Fousketaki S., Theleritis C., Patelakis A., Alexiou T., Madianos M., Stefanis C. (2013), « Economic Crisis and Mental Health: Effects on the Prevalence of Common Mental Disorders », *Psychiatriki*, vol. 24, n° 4, p. 247-261.
- European Commission (2010), « The Economic Adjustment Programme for Greece », *Occasional Papers*, n° 61, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Brussels, May, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp61_en.pdf.
- European Commission (2012), « The Second Economic Adjustment Programme for Greece », *Occasional Papers*, n° 94, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Brussels, March, http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp94_en.pdf.
- Fonds monétaire international (2012), *Perspectives de l'économie mondiale, octobre 2012. Une dette élevée et une croissance anémique*, Fonds monétaire international.
- Foucault M. (2004), *Naissance de la biopolitique : cours au Collège de France, 1978-1979*, Paris, Gallimard.
- Gandjour A. (2013), « Reference Pricing and Price Negotiations for Innovative New Drugs: Viable Policies in the Long Term? », *PharmacoEconomics*, vol. 31, n° 1, p. 11-14, <https://doi.org/10.1007/s40273-012-0002-9>.
- Georgakopoulos T. (2016), « The Health of Greeks and the Crisis: A Study. *Dianeosis*, http://www.dianeosis.org/2016/03/greek_health_intro/
- Ghailani, D. (2016). « Violations of Fundamental Rights: Collateral Damage of the Eurozone Crisis? », *OSE Research Paper*, n° 32, December, http://www.ose.be/files/publication/OSEPaperSeries/Ghailani_2016_OseResearchPaper32EN.pdf.
- Greer S.L., Jarman H., Baeten R. (2016), « The New Political Economy of Health Care in the European Union: The Impact of Fiscal Governance », *International Journal of Health Services*, vol. 46, n° 2, p. 262-282, <https://doi.org/10.1177/0020731416637205>.
- Grimaldi A. (2009), *L'hôpital malade de la rentabilité*, Paris, Fayard.
- Grove N.J., Zwi A.B. (2006), « Our Health and Theirs: Forced Migration, Othering, and Public Health », *Social Science & Medicine*, vol. 62, n° 8, p. 1931-1942, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.061>.
- Hall P.A., Lamont M. (eds.) (2013), *Social Resilience in the Neoliberal Era*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Hayek F.A. von (1985), *La route de la servitude*, Paris, Puf.
- Herndon T., Ash M., Pollin R. (2013), « Does High Public Debt Consistently Stifle Economic Growth? A Critique of Reinhart and Rogoff », *Working Paper Series*, n° 322, Political Economy Research Institute, University of Massachusetts, April 15, <http://darribas.org/WooWii/Assignments/Original-Paper.pdf>.
- Ifanti A.A., Argyriou A.A., Kalofonou F.H., Kalofonos H.P. (2014), « Physicians' Brain Drain in Greece: A Perspective on the Reasons Why and How to Address It », *Health Policy*, vol. 117, n° 2, p. 210-215, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.03.014>.

- Ioakeimoglou E. (2010), « Υπηρεσίες υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα », (« Services de santé. Du bien public à la marchandise »), *Meletes*, n° 32, Athènes, Institut du Travail INE/GSEE-ADEDY, <http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH%2032%20TELIKO.pdf>.
- Ioakeimoglou E. (2017), « Internal Devaluation and Hegemonic Crisis », in Fouskas V.K., Dimoulas C. (eds.), *Greece in the 21st Century: A Crisis Manifesto*, London, Routledge, forthcoming.
- Jayadev A., Konczal M. (2010), « The Boom Not the Slump: The Right Time for Austerity », *Economics Faculty Publication Series*, Paper 26, University of Massachusetts Boston/Roosevelt Institute, August 23.
- Kaitelidou D., Kouli E. (2012), « Greece: The Health System in a Time of Crisis », *Eurohealth Incorporating Euro Observer*, vol. 18, n° 1, p. 12-14, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf.
- Kapsalis A., Kouzis Y. (2014), « Le travail, la crise et les mémorandums », in Burgi N. (dir.), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, p. 156-174.
- Karakioulafis C. (2014), « Grèce : santé et éducation : victimes des politiques d'austérité », n° spécial, « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », *Chronique Internationale de l'ÉRES*, n° 148, novembre, p. 83-103, <http://www.ires.fr/publications/chronique-internationale-de-l-ires/item/3556-grece-sante-et-education-victimes-des-politiques-d-austerite>.
- Karamanoli E. (2015), « 5 Years of Austerity Takes its Toll on Greek Health Care », *The Lancet*, vol. 386, n° 10010, December 5, p. 2239-2240, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01163-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01163-0).
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J.P., McKee M. (2013), « Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe », *The Lancet*, vol. 381, n° 9874, April 13, p. 1323-1331, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. (2014), « Greece's Health Crisis: From Austerity to Denialism », *The Lancet*, vol. 383, n° 9918, February 22, p. 748-753, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62291-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62291-6).
- Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H., Benos A. (2013), « Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case », *American Journal of Public Health*, vol. 103, n° 6, April, p. 973-979, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301126>.
- Kondilis E., Smyrnakis E., Gavana M., Giannakopoulos S., Zdoukos T., Iliffe S., Benos A. (2012), « Economic Crisis and Primary Care Reform in Greece: Driving the Wrong Way? », *British Journal of General Practice*, vol. 62, n° 598, May, p. 264-265, <https://doi.org/10.3399/bjgp12X641546>.
- Kotronaki L. (2014), « Réappropriation de la contestation démocratique : la forme Occupy », in Burgi N. (dir.), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, p. 175-190.
- Laliotis I., Ioannidis J.P.A., Stavropoulou C. (2016), « Total and Cause-specific Mortality Before and After the Onset of the Greek Economic Crisis: An Interrupted Time-series Analysis », *The Lancet Public Health*, vol. 1, n° 2, December, p. e56-e65, [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(16\)30018-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(16)30018-4).

- Langlois E.V., Haines A., Tomson G., Ghaffar A. (2016), « Refugees: Towards Better Access to Health-care Services », *The Lancet*, vol. 387, n° 10016, January 23, p. 319-321, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00101-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00101-X).
- Lister J. (2008), « Globalization and Health Systems Change », *Globalization and Health Knowledge Network: Research Papers*, WHO Commission on Social Determinants of Health, Institute of Population Health, Ottawa, http://www.globalhealthequity.ca/webfm_send/14.
- Lochard Y., Pernot J.-M. (2010), « Europe : 2010, année terrible. Les relations sociales à l'épreuve de l'austérité », n° spécial, « L'État social à l'épreuve de l'austérité », *Chronique internationale de l'IREs*, n° 127, novembre, p. 40-55, <http://www.ires.fr/publications/chronique-internationale-de-l-ires/item/3668-europe-2010-annee-terrible-les-relations-sociales-a-l-epreuve-de-l-austerite>.
- Madianos M.G., Alexiou T., Patelakis A., Economou M. (2014), « Suicide, Unemployment and Other Socioeconomic Factors: Evidence from the Economic Crisis in Greece », *The European Journal of Psychiatry*, vol. 28, n° 1, p. 39-49, <https://doi.org/10.4321/S0213-61632014000100004>.
- Matsa K. (2014), « Les addictions en temps de crise », in Burgi N. (dir.), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, p. 213-230.
- Matsaganis M., Leventi C. (2013), « Anatomy of Poverty in 2013 Greece », *Newsletter*, n° 5, Athens University of Economics, Public Policy Research Unit, http://www.paru.gr/files/newsletters/NewsLetter_05.pdf.
- Matsaganis M., Leventi C., Flevotomou M. (2016), « Une politique plus efficace pour combattre l'extrême pauvreté », *Dianeosis*, juillet, http://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/06/ftwxeia_version_070616_3.pdf.
- Mossialos E., Allin S., Davaki K. (2005), « Analysing the Greek Health System: A Tale of Fragmentation and Inertia », *Health Economics*, vol. 14, n° S1, September, p. S151-S168, <https://doi.org/10.1002/hec.1033>.
- OCDE (2015), *Réformes économiques 2015. Objectif croissance*, Paris, Éditions de l'OCDE, <https://doi.org/10.1787/growth-2015-fr>.
- Parlement hellénique, Bureau du Budget de l'État (2014), *Politiques de revenu minimum dans l'UE et en Grèce. Une analyse comparative*, Document préparatoire du programme pilote de revenu minimum garanti, Rapport intermédiaire aux membres des commissions parlementaires compétentes, Athènes, septembre.
- Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M. (2011), « Migration and Health in the European Union: An Introduction », in Rechel B., Mladovsky P., Devillé W., Rijks B., Petrova-Benedict R., McKee M. (eds.), *Migration and Health in the European Union*, Maidenhead, Mc Graw-Hill, Open University Press, p. 3-13, <http://www.mheducation.co.uk/openup/chapters/9780335245673.pdf>.
- Sachs J.D. (2005), *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, London, Sterling, Earthscan, <http://www.unmillenniumproject.org/documents/MainReportComplete-lowres.pdf>.
- Salomon M.E. (2015), « Of Austerity, Human Rights and International Institutions », *LSE Law, Society and Economy Working Papers*, n° 2/2015, <http://www.lse.ac.uk/humanRights/documents/2015/salomonWpsAusterity.pdf>.

- Stamati F., Baeten R. (2014), « Health Care Reforms and the Crisis », *ETUI Report*, n° 134, Brussels <http://www.etui.org/Publications2/Reports>.
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills: Recessions, Budget Battles, and the Politics of Life and Death*, New York, Basic Books.
- Triantafyllou K., Angeletopoulou C. (2011), « IMF and European Co-workers Attack Public Health in Greece », *The Lancet*, vol. 378, n° 9801, October, p. 1459-1460, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61639-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61639-5).
- Vasilopoulou C. (2014), « L'emprisonnement des prostituées séropositives stigmatisées et la création d'un camp de détention pour sans-papiers et autres exclus », in Burgi N. (dir.), *La grande régression : la Grèce et l'avenir de l'Europe*, Lormont, Le Bord de l'eau, p. 225-227.
- Ziomas D., Sakellis I., Bouzas N., Spyropoulou N. (2015a), *ESPN Thematic Report on Minimum Income Schemes: Greece 2015*, European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.
- Ziomas D., Sakellis I., Bouzas N., Spyropoulou N. (2015b), *ESPN Thematic Report on Social Investment. Greece*, European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.

Politique d'austérité et politique du médicament en France et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions sur le modèle de production pharmaceutique

*Philippe ABECASSIS et Nathalie COUTINET*¹

L'austérité est un médicament destiné à réduire les symptômes de la dette et du déficit et à soigner la récession. Elle consiste à diminuer les dépenses médicales en matière de couverture médicale, d'assistance aux chômeurs et d'aides au logement.

Stuckler et Basu (2013), Préface.

Les politiques d'austérité instaurées en France et au Royaume-Uni depuis les années 1990, renforcées après la crise de 2008, ont conduit à une rationalisation drastique des dépenses de santé, en particulier pour les dépenses de médicaments qui représentent une part importante des dépenses de santé. Bien que les politiques menées dans les deux pays semblent très différentes, cette rationalisation a pris la forme d'une privatisation accrue, d'un durcissement des mécanismes de contrôle des prix des médicaments les plus coûteux et d'incitations à la consommation de médicaments les moins chers, comme les génériques. Les firmes pharmaceutiques n'ont pourtant pas beaucoup souffert de ces mesures. Si elles ont d'abord réagi en acceptant provisoirement de développer la production de médicaments génériques, elles ont, à partir de 2012, déployé un nouveau modèle de production de médicaments innovants à prix élevés, fondé sur les biotechnologies et la médecine personnalisée. Cette stratégie, menée avec la bienveillance des systèmes de santé, s'appuie sur une production externalisée permettant aux firmes de réduire leurs risques financiers et de réaliser d'importants profits.

1. CEPN, CNRS 7234 – Université Paris 13.

Les politiques d'austérité mises en place après la crise de 2008 ont profondément transformé les services publics, en particulier les services de protection sociale. Aux restrictions budgétaires ponctuelles de 2008-2009 ont succédé des transformations structurelles, des réformes visant à contenir durablement ce qui est considéré comme des dérapages budgétaires ². Globalement, sur la base de méthodes et de raisonnements dits rationnels fondés sur des processus d'évaluation comptable de l'action publique, ces réformes guidées par l'orthodoxie budgétaire ont parachevé le processus de privatisation et d'externalisation des services publics, réduisant d'autant le périmètre, voire la notion même de service public de protection sociale.

Le secteur de la santé, en raison de son poids dans la dépense publique et de son taux de croissance naturellement supérieur à celui du PIB, quel que soit le pays et le système de santé proposé, a été l'un des secteurs les plus touchés par les réformes, celles-ci ayant débuté bien avant la crise de 2008. À ce titre, le secteur de la santé a constitué un terrain expérimental initié dès la fin des années 1960 avec des programmes de rationalisation des choix budgétaires dans plusieurs pays ³. C'est aussi un précurseur avec, par exemple, la mise en place des premières réformes d'austérité dans le cadre de la « maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé » en France (1996) ou la réforme initiée par Margaret Thatcher en 1991, visant à séparer les fonctions d'acheteur et de fournisseur de soins afin d'introduire des mécanismes de marché entre fournisseurs.

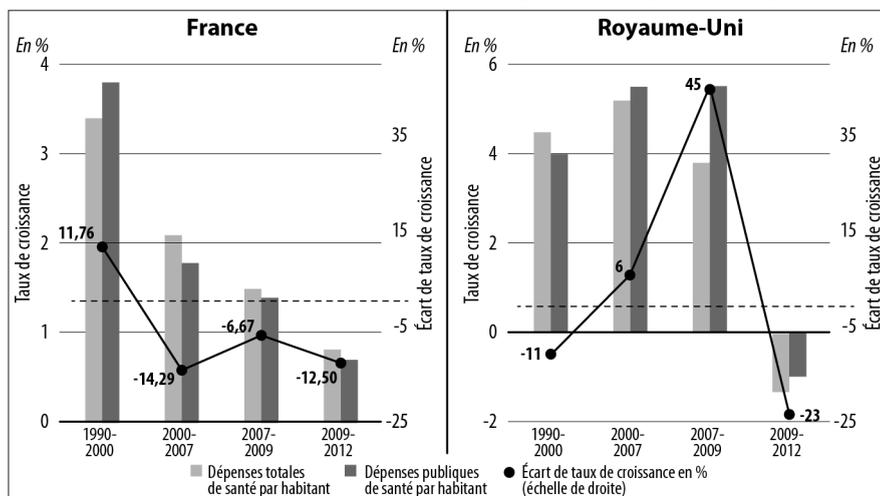
Les réformes et leurs effets dépendent cependant de la nature et de l'organisation des systèmes de santé en œuvre dans chaque pays. Ce travail se propose d'illustrer ces différences en analysant les réformes dans deux pays comparables, la France et le Royaume-Uni, mais dont les choix en termes d'organisation, de financement et de dispensation des soins de santé ont été radicalement différents : le Royaume-Uni étant souvent désigné comme un archétype de modèle beveridgien, la France comme modèle bismarckien.

La comparaison de l'évolution des dépenses totales et des dépenses publiques dans les deux pays montre qu'en France, jusqu'en 2000, le taux de croissance des dépenses publiques de santé est supérieur à celui des dépenses totales de santé (graphique 1). Cette tendance s'inverse à partir de 2000. Ceci s'explique par une augmentation de la part du financement privé des dépenses totales de santé issue de différentes mesures prises dans le but de maîtriser les dépenses publiques. Au Royaume-Uni, entre 2000

2. Sur ces deux formes conjoncturelle et structurelle, d'austérité, voir les numéros spéciaux de la *Chronique internationale de l'IRRES* : « L'État social à l'épreuve de l'austérité » (Ires, 2010) et « Santé, éducation : services publics dans la tourmente » (Ires, 2014).

3. Program, Planning, Budgeting System aux États-Unis, RCB en France. À la fin des années 1970, Margaret Thatcher introduit la notion de « Value for money » au Royaume-Uni (Abecassis, 2014 ; Robelet, 2002).

Graphique 1. Évolution des dépenses totales et publiques de santé, en termes réels, en France et au Royaume-Uni (1990-2012)



Note : taux de croissance annuel.

Sources : données OCDE.

et 2009, le taux de croissance des dépenses publiques de santé est supérieur à celui des dépenses totales. Cet écart est plus marqué sur la période 2007-2009. À partir de 2009, le taux de croissance des dépenses publiques ralentit moins fortement que celui des dépenses totales de santé, laissant supposer que le ralentissement des dépenses publiques n'a pas été compensé par la croissance d'une offre privée duplicative.

Une grande partie des mesures d'austérité appliquées au secteur de la santé concernent le médicament. C'est en effet l'un des postes de dépenses les plus importants. Les pays de l'OCDE ont ainsi dépensé environ 800 milliards de dollars en 2013 (698 milliards d'euros) en médicaments ambulatoires et hospitaliers, soit 20 % des dépenses totales de santé. Mais le médicament est aussi particulièrement intéressant en raison de son statut industriel et du poids de son industrie ⁴. En effet, le chiffre d'affaires mondial du médicament est de plus de 1 000 milliards de dollars (872 milliards d'euros). Avec 16,2 % du marché européen, la France est le deuxième marché européen derrière l'Allemagne (21,3 %). Le Royaume-Uni est le quatrième marché européen (12,5 %). La France et le Royaume-Uni disposent d'acteurs majeurs au niveau mondial. En France, Sanofi est le troisième producteur mondial et, pour le Royaume-Uni, Astrazeneca et Glaxosmithkline sont respectivement huitième et neuvième mondiaux.

4. Comme les autres biens et services de santé, le médicament est considéré comme un bien tutélaire, c'est-à-dire un bien dont la production et la consommation doivent être encouragées ou modérées car elles sont source d'externalités. Mais le médicament est le seul bien de santé porté par une industrie.

Sans le sortir du champ de l'économie politique de la santé, le poids de l'industrie du médicament lui confère un pouvoir stratégique pouvant aller à l'encontre des objectifs portés par les mesures d'austérité, voire une forme de justification à agir pour des raisons économiques, à l'encontre des objectifs publics. Dans ces conditions, les réformes ne peuvent plus être simplement discrétionnaires, elles doivent emporter l'adhésion de l'industrie.

L'important volet consacré à la politique du médicament en France et au Royaume-Uni, en particulier depuis 2008, a impacté le modèle de production du médicament dans une période où les « big pharma ⁵ » étaient confrontés à un processus structurel plus large de transformation de leur modèle de production. L'objectif de ce travail est de montrer comment les réformes issues des politiques d'austérité, en composant avec les évolutions et les stratégies des firmes, ont contribué, voire accéléré ce processus de transformation du modèle de production. Pour ce faire, la contribution est organisée en quatre temps : une analyse des évolutions des systèmes de santé en France et au Royaume-Uni et du rôle des réformes dans le processus de privatisation de ces systèmes (I) ; une présentation des marchés et des instruments de la politique du médicament (II) et des modalités d'utilisation de ces instruments pour réguler les dépenses de médicaments, notamment à travers le contrôle des prix (III) ; les transformations du modèle de production des médicaments et l'influence des réformes sur ce processus (IV).

I. L'austérité : un levier des politiques de privatisation des systèmes de santé en France et au Royaume-Uni

Dans beaucoup de pays européens, la volonté de maîtrise des dépenses de santé s'est traduite depuis les années 1980 par des réformes influencées par l'idéologie néolibérale dominante. Celles-ci s'inscrivent dans un triple mouvement : de privatisation ; de mise en œuvre de la « nouvelle gestion publique » et de décentralisation. Le dosage des instruments de réforme reste cependant propre à chaque pays. Le travail de André *et alii* (2016), mené sur quatorze pays de l'Union européenne (UE 15, le Luxembourg étant exclu), permet d'établir une classification des pays en fonction des politiques suivies. Sur le schéma résumant cette classification (voir introduction du numéro), l'axe horizontal ordonne les systèmes de santé selon leur rôle d'offreur de soins (comme au Royaume-Uni) ou de financeur de soins (comme en France pour la médecine de ville). L'axe vertical propose une analyse de la privatisation, c'est-à-dire de l'organisation du transfert du

5. L'expression « big pharma » est utilisée par référence aux laboratoires pharmaceutiques dont les ventes annuelles sont supérieures ou égales à 10 milliards de dollars (8,7 milliards d'euros).

public vers le privé. Les auteurs distinguent un processus de privatisation imposé aux individus qui le subissent, la « privatisation externe », d'un processus de privatisation porté par les individus eux-mêmes, la « privatisation interne » (Batifoulier, 2014). Ainsi, la privatisation externe porte sur les mesures qui développent soit le financement privé dans le cas des assurances sociales, soit les services de soins privés dans le cas de la délivrance de soins. La privatisation interne concerne les mesures visant d'une part les patients pour qu'ils adoptent un « comportement entrepreneurial ⁶ », d'autre part les professionnels du secteur public (assurances et services de soins) pour qu'ils mettent en œuvre un nouveau mode de gouvernance inspiré par celui des organisations privées (autonomie de gestion, contrainte d'équilibre financier et concurrence).

1.1. Les évolutions du système français

Dans le système de santé français, l'assurance maladie obligatoire est financée par des cotisations sociales employeurs et salariés (64 % des ressources en 2014), une fiscalité dédiée comprenant la contribution sociale généralisée (CSG) et des impôts et taxes affectés (28,8 %) ainsi que des contributions publiques de l'État et autres ressources (7,2 %). Cette protection maladie obligatoire est complétée par une assurance privée couvrant plus de 94 % de la population. Le reste est à la charge des ménages. Les politiques menées durant les années 1990 et 2000 ont conduit à une modification de la structure du financement de l'assurance obligatoire, entraînant à la fois une hausse des contributions de l'État, une baisse de la part des cotisations sociales employeurs et salariés ainsi qu'une augmentation du financement privé du risque maladie. Cette situation est issue de réformes privilégiant une privatisation externe du financement des soins qui a augmenté la participation financière des patients et a délégué une partie de la couverture santé à des organismes privés. Ainsi, la part de l'assurance maladie complémentaire dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est passée de 5,3 % en 1980 à 13,3 % en 2015. Le désengagement de l'assurance maladie obligatoire se traduit donc par une augmentation globale de la part du financement privé de la santé. Les principales mesures sont l'extension du copaiement (à partir de 2008 : franchise de 1 euro pour les consultations médicales et de 0,5 euro par boîte de médicaments) ; l'amplification des remboursements de médicaments jugés insuffisamment efficaces et l'exclusion de prise en charge de certains

6. Le comportement entrepreneurial fait référence ici aux paradigmes d'opportunité d'affaires et d'innovation proposés par Verstraete et Fayolle (2004) : le comportement entrepreneurial est une initiative portée par un individu (ou plusieurs s'associant pour l'occasion) construisant ou saisissant une opportunité d'affaires dont le profil n'est pas forcément d'ordre pécuniaire, éventuellement *via* organisation. Les meilleures chances de réussite s'appuient sur la capacité des entrepreneurs à chercher et s'approprier les sources d'innovation, les changements et les informations pertinentes.

soins. Le transfert de charge porte très largement sur l'assurance privée, le poids du reste à payer par les patients ayant diminué progressivement (- 0,82 % par an en moyenne) pour devenir l'un des plus faibles en Europe en 2008 (6,8 %). Cependant, ce chiffre masque de nombreuses disparités entre les actes ou les personnes pris en charge à 100 %, comme les plus malades et ceux qui sont soumis à des déremboursements, ou encore entre l'hôpital bien pris en charge et les soins courants ambulatoires, moins bien remboursés. Une des conséquences de ces réformes est l'augmentation du chiffre d'affaires du marché de l'assurance santé privée complémentaire qui est passé de 17 milliards d'euros en 2001 à 33,9 milliards d'euros en 2014 (Abecassis *et al.*, 2014).

Les politiques de santé menées en France sont également marquées par une volonté de rationalisation des dépenses, avec la mise en place d'un nouveau mode de financement de l'hôpital public, la tarification à l'activité (dite T2A, 2005) ; plusieurs mesures d'incitation au développement des médicaments génériques (droit de substitution, 1999) ; l'obligation de prescrire les médicaments en dénomination commune internationale (DCI, 2015) ; l'instauration d'un prix de référence (tarif forfaitaire de responsabilité, 2004) ; le renforcement du contrôle et de la rationalisation de la prescription des médecins *via* différents dispositifs d'amélioration de la qualité tels que les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (2009), la rémunération sur objectif de santé publique (2012) ou la loi de « modernisation de notre système de santé » (2016) (Da Silva, 2014).

L'assurance maladie obligatoire couvre aujourd'hui près de 76 % des dépenses de santé des ménages, 92,4 % des dépenses hospitalières et 67,7 % des dépenses ambulatoires (Reynaud *et al.*, 2013). Cependant, si on exclut les malades souffrant d'une pathologie prise en charge à 100 %, la part des dépenses ambulatoires prises en charge par le système obligatoire passe à environ 50 % (Tabuteau, 2013). La conséquence de cette évolution est une augmentation significative des dépenses privées assurées soit directement par les ménages soit *via* les assurances complémentaires.

1.2. Les évolutions du système britannique

Au Royaume-Uni, le National Health Service (NHS) dispose d'un financement public supérieur à celui du système français (près de 79,5 %), complété par des assurances privées supplémentaires et substitutives. Bien que les gouvernements travaillistes aient fortement accru les financements publics sur la période 1997-2010, le NHS souffre depuis le début des années 1990 d'un sous-financement chronique. Censées pallier ce sous-financement, plusieurs réformes introduisent progressivement, à partir de 1991, des mécanismes de marché dans le système national de santé. La première de ces réformes portée par le gouvernement de John Major crée

un marché interne au sein du NHS. La principale mesure permet aux médecins généralistes de disposer d'un budget pour acheter des soins hospitaliers et des actes de médecins spécialistes. En 1999, la réforme proposée par le gouvernement de Tony Blair crée des réseaux de soins, les Primary Care Trusts (PCT) regroupant médecins, infirmiers et représentants des services sociaux et des patients en charge de l'organisation des soins et de la gestion du service de soins. Elle introduit également des dispositifs d'évaluation de la performance. En 2003 et 2004, plusieurs mesures modifient les contrats entre les PCT et le NHS de façon à introduire des primes sur objectifs de pratiques professionnelles et de prescription, définis par des guides de bonnes pratiques. Parallèlement, la réforme des hôpitaux de 2003 amplifie l'autonomie de gestion des établissements publics.

En 2010, avec l'arrivée d'un gouvernement composé d'une alliance entre les libéraux et les conservateurs, les financements baissent nettement. Le NHS manque cruellement de financements et remplit difficilement son rôle. Ceci dégrade la qualité des services fournis, ce qui se traduit par exemple par un accroissement des temps d'attente à l'hôpital, des taux de mortalité évitables des moins de 75 ans plus élevés que dans les pays comparables (environ 25 % au Royaume-Uni contre 18 % en France) ou par d'importantes inégalités d'accès aux soins (Dalingwater, 2015 ; Surender *et al.*, 2015). Les principales réformes visant à compenser les coupes budgétaires se traduisent globalement par une mise en concurrence, entraînant une augmentation de l'offre de soins privés financée par le NHS (ceux-ci passant, selon le Department of Health – DoH, de 2,8 % du budget du NHS en 2006 à 6,1 % en 2013), par une décentralisation conduisant à l'autonomisation du NHS vis-à-vis du gouvernement et par la création de groupements locaux de gestionnaires autonomes chargés de la coordination et de l'offre de soins sur un territoire.

Le Health and Social Care Act de 2012, première réforme depuis la crise de 2008, marque une étape importante en termes de privatisation car elle renforce l'introduction d'acteurs privés, met en concurrence les offreurs de soins et diminue le rôle de la régulation politique pour augmenter la régulation marchande⁷. Dans ce cadre, les PCT sont remplacés par les Clinical Commissioning Groups (CCG), responsables de l'offre de services de soins sur leur territoire. Ceux-ci disposent d'un budget et ont la capacité de travailler ensemble pour constituer des groupements d'achat de services autorisés à mettre en concurrence des fournisseurs de soins publics et privés (hôpitaux, cliniques, etc.).

7. La loi de 2012 modifie le statut du NHS qui n'est dès lors plus sous la responsabilité du ministère de la Santé mais dont le budget est géré par un organisme indépendant, le NHS Commissioning Board.

Ainsi, les réformes conduites au Royaume-Uni ont d'abord cherché à en réorganiser le système de santé afin de contrôler les dépenses. Cet objectif est passé par l'introduction de nouvelles instances de régulation, indépendantes, afin d'améliorer l'offre de soins⁸ ; par l'instauration d'une forme de concurrence entre offreurs et en favorisant l'offre de soins émanant d'acteurs privés. Ces réformes ont moins porté qu'en France sur les dépenses, notamment de médicaments, mais plus sur la privatisation et la mise en concurrence de l'offre de soins, principalement dans le secteur public hospitalier où les règles de management issues du secteur privé (le New Public Management) ont été généralisées. La privatisation a aussi pris la forme d'un retrait de l'État dans l'offre de soins. Celui-ci a en effet entamé un mouvement de substitution du financement public de soins à l'offre publique de soins, laissant ainsi la place de plus en plus grande à des acteurs privés. Ces politiques conduisent à des dépenses de santé privées en croissance, représentant 16 % des dépenses totales de santé en 2012⁹.

C'est dans ce contexte général de plus en plus marqué par l'austérité dans les deux pays que se sont déployées les politiques du médicament.

II. Le médicament : un bien médical fortement réglementé...

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Union européenne, peut être qualifié de médicament « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines. Toute substance ou composition pouvant être administrée à l'homme en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier des fonctions physiologiques chez l'homme ». Le médicament est potentiellement dangereux et, à ce titre, toute l'activité concourant à sa production, sa distribution et sa mise sur le marché est réglementée. Ainsi, partout dans le monde, l'activité pharmaceutique est strictement contrôlée par les pouvoirs publics : les différents acteurs de la chaîne de production et de distribution (laboratoires, fabricants, distributeurs, etc.) doivent disposer d'un agrément fourni par les autorités sanitaires et l'accès au marché des médicaments est soumis à la délivrance d'autorisations de mise sur le marché (AMM¹⁰).

Pour prétendre à une AMM, une nouvelle molécule doit suivre un processus de développement strictement réglementé et découpé en trois

8. Pour plus de détails, voir Schweppenstedde *et al.* (2014).

9. Au Royaume-Uni, les dépenses privées comprennent les dépenses de médicaments en vente libre, les soins dentaires, les services des hôpitaux privés, les dépenses d'assurances privées ainsi que les dépenses des organisations non gouvernementales (ONG).

10. Ces autorisations sont délivrées par des agences publiques indépendantes telles que l'European Medicines Agency (EMA) dans l'Union européenne, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en France, le Department of Health (DoH) au Royaume-Uni ou la Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis.

phases successives dans lesquelles la molécule est d'abord testée chez l'animal puis chez l'homme, sur des populations de plus en plus grandes. Une fois la molécule commercialisée, elle reste contrôlée durant les cinq années de validité de son AMM (phase de pharmacovigilance). Au terme de ces cinq années, le laboratoire doit demander une extension d'AMM, obtenue sur la base du dossier initial augmenté des résultats de la phase de pharmacovigilance. Au total, entre la découverte d'une nouvelle molécule et sa mise sur le marché, le délai de recherche et développement (R&D) varie de 9 à 15 ans. La gestion du risque économique est liée à ce délai au cours duquel les firmes investissent massivement pour se constituer un *pipeline*¹¹ permettant de s'assurer que de nouveaux produits viendront régulièrement se substituer aux molécules ayant perdu leur brevet. Or cet objectif n'a pu être totalement réalisé au cours des deux dernières décennies. À partir de 1996, le nombre de molécules arrivant sur le marché a en effet commencé à diminuer. Ce n'est qu'en 2007 que la tendance s'est inversée : jusqu'en 2010, le rythme moyen a augmenté lentement grâce, notamment, à l'arrivée des médicaments issus de la recherche biotechnologique¹². Depuis 2010, le nombre d'AMM accordées à des médicaments biotechnologiques dépasse celui des molécules chimiques conduisant, à partir de 2012, à une augmentation importante du nombre d'AMM attribuées aux nouvelles molécules.

Cédant à la pression des multinationales pharmaceutiques américaines, les gouvernements ont accepté que le secteur se dote d'une législation internationale sur les droits de propriété intellectuelle (DPI) protégeant strictement les innovations. Ainsi, les pays membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont signé, en 1994, les accords sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Adpic), établissant des normes internationales de protection de la propriété intellectuelle ainsi que les mécanismes d'application et les sanctions que chaque État doit incorporer dans son droit interne. L'article 28 indique que « les droits exclusifs devant être conférés par un brevet de produit sont ceux de fabriquer, utiliser, offrir à la vente, vendre et importer à ces fins [...]». Le titulaire d'un brevet a aussi le droit [...] de conclure des contrats de licences ». Cette protection confère aux firmes une situation de monopole mondial sur leurs produits pour une période de 20 ans pouvant être prolongée de cinq ans.

11. Le *pipeline* correspond au nombre et à la nature des molécules en phase de développement au cours des différentes étapes de découverte et de conception des médicaments, jusqu'à leur AMM.

12. Les médicaments biotechnologiques sont issus de techniques utilisant des êtres vivants – micro-organismes, animaux, végétaux –, généralement après modification de leurs caractéristiques génétiques, pour la fabrication industrielle de composés biologiques ou chimiques.

De cette réglementation internationale sur les brevets et son application au niveau national découlent une distinction entre deux catégories de médicaments : les princeps et les génériques. Les princeps sont des molécules protégées mondialement par des brevets. Parmi ceux-ci, certains, caractérisés par un montant de ventes mondiales qui dépassent un milliard de dollars (soit plus de 872 millions d'euros), sont qualifiés de *blockbusters*. Les génériques sont des copies de médicaments chimiques dont le brevet est arrivé à expiration¹³. Leur principe actif est identique à celui du princeps qu'ils copient. Seuls peuvent varier la présentation, la couleur ou, dans une certaine limite, les excipients. Ces génériques peuvent être produits par tous les fabricants de médicaments – y compris la firme détentrice du brevet d'origine – et peuvent être vendus sans nom de marque (sous DCI), sous un nom commercial ou sous le nom du princeps lorsqu'il est commercialisé par la firme détentrice du brevet.

À cette réglementation s'ajoutent des réglementations nationales liées aux risques sanitaires et aux conditions d'accès au remboursement. Une première classification s'appuie ainsi sur les risques sanitaires pour distinguer les médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO) de ceux à prescription médicale facultative (PMF). Un second critère lié à l'efficacité ou à l'efficience du médicament conditionne le remboursement. En France, pour les médicaments remboursés, il existe quatre taux de remboursement par la Sécurité sociale plus ou moins reliés à l'efficacité du médicament (100 %, 65 %, 30 %, 15 %). Au Royaume-Uni, il existe trois classes de produits : les médicaments remboursés, les médicaments non remboursés et certains pouvant l'être sous conditions.

Enfin, les médicaments peuvent être distingués en fonction du lieu de dispensation : en ambulatoire (médicaments vendus en officines) ou en secteur hospitalier. Le secteur hospitalier peut dispenser des médicaments disponibles uniquement à l'hôpital (comme les anesthésiques ou les produits utilisés dans les chimiothérapies, etc.). Il existe, au niveau international, une catégorie supplémentaire de médicaments qualifiés de médicaments « Over the Counter » (OTC) vendus librement, soit non prescrits et non remboursés. Parmi ces médicaments, on trouve par exemple les pastilles contre la toux, les crèmes contre les démangeaisons de piqûres d'insectes, etc.

En tenant compte des classifications précédentes, il est possible de distinguer différents segments de marché ayant des modes de fonctionnement et des réglementations propres : le segment des princeps, qui regroupe essentiellement les médicaments de prescription généralement remboursés

13. Plus précisément, le médicament générique est « une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées » (article L. 5121-1 du Code de la santé publique).

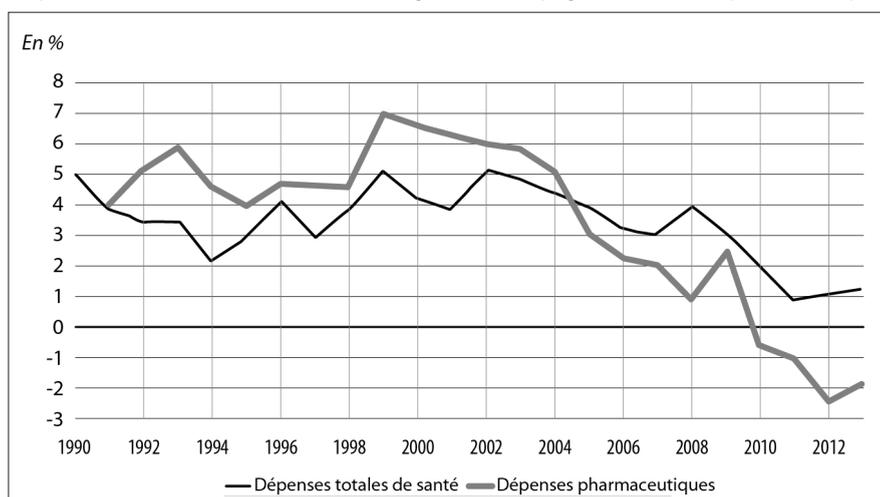
et protégés par des brevets ; celui des génériques, qui comprend également principalement des médicaments de prescription mais libres de droits ; celui des médicaments hospitaliers ; et enfin, celui des OTC. Ces segments de marché répondent à des contraintes économiques différentes (telles que des dépenses de R&D élevées pour les princeps ou des dépenses de publicité pour les OTC) et font l'objet de stratégies distinctes de la part des firmes. Les princeps représentent la part de marché la plus élevée et la plus rentable, viennent ensuite les OTC et les génériques dont la part a crû au cours des années récentes, compte tenu d'une part du nombre de médicaments ayant perdu leur brevet et, d'autre part, des politiques de promotion des génériques.

III. ... dont les prix sont contrôlés par des politiques complexes

Le médicament est l'un des plus gros postes de dépenses de santé. À ce titre, la politique du médicament constitue un volet important de la politique de santé. En effet, la dépense totale de médicaments (ambulateurs et hospitaliers) représente, en 2015, plus de 19 % des dépenses de santé en France et 12,5 % au Royaume-Uni. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, jusqu'en 2004, les dépenses de médicaments ambulatoires ont augmenté plus vite que les dépenses totales de santé (graphique 2).

À partir de 2005, la tendance s'est inversée. Un même mouvement s'est produit en France et au Royaume-Uni : alors que le total des dépenses de médicaments a continué de progresser, les dépenses de médicaments

Graphique 2. Croissance annuelle moyenne des dépenses pharmaceutiques ambulatoires et des dépenses totales de santé par habitant, en termes réels, moyenne des pays de l'OCDE (1990-2013)



Sources : OCDE (2015).

ambulatoires ont diminué respectivement d'environ 2,5 % et 3 % en moyenne annuelle de 1990 à 2014. Elles représentent désormais 15 % des dépenses totales en France et 12,2 % au Royaume-Uni (données OCDE, 2015). Cependant, les dépenses de médicaments hospitaliers, qui représentent pour les pays de l'OCDE entre 10 et 25 % des dépenses pharmaceutiques, augmentent plus vite que les autres dépenses de médicaments¹⁴. En effet, généralement la croissance des dépenses de médicaments est liée à deux facteurs jouant en sens opposé : l'entrée de nouvelles molécules innovantes et l'expiration des brevets. Jusqu'en 2012, l'innovation thérapeutique était faible et les prix étaient plutôt orientés à la baisse en raison de l'arrivée à échéance de nombreux brevets¹⁵. Depuis 2012 et l'entrée sur le marché de nouvelles molécules innovantes issues de la recherche biotechnologique, la tendance s'inverse (Abecassis, Coutinet, 2015). Ainsi, selon IMS Health, les dépenses de médicaments dans les cinq grands marchés européens (incluant la France et le Royaume-Uni) devraient avoir un taux de croissance annuel moyen situé entre 1 % et 4 % sur la période 2014-2018. Le Royaume-Uni devrait voir ses dépenses continuer à croître tandis que la France les aura stabilisées (Belloni *et al.*, 2016).

III.1. Les outils de la politique du médicament

Tant en France qu'au Royaume-Uni, la politique du médicament est élaborée en collaboration avec les firmes pharmaceutiques. Dans les deux pays, cette industrie constitue un secteur stratégique en termes d'innovation et d'emploi et l'industrie dispose d'un pouvoir de *lobbying* important. La politique du médicament consiste à déterminer les conditions de prise en charge d'une molécule par le système de santé, c'est-à-dire son prix et éventuellement son taux de remboursement au regard de différents critères : les volumes anticipés, les profits qui en résulteront et son efficacité relativement aux traitements existants.

Théoriquement, quatre modes de contrôle des prix peuvent être utilisés : les prix libres (principalement pour les médicaments innovants brevetés), le *benchmarking* international, le prix de référence interne et le contrôle des profits – ou régulation des taux de rendement (tableau 1). Dans la pratique, les quatre méthodes sont mobilisées partout mais elles sont dosées de façon différente selon les pays.

Le benchmarking international

Aussi appelée référencement international ou prix de référence externe, cette pratique consiste, dans un pays donné, à utiliser le prix en vigueur

14. Le Royaume-Uni constitue une exception compte tenu du mode de dispensation des médicaments. Une partie des médicaments ambulatoires est directement dispensée aux patients par les médecins. La distinction entre médicaments ambulatoires et hospitaliers est alors peu pertinente.

15. Ce mouvement a été tellement important qu'il a été qualifié de « falaise des brevets ».

du même médicament dans un ou plusieurs autres pays économiquement similaires ou géographiquement proches, comme comparateur ou comme référence lors de la fixation ou la négociation du prix du produit (Vogler, Zimmermann, 2016). Le *benchmarking* international est utilisé dans la plupart des pays européens, principalement pour la détermination des prix des médicaments innovants, à l'exception notable du Royaume-Uni et de la Suède. Cette technique permet de limiter les écarts de prix entre les pays pour un même produit.

Le référencement thérapeutique

Le référencement thérapeutique ou prix de référence interne consiste à comparer les propriétés thérapeutiques d'un nouveau médicament à celles des médicaments existants pour la même indication. Cette comparaison s'appuie sur des critères d'évaluation d'efficacité médicale ou d'efficacité médico-économique.

En France, le critère d'efficacité médicale ¹⁶ est privilégié : elle est mesurée à partir du service médical rendu (SMR). Quatre niveaux de SMR sont retenus : important, modéré, faible et insuffisant. Les taux de remboursement des médicaments (65 %, 30 %, 15 % ou non remboursé) sont directement issus de cette classification. Le SMR est construit pour rendre compte de façon absolue de l'impact du médicament dans le processus thérapeutique. Sa détermination repose sur un ensemble de critères relativement bien définis (décret n° 1999-915) ; il s'agit de :

- la quantité d'effet – ou efficacité – et tolérance de la maladie : importante, modérée, mal établie ou insuffisante ;
- la gravité de la maladie : modérée, grave, pronostic vital engagé ;
- la visée du médicament : curative, préventive, substitutive, symptomatique, traitement d'appoint, autres (tel que palliatif, antalgique) ;
- la place dans la stratégie thérapeutique : première intention, deuxième intention, dernière intention, traitement de recours ou supplémentaire, pas de place dans la stratégie thérapeutique ;
- l'intérêt de santé publique : important, modéré, faible, non défini (ou non quantifiable, absent ou négatif).

En parallèle du SMR, le critère d'amélioration du service médical rendu (ASMR) est utilisé afin d'éclairer la détermination du prix du médicament. L'évaluation donne lieu à cinq niveaux d'ASMR. Les niveaux I à IV représentent une amélioration en termes d'efficacité thérapeutique et de réduction des effets indésirables. Elle peut être majeure (ASMR I), importante (ASMR II), modérée (ASMR III) ou mineure (ASMR IV). Le niveau

16. L'efficacité ou valeur thérapeutique correspond selon l'OMS à l'effet sur le patient de l'administration d'un produit pharmaceutique qui rétablit, corrige ou modifie une fonction physiologique du patient.

d'ASMR V est attribué aux produits pour lesquels l'amélioration du service médical rendu est inexistante. L'ASMR est ainsi résolument calculée relativement aux traitements existants au moment de son évaluation.

Le Royaume-Uni privilégie des critères d'évaluation médico-économique. Ceux-ci retiennent en général la notion économique d'utilité qui a l'avantage de synthétiser en une variable simple et unidimensionnelle l'ensemble des désirs et préférences des agents. L'indicateur utilisé en santé, le nombre d'années de vie gagnées, ajusté par la qualité de vie ou Qaly (Quality Adjusted Life Year) constitue une telle mesure d'utilité, la qualité de vie étant considérée comme une préférence. La Qaly prend ainsi une valeur comprise entre 0 (équivalant à l'état de mort) et 1 (santé parfaite), un agent préférant être en vie et en parfaite santé plutôt que mort. Toute valeur intermédiaire correspond soit à une fraction d'année en bonne santé, soit à une année dans un état de santé détérioré, soit une combinaison des deux. Ainsi, une Qaly de 0,5 peut correspondre à une demi-année en bonne santé ($0,5 = \frac{1}{2} \times 1$), à une année avec un état de santé réduit de moitié par rapport à un état de santé jugé parfait ($0,5 = 1 \times \frac{1}{2}$), mais aussi à deux tiers d'année avec un état de santé réduit d'un quart ($0,5 = \frac{2}{3} \times \frac{3}{4}$), etc. Cette mesure du nombre d'années de vie en bonne santé est donc, en quelque sorte, une utilité multicritères normée de l'état de santé. La Qaly se présente comme une extension simple et intuitive du nombre d'années de vie gagnées.

Ces différents critères d'efficacité médicale et médico-économique présentent des limites. Pour ce qui concerne les indicateurs d'efficacité médicale, ces limites découlent pour la plupart des imprécisions quant aux pondérations effectivement attribuées à chaque critère entrant dans la composition des indicateurs SMR et l'ASMR. En renvoyant aux problèmes classiques associés aux notions d'utilité et de préférences, les limites de l'efficacité médico-économique sont plus théoriques. Notamment lorsque l'utilité, construite au niveau individuel, est mobilisée pour prétendre construire un indicateur de nature sociale.

Malgré ces imperfections, le référencement thérapeutique est considéré comme un moyen pertinent de déterminer un prix en fonction du degré d'innovation du médicament, éventuellement au regard de son coût.

Le contrôle des profits

Cet outil est principalement utilisé au Royaume-Uni. L'objectif est ici de limiter le volume global des profits des firmes grâce à une négociation firme par firme réalisée *a posteriori*. Cette méthode laisse aux firmes la possibilité de mettre en place une politique interne de prix sur l'ensemble de son portefeuille de produits. Le contrôle des profits fixe un plafond de retour

sur capital de 21 %. Il est assorti d'un plafond de marge opérationnelle fixée à 6 % (PPRS 2014).

Tableau 1. Principaux modes de fixation des prix du médicament

	Benchmarking international	Référencement thérapeutique	Contrôle des profits	Prix libres
Caractéristiques de la méthode	Négociation basée sur les prix fixés dans d'autres pays. Pays les plus référencés : France, Allemagne, Royaume-Uni.	- Comparaison des propriétés thérapeutiques d'un nouveau produit à celles de ses compétiteurs (qui peut être un générique) ; - Comparaison coûts/efficacité incrémentale ; - Évaluation de l'impact budgétaire.	Prise en compte des taux de rendement et de la marge opérationnelle de l'industrie lors de la fixation des prix.	Le prix est déterminé par un mécanisme classique de marché en concurrence.
Intérêts de la méthode	- Sert de base de négociation ; - Limite les écarts de prix trop importants pour un même produit.	- Le prix est affiné en fonction de son degré d'innovation ; - spécifie la relation entre prix et innovation : si produit innovant : prix > référent ; si produit peu (ou pas) innovant : prix < référent. Dans les deux cas, le prix du référent baisse immédiatement (de façon réglementaire) et à plus long terme, lors des renégociations. - Ces méthodes tiennent compte de l'impact de l'utilisation du médicament sur la qualité de vie et/ou sur les budgets publics.	Fournit un modèle « éthique » ou « politique » de détermination des prix en limitant les profits des firmes à des valeurs « justes ».	

III.2. La mise en œuvre des outils de contrôle des prix

En France, le prix des molécules innovantes remboursées fait l'objet d'une négociation entre les firmes pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé (CEPS) après une évaluation de la valeur thérapeutique, le Value-based Pricing (VBP), réalisée par la Haute autorité de santé (HAS) pour fixer le prix du médicament. En général, le prix fixé est négocié pour une durée de cinq ans sur la base de celui proposé par l'industrie pharmaceutique, tout en garantissant un prix comparable à celui pratiqué dans quatre pays de référence (*benchmarking* international) : le

Royaume-Uni, l'Italie, l'Allemagne et l'Espagne¹⁷. Pour les médicaments ayant un impact budgétaire important, le CEPS peut négocier une remise, principalement basée sur le volume. Les prix des médicaments génériques sont, quant à eux, fixés à 60 % du prix du princeps dont ils sont la copie. Une baisse de 7 % est appliquée après 18 mois de commercialisation. De son côté, le prix du princeps d'origine subit une première baisse de 20 % à la commercialisation de son générique et de 12,5 % 18 mois plus tard. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté annuellement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), constitue une contrainte supplémentaire pesant indirectement sur les prix. En prévoyant une croissance négative des dépenses de médicaments remboursés (-1 % depuis 2015), l'Ondam met en œuvre des mécanismes comparables au contrôle du profit. Il conduit les firmes à élaborer des stratégies de prix sur l'ensemble de leurs produits, en acceptant par exemple des baisses de prix sur leurs gammes de princeps déjà sur le marché tout en proposant des prix élevés pour leurs nouvelles molécules innovantes.

Au Royaume-Uni, le Department of Health (DoH) exerce un contrôle sur la politique du médicament. Les prix des molécules innovantes sont fixés librement par les firmes pharmaceutiques lors de leur mise sur le marché mais des négociations globales des prix entre les représentants des firmes pharmaceutiques (ABPI) et le DoH, dans le cadre du Pharmaceutical Pricing Regulation Scheme (PPRS), ont lieu tous les cinq ans. Les PPRS de 2009 et 2014 ont renforcé le contrôle de la dépense en médicaments princeps déjà présents sur le marché en imposant des baisses de prix et en contrôlant les profits des firmes (Department of Health, 2013). Le prix des médicaments génériques est, quant à lui, libre mais plafonné par médicament. Parallèlement, le National Institute for Health and Care Excellence (Nice) en charge de l'évaluation médico-économique du médicament donne un avis sur l'opportunité de la prise en charge par le système de santé. Depuis 2013, cet avis doit s'appuyer sur une évaluation médico-économique des médicaments (Value-based Assessment, VBA). Pour ce faire, le Nice évalue l'efficacité économique en coût par Qaly. La valeur seuil de 35 000 livres (39 921 euros) par Qaly sélectionne les molécules acceptables, celles dont le coût par Qaly est inférieur au seuil, et les inscrit automatiquement dans la liste des médicaments pris en charge. Le seuil peut être supérieur lorsque le produit évalué concerne certaines pathologies jugées graves (Sida, hépatite C, etc.). Les CCG ont par ailleurs la possibilité d'établir leurs propres listes de médicaments pris en charge, celles-ci pouvant être plus restreintes ou plus larges que celle du NHS. Ainsi, les molécules non retenues par le Nice concernant certaines pathologies (telles

17. L'accord-cadre passé entre le CEPS et les laboratoires garantit toutefois un prix supérieur au prix le plus bas des quatre pays.

que les maladies orphelines ou certains cancers) ainsi que certaines molécules très innovantes peuvent faire l'objet d'une prise en charge exceptionnelle justifiée par le fait que ces molécules ne concernent qu'un nombre restreint de patients.

Les mesures prises dans les deux pays depuis la crise de 2008, synthétisées dans le tableau 2, sont marquées par une volonté de réduire les dépenses en améliorant le rapport qualité/prix sur la base d'une efficacité économique plus forte. Cependant, les moyens pour y parvenir diffèrent. En France, les prix des princeps sont contrôlés et les dispositifs d'incitation à la consommation de médicaments génériques ont été développés plus récemment. Dans le cadre de la promotion des génériques, par exemple, plusieurs mesures ont été prises telles que le dispositif « tiers payant contre générique » en 2012 ; la hausse des remises que les fabricants ou grossistes répartiteurs peuvent accorder aux pharmaciens d'officines, qui passe de 17 à 50 %, ou l'obligation de prescription en dénomination commune internationale. Au Royaume-Uni, les PPRS de 2009 et 2014 ont renforcé le rôle de l'évaluation médico-économique et ont durci les baisses de prix sur les médicaments déjà sur le marché tout en accroissant le contrôle des profits. Ainsi, alors que le PPRS de 2009 fixe des baisses de prix de 3,9 % puis de 1,9 %, celui de 2014 impose aux laboratoires un rabais trimestriel de 3,74 % des ventes.

Au total, les différences observées entre la France et le Royaume-Uni reflètent les spécificités des deux systèmes de santé. Au Royaume-Uni, l'offre publique de soins est plus développée et son contrôle a fait l'objet de nombreuses réformes successives. En France, l'action porte principalement sur la maîtrise des dépenses et l'action sur les prix et taux de remboursement des médicaments est un outil privilégié¹⁸.

En définitive, la politique du médicament est bien un instrument important des politiques de santé dont les répercussions débordent le strict champ du médicament et affectent l'ensemble des dépenses de santé. Les déremboursements et baisses de taux de remboursement modifient en effet le périmètre du panier de soins, c'est-à-dire l'ensemble des soins remboursés, en réorientant les prescripteurs et les patients vers les médicaments les mieux remboursés et en initiant un processus de disparition des autres. Cependant, au cours de ce processus, compte tenu des contraintes budgétaires fortes et renforcées par l'austérité pesant sur les systèmes de santé, de nombreux médicaments sont sortis du panier de soins sans qu'un autre, remboursé, vienne le remplacer. Dans ce contexte, ces mesures ont comme

18. On peut noter également qu'en France la consommation de médicaments est supérieure à celle des autres pays européens, le médicament est donc considéré comme devant être plus contrôlé. Par ailleurs, au Royaume-Uni, la part des médicaments génériques dans la consommation totale est nettement plus élevée qu'en France.

Tableau 2. Les mesures de maîtrise des coûts pharmaceutiques mises en œuvre au Royaume-Uni et en France depuis 2008

	Royaume-Uni	France
Politique de fixation des prix	<p>2009 : PPRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ pour les nouveaux médicaments : évaluation coût/efficacité (mesurée par Qaly), Patient Access Schemes (PAS) pour les médicaments jugés non coût-efficaces par le Nice ; ▶ pour les principes déjà sur le marché : <ul style="list-style-type: none"> - baisses successives de 3,9 % puis de 1,9 % négociées avec chaque laboratoire ; - renforcement du contrôle des profits (22 ou 30 % de retour sur le capital) et des taux de rendement. <p>2014 : PPRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ pour les nouveaux médicaments : montée en puissance de l'évaluation (le <i>value based assessment</i> remplace le <i>value based pricing</i>) ; ▶ pour les principes déjà sur le marché : <ul style="list-style-type: none"> - baisses de prix et au lieu d'une réduction de prix tous les 5 ans, rabais trimestriels au NHS (environ 3,74 % des ventes nettes des firmes) ; - renforcement du contrôle des profits (retour sur le capital de 21 %) et de la marge opérationnelle (fixée à 6 %). 	<p>2011 et 2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réductions de prix. <p>2013 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - montée en puissance de l'évaluation économique dans la HTA (avis d'efficacité). <p>2014-2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - renforcement des mécanismes de rétrocession ; - redéfinition de la clause de sauvegarde, une contribution additionnelle versée quand le taux de croissance du CA d'une firme excède un certain taux, nommé « taux L », fixé en fonction des objectifs de croissance des dépenses de santé. La valeur du taux L est de -1 % depuis 2015 ; - introduction du montant « W » (700 millions d'euros en 2015), qui correspond au plafond de CA pour les traitements de l'hépatite C au-delà duquel une contribution additionnelle est demandée aux firmes dont le taux de croissance est supérieur à 10 %.

	Royaume-Uni	France
Politique de remboursement		<p>2008 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduction du copaiement (franchises de 0,5 euro par boîte), non pris en charge par l'assurance complémentaire (contrats solidaires et responsables). <p>2011 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réduction du taux de remboursement de SMR faibles de 35 % à 15 %.
Politique de promotion des génériques	<p>2009 : PPRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduction de la substitution de génériques pour les médicaments essentiels (effectif à partir de 2010). 	<p>2009 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduction du paiement à la performance incluant la prescription de génériques. <p>2012 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - introduction du paiement à la performance pour les pharmaciens ; - introduction du dispositif « tiers payant contre générique ». <p>2013 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prix du générique fixé à 40 % du prix du princeps lors de son entrée dans le répertoire ; baisse de 20 % du prix du princeps. 18 mois plus tard, réduction de 7 % et 12,5 %. <p>2014 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réductions autorisées des fabricants aux pharmaciens passent de 17 % à 50 %. <p>2015 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescription obligatoire en dénomination commune internationale.

conséquence d'accroître le reste à la charge des patients. Elles orientent en outre les politiques de santé en privilégiant certaines pathologies au détriment d'autres. La politique du médicament constitue un élément de privatisation des systèmes de santé car elle impacte les remboursements globaux. Ainsi, l'augmentation du prix des nouvelles molécules pèse mécaniquement sur les dépenses globales. Ceci incite les pouvoirs publics à réduire d'autres dépenses ou à déléguer leur financement à la sphère privée.

IV. L'austérité : une influence limitée sur les modèles de production des firmes

Les politiques d'austérité ont été menées dans un contexte singulier pour l'industrie pharmaceutique, à une période où le modèle de production des médicaments, le modèle *blockbusters*, montrait des signes d'essoufflement. Un modèle de production est entendu ici comme un ensemble de choix stratégiques conduisant à la mise sur le marché d'une molécule. Ceux-ci incluent des choix technologiques, industriels, organisationnels et financiers. Les choix technologiques concernent la technique de production – chimique ou biologique – déterminant les classes de molécules retenues. Les choix industriels et organisationnels sont liés à l'organisation de toutes les étapes conduisant à la production de médicaments (R&D, production, commercialisation) et ceux liés aux stratégies d'externalisation ou d'internalisation et à leurs formes (alliances, sous-traitance, etc.). Les choix financiers se réfèrent aux modes de financement privilégiés par les firmes. Le modèle de production est conçu pour des cycles spécifiques de production du médicament. La durée de ce cycle est alors une caractéristique clé du modèle de production pharmaceutique dans le sens où elle prédétermine le périmètre et les capacités de production des firmes sur une période longue.

IV.1. Expiration des brevets et retard des biotechnologies : du modèle *blockbusters* au modèle « génériques »

Le modèle *blockbusters* était caractérisé par trois piliers : une innovation protégée par des brevets assurant aux firmes une position de monopole ; des prix élevés et garantis par un système de santé avide d'innovations, associés à des techniques de vente agressives permettant d'écouler le maximum de médicaments au cours de la période de protection par brevet ; des innovations permanentes, permettant de renouveler régulièrement le *pipeline* de *blockbusters* à l'origine du profit des firmes. Jusqu'au début des années 1990, les firmes pharmaceutiques dominantes sont des groupes verticalement intégrés peu financiarisés, à l'image de Rhône-Poulenc en France ou de Zeneca au Royaume-Uni. À côté de ces grands acteurs, de nombreuses firmes de taille moyenne agissent principalement sur leur

marché national. Au milieu des années 1990 démarre une importante vague de fusions/scissions et acquisitions au cours de laquelle la plupart des principales big pharma présentes aujourd'hui sur le marché mondial vont être créées. Ainsi, par exemple, Sandoz fusionne avec Ciba-Geigy AG en 1996, créant Novartis après une cession de ses activités chimiques à BASF et de ses activités nutrition et agrochimiques ; en 1999, Rhône-Poulenc fusionne avec Hoechst pour créer Aventis après avoir aussi cédé ses activités chimiques et agrochimiques. Ce modèle s'est aussi appuyé sur l'élaboration de la législation internationale sur les brevets et sur l'action des pouvoirs publics dont les dépenses assuraient le financement de l'innovation à travers la régulation des prix (Abecassis, Coutinet, 2015).

Cependant, à partir du milieu des années 1990, la pérennité de ce modèle va être compromise. Trois éléments expliquent cette évolution : le développement des génériques lié à l'arrivée à échéance simultanée d'un grand nombre de *blockbusters* ; l'assèchement du *pipeline* lié au « retard » des biotechnologies ; le durcissement des contraintes sanitaires et financières renforcé par les politiques d'austérité. Ces politiques consacrent la fin du modèle *blockbusters* et accélèrent le passage vers un nouveau modèle de production.

L'application de la législation sur les brevets, qui entre en vigueur dans les années 1980, produit ses premiers effets au début des années 2000. À partir de cette date, à l'aune des premières expirations de brevets, les firmes perdent progressivement leurs rentes de monopole, laissant les médicaments génériques prendre mécaniquement des parts de marché de leurs anciennes molécules, sur des marchés ouverts à la concurrence. Les baisses de chiffre d'affaires sont alors particulièrement importantes pour les *blockbusters* et les perspectives des pertes de brevets sur les profits des firmes pharmaceutiques sont nombreuses et inquiétantes. Moses (2002) estime ainsi que les pertes de brevet sur les *blockbusters* exposent 67 milliards de dollars courants (soit 58,4 milliards d'euros) de chiffre d'affaires à la concurrence. En 2006, environ 18 milliards de dollars (15,7 milliards d'euros) de chiffre d'affaires des firmes pharmaceutiques sont déjà tombés dans le domaine public, selon IMS Health. Ce phénomène perdure toujours, s'amplifie même : entre 2012 et 2018, les pertes de chiffre d'affaires des princeps sont estimées à 148 milliards de dollars (129,1 milliards d'euros), selon PriceWaterhouseCooper.

Dès la fin des années 1970 et le développement de techniques permettant l'exploitation pharmaceutique des biotechnologies (anticorps monoclonaux, thérapies génique et cellulaire), les firmes ont massivement misé sur ce champ jugé prometteur, au détriment des molécules chimiques. L'intention étant de commercialiser leurs nouveaux médicaments biotechnologiques au début des années 2000, en phase avec la perte de leurs

principaux brevets. Ce choix était motivé par la capacité des biotechnologies à « rationaliser » les méthodes de recherche des nouvelles molécules. À l'inverse des procédés chimiques, ces technologies permettent en effet d'exclure ou de cibler certains segments de l'espace de recherche là où les procédés chimiques fonctionnent de façon totalement aléatoire (Malerba, Orsenigo, 2006). Cependant, les technologies de R&D des médicaments biotechnologiques, largement expérimentales, ont nécessité plus de temps à se développer que ce que les firmes avaient anticipé. En particulier, les molécules se sont avérées très difficiles, voire impossibles à industrialiser. Enfin, le développement des biotechnologies a aussi suscité des réticences éthiques fortes. Pour toutes ces raisons, les premières molécules issues des biotechnologies sont arrivées sur le marché avec une dizaine d'années de retard par rapport aux prévisions des firmes.

Au cours de la même période, outre le renforcement des contraintes budgétaires, accentué par l'austérité depuis 2008, les autorités publiques ont durci les contraintes sanitaires concernant les médicaments, se traduisant par un renforcement des procédures d'AMM. Au début des années 2000, ce renforcement a plus particulièrement concerné la phase de pharmacovigilance. En Europe, les firmes ont par exemple eu obligation d'adresser des rapports périodiques relatifs à la sécurité des produits aux autorités sanitaires. Par ailleurs, l'interconnexion croissante des différentes agences sanitaires nationales délivrant les AMM a étendu les décisions d'octroi, de suspension ou de retrait d'AMM au niveau mondial. L'antidiabétique Avandia, par exemple, produit par la firme britannique GSK et dont l'AMM a été obtenu en 2002, a été suspendu du marché européen en 2010 suite à un rapport de pharmacovigilance défavorable. À la suite de cette décision et sur la base des informations transmises par l'agence européenne, l'agence sanitaire américaine a, à son tour, restreint l'indication de l'Avandia.

Dans ces conditions, les firmes ont été contraintes de réorienter leurs stratégies de moyen terme. Elles se sont pour la plupart tournées vers un nouveau modèle, le modèle « génériques », considéré comme un pis-aller en attendant l'émergence des biotechnologies. Au-delà des volontés affichées des pays développés de favoriser ce segment de marché dans le but de maîtriser les dépenses, l'intérêt du modèle « génériques » pour les firmes repose aussi sur une croissance forte du marché des génériques dans les pays émergents. Pour les firmes, l'adoption d'un tel modèle est facilitée par la relative rapidité d'adaptation nécessaire. Le modèle suppose en effet de faibles investissements en R&D, l'innovation n'étant qu'incrémentale (génériques de marque, super-génériques). Il permet en outre aux firmes d'éviter la sous-utilisation de leurs unités de fabrication.

L'émergence du modèle « génériques » a progressivement conduit à la transformation des firmes et à l'arrivée de nouveaux acteurs. On assiste

ainsi à une nouvelle vague de fusions et acquisitions au cours de laquelle les big pharma, tout en conservant leurs activités, acquièrent des génériques. Ce type de stratégie est illustré par Novartis-Sandoz qui, entre 2000 et 2012, acquiert huit grands génériqueurs européens et américains, dont le britannique Lagap Pharmaceuticals (2001) et l'américain Fougera Pharma (2012). Le groupe Pfizer, au départ opposé aux génériques, développe une stratégie relativement différente. En 2009, Pfizer se positionne sur le marché en créant ses propres génériques pour sept de ses molécules et en rachetant les droits de 39 génériques aux États-Unis et 20 en Europe. Les années suivantes, la firme poursuit son activité de génériques en réalisant de nombreuses fusions et acquisitions avec des producteurs de génériques.

Le développement mondial du marché des génériques a favorisé le développement rapide de génériqueurs d'envergure internationale aux côtés des big pharma. C'est le cas, par exemple, de l'israélien Teva et des indiens Dr Reddy's et Rambaxy. Il a par ailleurs consacré l'éclatement mondial du processus de production du médicament en favorisant l'externalisation de la production industrielle et le conditionnement des médicaments auprès d'entreprises spécialisées ; les producteurs de principes actifs principalement issus des pays du Sud (les indiens Cipla et Aurobindo) et les producteurs de médicaments pour tiers – ou façonniers, majoritairement occidentaux (l'allemand Evonik, le néerlandais Royal DSM et le français Fareva).

IV.2. Un nouveau modèle de production lié à la financiarisation du secteur : les custombusters

Les années 2000 sont enfin marquées par le développement de la financiarisation durant laquelle les firmes, tous secteurs d'activité confondus, ont initié un tournant stratégique afin d'accroître la satisfaction des actionnaires (notamment les investisseurs institutionnels). Ces nouvelles stratégies sont orientées vers la recherche de rentabilité financière et de maximisation de la valeur actionnariale. Dans l'industrie pharmaceutique, ces stratégies ont consisté par exemple à amorcer une décomposition mondiale du processus de production du médicament ou à s'approprier des brevets en acquérant les firmes détentrices. Les firmes mettent parallèlement en œuvre des stratégies propres au modèle « génériques ». Parmi celles-ci se trouvent les stratégies de *switch* (transformation de médicaments à prescription obligatoire en médicament en vente libre), de *licensing* (procédé par lequel les big pharma autorisent des génériqueurs à produire et commercialiser des génériques de leurs principes sur une zone géographique donnée) ainsi que celles visant à multiplier les procédures pour tenter de prolonger la durée d'exploitation exclusive de leurs principes. C'est dans ce cadre que la firme GSK a été condamnée en février 2016 pour avoir payé des fabricants de génériques afin qu'ils retardent la mise sur le marché de médicaments concurrençant ses principes.

À partir de 2011-2012, les AMM de nouvelles entités moléculaires repartent franchement à la hausse. En 2012 elles atteignent le niveau de 1997 et la majorité d'entre elles sont issues des biotechnologies, dont l'une des propriétés est de pouvoir adapter les traitements grâce à des diagnostics compagnons utilisant des analyses génétiques. Ces molécules innovantes permettent alors aux firmes de développer des médicaments personnalisés et adaptés à des populations ciblées et restreintes. Les spécificités de R&D et de production de ces médicaments conduisent à faire émerger de nouveaux acteurs concentrés sur quelques étapes seulement du processus de production : les *start-up* de biotechnologies sont surtout présentes dans les phases de découverte et de début de développement (phases précliniques, phase I et début de phase II) ; les Contract Research Organizations sont des entreprises de services spécialisées dans les phases de développement des molécules, les Contract Development & Manufacturing Organizations sont en charge des phases pré et post-AMM (phase III), en incluant la production de la molécule. À l'origine, ces entreprises sont souvent des producteurs pour tiers de principes actifs. L'arrivée de ces nouveaux acteurs conduit à accélérer et à amplifier le mouvement d'externalisation entamé lors du modèle « génériques ». Parallèlement, les big pharma évoluent. Moins généralistes, celles-ci sont plus spécialisées sur certaines aires thérapeutiques (comme l'oncologie, la santé mentale ou les maladies du métabolisme) ou certains types de médicaments (chimiques ou biotechnologiques). Cette spécialisation, associée à l'externalisation croissante, répond aux exigences d'une économie fortement financiarisée : les investisseurs privilégient les firmes pour lesquelles ils peuvent facilement identifier le cœur de métier, poussant les firmes à des stratégies de recentrage de plus en plus resserré et celles dont les activités sont orientées vers les marchés les plus rentables. Dans le secteur pharmaceutique, l'oncologie est aujourd'hui l'aire thérapeutique la plus rentable.

Les politiques du médicament, notamment les modes de fixation des prix, encouragent voire financent ces innovations lucratives tout en cautionnant partiellement leurs prix élevés. En effet, les pouvoirs publics subissent à la fois une pression éthique de la part des patients (souvent *via* les associations), désireux d'accéder le plus rapidement possible et sans condition à des médicaments innovants et une pression économique de la part des laboratoires pharmaceutiques nationaux qui disposent en outre d'un fort pouvoir de *lobbying*. Dans ce contexte, les autorités acceptent de financer les coûts élevés des nouvelles molécules en acceptant de les payer au prix fort, dès lors que la preuve de leur efficacité est faite, et tentent de les compenser par des baisses de prix ou des remboursements des anciennes molécules. En conséquence, en France, les médicaments innovants sont négociés sur la base du prix proposé par la firme, celle-ci devant

pendant de plus en plus souvent faire la preuve de l'efficacité de son produit en situation réelle. Le prix sera finalement négocié conditionnellement à cette preuve (procédure de prix conditionnels). Il en est de même au Royaume-Uni où le prix des médicaments est libre mais pris en charge par le NHS uniquement s'ils sont jugés à un bon niveau de coût-efficacité. Les exemples du Sofosbuvir ou de l'Opdivo illustrent bien ces nouvelles politiques. Le coût de traitement de la première molécule, jugé très innovant en France et coût-efficace au Royaume-Uni, atteint 41 000 euros en France et 44 000 euros au Royaume-Uni. Le coût du traitement à l'Opdivo atteint quant à lui 60 000 euros à 79 000 euros par an en France (à la suite d'un accord prix-volume sans clause de performance) alors qu'il a été refusé au Royaume-Uni en 2015 en raison d'un coût par Qaly trop élevé. L'Opdivo a par la suite été accepté, en 2016, dans cadre d'une procédure particulière (*early access*). Le coût annuel devrait dépasser 101 000 euros.

Dans les deux pays, des mécanismes exceptionnels (« liste en sus » en France, « Patient Access Scheme » au Royaume-Uni) permettent la prise en charge des médicaments particulièrement coûteux. En France, le Keytruda est souvent cité comme exemple emblématique de ce mécanisme. Cette molécule pour le traitement du mélanome est arrivée en 2016, au prix de 1 583,50 euros hors taxes pour 50 mg de poudre à diluer, soit près de 15 000 euros par mois de traitement (180 000 euros par an et par patient). Compte tenu de ce prix, ce médicament a dû être placé sur la liste en sus. Au Royaume-Uni, l'illustration est faite avec l'anti-cancéreux Avastin du laboratoire Roche. Ce médicament dont le prix est de 20 800 livres (23 712 euros) par an et par patient a été accepté au terme d'un long débat, uniquement pour certains cancers, dans le cadre du Patient Access Scheme.

Cependant, l'austérité pointe les limites de ces mécanismes. Face aux prix trop élevés, certains pays s'interrogent sur la faisabilité (et non l'opportunité) de la prise en charge de certaines molécules. Le Royaume-Uni a ainsi décidé de ne pas prendre en charge certains produits de lutte contre le cancer, le Kadcyra du laboratoire Roche. La prise en charge d'un patient était en effet tarifée à 90 000 livres (102 582 euros). Ce choix a été jugé « difficile » par les autorités britanniques, mais « essentiel pour la sauvegarde du système de santé ». En France, l'impact budgétaire de la prise en charge de l'hépatite C par le Sofosbuvir a longtemps été contenu en refusant la recommandation de prescription systématique en première intention, alors que le produit était jugé plus efficace que ses concurrents.

Les associations de patients et certains médecins craignent que ces refus de prise en charge se multiplient. Tous se félicitent de l'efficacité des médicaments innovants mais s'inquiètent de la forte croissance de leurs

prix. En effet, les nouveaux traitements permettent « de guérir de nombreuses personnes malades et d'augmenter de façon régulière leur durée de vie ¹⁹ ». Cependant, tous regrettent que les incitations des autorités de régulation visant à pousser les laboratoires à mettre sur le marché de nouvelles molécules, en particulier les incitations financières telles que les prix libres (comme aux États-Unis et au Royaume-Uni) ou les prix conditionnels (France) aient favorisé ces augmentations.

La hausse des prix des médicaments n'est d'ailleurs pas cantonnée aux médicaments biotechnologiques innovants. Aux États-Unis, pays dans lequel les prix sont fixés entre les laboratoires et les assureurs santé, les prix de vente des médicaments (hors génériques) ont augmenté de 127 % en moyenne depuis 2008, contre une hausse de 11 % de l'indice des prix à la consommation. En Europe et notamment en France, les prix des médicaments sont aussi en forte hausse. « Cela fait dix ans que nous constatons une inflation du prix des médicaments. En 2004, les médicaments contre le cancer représentaient 24 milliards de dollars [20,9 milliards d'euros] ; en 2008, 40 milliards [34,9 milliards d'euros] ; en 2014, 80 milliards [69,7 milliards d'euros] sur un total de 650 milliards [566,6 milliards d'euros] du coût des médicaments », a déclaré Jean-Paul Vernant. « Si rien n'est fait pour contenir cette inflation, en 2020, ils représenteront 155 milliards de dollars [135,1 milliards d'euros], soit un doublement en six ans », a-t-il également souligné. De tels coûts ont amené les professeurs Dominique Maraninchi et Jean-Paul Vernant à lancer, en mars 2016, un appel public contre l'explosion des prix des nouveaux médicaments, signé par 110 médecins oncologues et hématologues. Un an auparavant, des oncologues américains s'étaient eux aussi insurgés contre le prix des médicaments.

Au Royaume-Uni et en France, en dépit des actions isolées, la prise de conscience sociale est faible. Ceci s'explique par le bon niveau de prise en charge du médicament par les systèmes de santé respectifs. Les hausses de prix sont alors diluées dans les dépenses de santé et peu visibles collectivement. Cependant, à plus long terme, de tels prix élevés affectent la prise en charge d'autres dépenses de santé (actes ou médicaments déremboursés, réduction des budgets hospitaliers, etc.) voire d'autres dépenses de protection sociale.

Avec la forte hausse du nombre d'AMM accordées sur de nouvelles molécules majoritairement issues des biotechnologies, l'année 2012 a dévoilé un nouveau modèle de production du médicament résultant de l'ensemble des évolutions ayant marqué l'industrie pharmaceutique au cours de la décennie précédente. Les firmes ont adopté de nouvelles technologies de R&D et en ont externalisé plusieurs phases ; elles ont modifié l'organisation de la production en confiant certaines étapes à des producteurs

19. Jean-Paul Vernant du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, *Les Échos*, 15 mars 2016.

pour tiers ; elles ont développé de nouveaux produits toujours fortement protégés par des brevets mondiaux, mieux adaptés aux pathologies et aux patients et ayant les modes de dispensation propres. L'action des pouvoirs publics a favorisé le développement de ces nouveaux produits en acceptant *a priori* des prix élevés et en facilitant leur entrée sur le marché. Les patients et les prescripteurs ont, de leur côté, plébiscité ces nouvelles molécules plus efficaces en dépit de leurs prix élevés.

Dans ce modèle, qualifié de *custombusters* (Abecassis, Coutinet, 2015), les firmes combinent la production de génériques dans leurs filiales, souvent localisées dans les pays du Sud, à la production de médicaments

Tableau 3. Caractéristiques des modèles de production des médicaments

		Modèle <i>blockbusters</i>	Modèle <i>custombusters</i>	Modèle « génériques »
R&D	Technologie principale	Chimique	Biotechnologique	Chimique
	Organisation de la R&D	Radicale, internalisée	Radicale, coopérative puis internalisée	Incrémentale, internalisée
	Brevets	Brevets multiples, déposés très tôt, sur les entités	Brevets multiples, sur les entités et les procédés	Brevets multiples sur les innovations incrémentales
Production	Type de production	Internalisée	Internalisée/ externalisée (financiarisation)	Internalisée/ externalisée
Régulation	Autorisations de mise sur le marché	AMM normales (10 à 12 ans)	AMM normales (10 à 12 ans) et licences adaptatives (autorisations anticipées)	Procédures simplifiées et raccourcies (ANDA, clauses Bolar) (1 à 5 ans)
	Fixation des prix et des taux de remboursement	RU : prix libres et évaluation médico-économique pour la prise en charge (après 1999) FR : fixation des prix. Négociations prix-volume sur la base d'un critère d'efficacité thérapeutique (après 1999)	RU : prix libres sans prise en charge <i>a priori</i> conditionnée aux critères médico-économiques (coût par Qaly) FR : négociation prix-volume sous conditionnalité (évaluation médico-économique <i>a posteriori</i>)	RU : prix libres plafonnés FR : prix fixés, inférieurs à ceux du princeps (60 %)
Distribution	Marchés géographiques principaux	Pays du Nord	Pays du Nord	Pays du Nord Pays du Sud
	Dispensation	Par pathologie quel que soit le patient	Par pathologie et par type de patient	Par pathologie quel que soit le patient
	Coût des traitements	Élevé	Très élevé	Faible

personnalisés, les *custombusters*, vendus sur les marchés des pays du Nord. Ce nouveau modèle est proche en termes de rentabilité du modèle *blockbusters* mais présente, comme le montre le tableau 3, des différences notables avec le modèle antérieur. Le modèle *custombusters* se distingue des modèles *blockbusters* et « génériques » en plusieurs points. Par sa technologie, principalement biotechnologique et capable de produire des molécules personnalisées, c'est-à-dire mieux adaptées aux spécificités de petites populations cibles. Par son mode d'innovation qui, tout en restant radical, fait plus fréquemment appel à une base de connaissance alimentée de façon coopérative, en collaboration avec des acteurs publics (laboratoires de recherche publics, associations, etc.) et privés. Par l'existence de brevets portant sur les procédés de production et non plus sur les seules formules chimiques des molécules. Par une financiarisation importante du processus de R&D, permettant un éclatement du processus et des risques afférents, ceux-ci étant répartis sur les partenaires : *start-up*, Research Organizations ou Contract Development & Manufacturing Organizations.

Conclusion

Les réformes menées depuis 2008 ont conduit à une privatisation, soit du financement soit de l'offre de soins des systèmes de santé français et britannique. Celles-ci se sont aussi traduites par des restrictions budgétaires obligeant les acteurs publics de santé à tenter de compenser ces baisses de financement par des gains de productivité. Ceux-ci n'ont toutefois pas été suffisants et la qualité des services offerts s'est dégradée, comme l'illustre la situation de l'hôpital public, tant en France qu'au Royaume-Uni. Le renforcement du contrôle des prix des médicaments et les politiques de promotion des génériques ont affecté les profits des firmes, confrontées par ailleurs à une perte de brevets et à une baisse des innovations. Celles-ci ont d'abord réagi en se tournant vers un modèle « génériques ». Néanmoins, les nouvelles molécules permettant des traitements personnalisés, arrivées depuis 2012, sont commercialisées à des prix élevés avec la bienveillance des gouvernements. Ces politiques bienveillantes ont permis l'émergence d'un nouveau modèle de production plus proche du modèle *blockbusters* : le modèle *custombusters*. En définitive, après avoir subi une courte période de ralentissement de leurs profits, les firmes ont nettement moins souffert des politiques d'austérité que d'autres fournisseurs de soins (notamment les hôpitaux publics). Ainsi, les dividendes versés par Sanofi à ses actionnaires sont en hausse continue depuis 23 ans. Cette progression lui permet de passer de la troisième place des plus gros distributeurs français de dividendes en 2015 (3,48 milliards d'euros) à la première place en 2016 (3,79 milliards d'euros). De la même manière, les cinq plus grandes big pharma mondiales ont réalisé plus de 200 milliards d'euros de chiffre d'affaires et 47 milliards de bénéfices en 2015.

Références bibliographiques

- Abecassis P. (2014), « Le calcul économique en santé : leurre ou boîte à outils à l'intention du décideur ? », *Les Tribunes de la santé*, n° HS 3, p. 43-50, <https://doi.org/10.3917/seve.hs03.0043>.
- Abecassis P., Coutinet N. (2015), « Médicaments génériques : pivot de la reconstruction de l'industrie pharmaceutique », *Revue de la régulation*, vol. 17, <http://regulation.revues.org/11143>.
- Abecassis P., Coutinet N., Domin J.-P. (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale Recma*, n° 331, p. 60-75, <https://doi.org/10.7202/1023485ar>.
- André C., Batifoulier P., Jansen-Ferreira M. (2016), « Health Care Privatization Processes in Europe: Theoretical Justifications and Empirical Classification », *International Social Security Review*, vol. 69, n° 1, p. 3-23, <https://doi.org/10.1111/issr.12092>.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Belloni A., Morgan D., Paris V. (2016), « Pharmaceutical Expenditure And Policies », *OECD Health Working Papers*, n° 87, Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/5jm0q1f4cdq7-en>.
- Da Silva N. (2014), *Instituer la performance. Une application au travail du médecin*, Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication, Université Paris-Ouest Nanterre, <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01480851/>.
- Dalingwater L. (2015), « The NHS at the Heart of the Election Campaign », *Revue française de civilisation britannique*, n° XX-3, <https://doi.org/10.4000/rfcb.568>.
- Department of Health (2013), *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme 2014*, Department of Health and Association of the British Pharmaceutical Industry, December, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/621983/2014_PPRS_Scheme.pdf.
- Ires (2010), « L'État social à l'épreuve de l'austérité », n° spécial, *Chronique internationale de l'IRES*, n° 127, novembre, <http://www.ires.fr/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/110-127>.
- Ires (2014), « Santé, éducation : services publics dans la tourmente », n° spécial, *Chronique internationale de l'IRES*, n° 148, décembre, <http://www.ires-fr.org/publications/chronique-internationale-de-l-ires/itemlist/category/90-148>.
- Malerba F., Orsenigo L. (2006), « A History-friendly Model of Innovation, Market Structure and Regulation in the Age of Random Screening of the Pharmaceutical Industry », in Antonelli C., Foray D., Hall B.H., Steinmueller W.E. (eds.), *New Frontiers in the Economics of Innovation and New Technology. Essays in Honour of Paul A. David*, Northampton, Edward Elgar, p. 70-117.
- Moses Z. (2002), *The Pharmaceutical Industry Paradox: A Strategic Analysis of the Countertrends of Consolidation and Fragmentation*, London, Reuters Business.
- Reynaud M., Butor L., Foucaud D., Bonnevide P. (2013), *Rapport annuel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*, Paris, HCAAM, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2013.pdf.

- Robelet M. (2002), *Les figures de la qualité des soins : rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*, thèse de doctorat en sociologie, Université Aix-Marseille II.
- Schweppenstedde D., Hinrichs S., Ogbu U. C., Schneider E.C., Kringos D.S., Klazinga N.S., Healy J., Vuorenkoski L., Busse R., Guerin B., Pitchforth E., Nolte E. (2014), *Regulating Quality and Safety of Health and Social Care. International Experiences*, Rapport de la Rand Corporation, London, Rand Corporation, http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR561/RAND_RR561.pdf
- Stuckler D., Basu S. (2014), *Quand l'austérité tue. Épidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine*, Paris, Autrement ; traduit de Stuckler D., Basu S. (2013), *The Body Economic: Why Austerity Kills: Recessions, Budget Battles, and the Politics of Life and Death*, New York, Basic Books.
- Surender R., Matsuoka K.Y., Ovseiko P.V. (2015), « Health System of United Kingdom », in *Reference Module in Biomedical Sciences*, Elsevier, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.02976-7>.
- Tabuteau D. (2013), *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob.
- Verstraete T., Fayolle A. (2005), « Paradigmes et entrepreneuriat », *Revue de l'Entrepreneuriat*, vol. 4, n° 1, p. 33-52, http://asso.nordnet.fr/r-e/RE0401tv_af.pdf.
- Vogler S., Zimmermann N. (2016), *Glossary of the WHO Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies*, Vienna, WHO.

Le chômage : un problème de santé publique majeur

*Pierre MENETON, Marie PLESSZ, Émilie COURTIN,
Céline RIBET, Marcel GOLDBERG et Marie ZINS¹*

Les études disponibles dans plusieurs pays et les quelques données obtenues récemment en France suggèrent que les conséquences du chômage sur la santé vont bien au-delà de l'augmentation de la fréquence des suicides. L'incidence des pathologies chroniques, maladies cardiovasculaires et cancers en premier lieu, semble également fortement augmentée chez les chômeurs par rapport aux travailleurs. Les mécanismes par lesquels le chômage est susceptible de dégrader l'état de santé sur le long terme sont encore à éclaircir : exposition accrue à des facteurs de risque comportementaux, accès réduit au système de soins, effets organiques plus directs sont autant de pistes possibles. D'ores et déjà, il serait souhaitable que le corps médical soit sensibilisé sur les risques encourus par les chômeurs afin de les aider à les réduire autant que faire se peut.

Depuis les premières études sur l'état de santé des chômeurs aux États-Unis dans les années 1930, la communauté médicale anglo-saxonne n'a pas cessé de s'intéresser à ce problème avec la remontée du taux de chômage à partir des années 1970 (Hammarström, Janlert, 2005) et l'accentuation récente de la crise économique (Astell-Burt, Feng, 2013). L'ensemble de ces études indique clairement que les chômeurs ont un risque accru d'avoir des problèmes de santé par rapport aux non-chômeurs. Ainsi l'analyse combinée des études prospectives réalisées jusqu'en 2009 montre que le chômage

1. Pierre Meneton est chercheur à l'Inserm U1142, Campus des Cordeliers ; Marie Plessz est chargée de recherche au Centre Maurice Halbwachs, INRA, CNRS UMR 8097, École normale supérieure, École des hautes études en sciences sociales ; Émilie Courtin est chercheuse au Department of Global Health and Social Medicine, King's College London ; Céline Ribet, Marcel Goldberg et Marie Zins sont chercheurs à l'Inserm UMS 011, hôpital Paul Brousse.

est associé à une surmortalité toutes causes confondues de 60 % après ajustement sur l'âge et les autres facteurs confondants (Roelfs *et al.*, 2011). Les causes de cette surmortalité semblent multiples : les données indiquant un taux de suicide plus élevé sont convaincantes (Milner *et al.*, 2013), celles rapportant une plus forte mortalité par cancer également sur la base de la littérature disponible jusqu'en 1997 (Lyngne, 1997) et des études publiées par la suite (Antunes, 2016 ; Conway *et al.*, 2010 ; Greenwood *et al.*, 2003 ; Maruthappu *et al.*, 2015a, 2015b, 2016). Les données sur la mortalité cardiovasculaire sont moins consensuelles mais indiquent globalement que les chômeurs ont aussi un risque accru d'avoir un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral (Dupre *et al.*, 2012 ; Gallo *et al.*, 2004, 2006 ; Gallo, 2012 ; Lundin *et al.*, 2014 ; Maruthappu *et al.*, 2015c ; Meneton *et al.*, 2015 ; Weber, Lehnert, 1997).

Quelques points méthodologiques

La nature des relations entre chômage et santé est complexe et encore matière à débat (Jin *et al.*, 1995). Il est utile de distinguer trois types d'études :

- celles principalement évoquées dans le présent article, qui suggèrent que les problèmes de santé sont une conséquence directe ou indirecte du chômage et que ce lien causal est médié par des facteurs de risque spécifiques (Hammarström, 1994 ; Janlert, 1997 ; Laitinen *et al.*, 2002 ; Martikainen, 1990 ; Moser *et al.*, 1987 ; Viinamäki *et al.*, 1997) ;

- celles qui montrent qu'il existe également un lien causal inverse, à savoir qu'une mauvaise santé augmente le risque de devenir chômeur (Bartley, Owen, 1996 ; Böckerman, Ilmakunnas, 2009 ; Claussen, 1993 ; Jusot *et al.*, 2008 ; Salm, 2009) ;

- enfin, celles qui rappellent que les problèmes de santé sont aussi le résultat d'un environnement social et/ou d'un mode de vie délétères qui favorisent en même temps la survenue de périodes de chômage, ces dernières pouvant être considérées au même titre que les problèmes de santé comme des événements faisant partie d'un parcours de vie globalement défavorable (Fergusson, Boden, 2008 ; Hammer, 1997 ; Hoffmann *et al.*, 2007 ; Leino-Arjas *et al.*, 1999 ; Lundin *et al.*, 2010 ; Montgomery *et al.*, 1996 ; Morris *et al.*, 1992).

On a donc affaire à des phénomènes exerçant des effets réciproques les uns sur les autres et qui dépendent d'un contexte social plus large pouvant influencer leur survenue. C'est pourquoi le lien entre le chômage et l'apparition subséquente de problèmes de santé est souvent analysé chez des personnes en bonne santé au départ de l'étude pour minimiser la possibilité qu'un état de santé dégradé soit la cause des périodes de chômage constatées, et en essayant de tenir compte des facteurs de risque liés à

l'environnement social et/ou au mode de vie qui sont susceptibles de favoriser l'apparition des problèmes de santé (tabagisme, sédentarité, alimentation déséquilibrée, etc.).

L'information sur les périodes de chômage, qu'elle soit de source administrative ou déclarée par les personnes est souvent peu précise, rapportant rarement leur nombre et leur durée ou le fait que certaines aient pu survenir antérieurement aux études. On a donc dans la plupart des cas une distinction assez grossière entre des personnes qui sont au chômage au moment des études et d'autres qui ne le sont pas, sans beaucoup plus de précisions.

Les facteurs modulant l'impact du chômage sur la santé

Plusieurs facteurs moduleraient la relation entre le chômage et la dégradation de l'état de santé. Ainsi, le genre semble avoir une influence puisque la surmortalité toutes causes confondues est plus forte chez les chômeurs que chez les chômeuses (Roelfs *et al.*, 2011), malgré le fait que les récessions économiques dégradent plus fortement la santé des femmes que celle des hommes (Novo *et al.*, 2001). Une explication possible de cette apparente contradiction est que les mécanismes par lesquels le chômage détériore la santé pourraient partiellement différer entre les hommes et les femmes et que ces différences pourraient varier selon le contexte social et culturel (Mooi-Reci, Ganzeboom, 2015).

L'âge semble être un autre modulateur puisque l'augmentation de mortalité toutes causes confondues est plus importante chez les chômeurs jeunes ou d'âge moyen que chez ceux d'âge plus avancé même si les raisons de ces différences ne sont pas claires (Jackson, Warr, 1984 ; Roelfs *et al.*, 2011).

De même que le filet social dont le rôle est discuté ci-dessous, l'environnement familial influencerait aussi la détérioration de l'état de santé en modulant la perte de revenu liée au chômage (Ehlert, 2012 ; Huang *et al.*, 2014).

La question de l'accès aux soins

Si le chômage augmente la probabilité d'avoir des problèmes de santé, soit directement, soit indirectement en exposant les chômeurs à un certain nombre de facteurs de risque, la question se pose de savoir si une éventuelle difficulté pour accéder au système de soins pourrait aussi avoir un rôle. Il a été montré aux États-Unis que les chômeurs sont plus fréquemment non assurés ou partiellement assurés pour les coûts de santé que les travailleurs, avec comme conséquence un accès réduit aux soins nécessaires, incluant

les traitements, à cause de leur coût trop élevé (Driscoll, Bernstein, 2012). L'absence de soins ou de traitements appropriés ou le retard pris pour y avoir accès pourraient participer à la dégradation de leur état de santé (McWilliams, 2009). Il est cependant probable que ce lien entre chômage et accès aux soins varie grandement d'un pays à l'autre en fonction des spécificités des systèmes de santé (van Doorslaer *et al.*, 2006).

Les difficultés pour comparer les études d'un pays à l'autre

Les observations faites dans un pays ne sont pas forcément directement transposables à d'autres pays. Il a en effet été démontré que l'environnement social et institutionnel influence de manière significative la relation entre chômage et mortalité (Bambra, Eikemo, 2009 ; Gerdtham, Ruhm, 2006 ; Stuckler *et al.*, 2009). Par exemple, cette relation est beaucoup moins forte dans un pays comme l'Allemagne où le filet social est substantiellement développé que dans un pays comme les États-Unis où il est maintenu à un minimum (McLeod *et al.*, 2012).

Les données françaises

Alors que l'impact des conditions de travail sur la santé a fait l'objet de plusieurs études et analyses en France depuis une vingtaine d'années, aussi bien de la part de la communauté scientifique que des pouvoirs publics (Administration centrale du ministère chargé du Travail, 2011 ; Bensadon *et al.*, 2013 ; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2011), les relations entre chômage et santé n'ont suscité que très peu d'intérêt. En 2004, une revue de la littérature sur la santé des chômeurs français constatait que « la très grande majorité des études ont été publiées sous forme de rapports ou de chapitres de livres » avec « une quasi-absence d'ajustement sur les caractéristiques sociales des chômeurs ou même parfois sur l'âge » (Sermet, Khlat, 2004). Depuis 2004, le nombre d'études publiées dans des revues internationales à comité de lecture est resté extrêmement faible avec seulement trois publications (Melchior *et al.*, 2015 ; Meneton *et al.*, 2015 ; Moulin *et al.*, 2009) et ce n'est que très récemment que les pouvoirs publics semblent s'être saisis de cette question (Farache, 2016).

Une de ces études a été réalisée dans une cohorte de 6 000 personnes âgées de 35 à 64 ans et en bonne santé au départ de l'étude, vivant sur l'ensemble du territoire métropolitain et dont une partie (5,3 %) était au chômage (Meneton *et al.*, 2015). Les nombres de décès et d'accidents cardiovasculaires confirmés sur le plan médical survenus chez ces chômeurs sur une période de 12 ans (1995-2007) ont été comparés à ceux observés chez les non-chômeurs pendant la même période. Il est important de noter que

cette cohorte ne constitue pas un échantillon représentatif de la population française car le choix d'étudier des personnes en bonne santé et le fait qu'ils se soient portés volontaires pour participer à l'étude aboutissent à sélectionner des personnes plus éduquées et socialement plus favorisées que la moyenne. Ainsi, les pourcentages de personnes ayant atteint un niveau d'éducation universitaire ou occupant un poste de cadre sont presque deux fois plus élevés dans la cohorte étudiée que dans un échantillon représentatif de la population française. Une autre limitation de l'étude réside dans la définition du chômage qui était seulement basée sur la situation professionnelle déclarée par les personnes au moment où l'étude démarrait, sans indication sur le nombre et la durée des épisodes antérieurs ou postérieurs de chômage. Malgré ces restrictions, les analyses montrent que la condition de chômeur est associée à un risque d'accidents cardiovasculaires (infarctus du myocarde et accidents vasculaires cérébraux) presque deux fois plus élevé et à une mortalité toutes causes confondues presque trois fois plus élevée par rapport aux personnes de même âge et de même sexe ayant un travail. Cette association dépend en partie des facteurs de risque classiques que l'on retrouve plus fréquemment chez les chômeurs (tabagisme, alcoolisme, alimentation déséquilibrée, sédentarité) mais pas seulement. Il existe un lien résiduel qui persiste après ajustement par ces facteurs de risque, suggérant que le chômage peut aussi agir plus directement sur l'organisme en favorisant par exemple l'apparition de troubles du sommeil et de dépressions qui sont susceptibles d'augmenter le risque cardiovasculaire. À noter que c'est bien la condition sociale représentée par le chômage qui est en cause et non l'inactivité professionnelle en soi, puisque l'augmentation du risque cardiovasculaire et la surmortalité ne se retrouvent pas chez les personnes volontairement inactives (essentiellement des femmes s'occupant d'enfants en bas âge) ou chez les retraités. L'extrapolation des observations faites dans cette cohorte à la population française en tenant compte du taux de chômage actuel et des chiffres de mortalité dans la tranche d'âge considérée donne un chiffre de 14 000 décès imputables chaque année au chômage. Il ne s'agit évidemment que d'une estimation à cause de la non-représentativité de la cohorte et des données incomplètes sur les épisodes de chômage auxquels les personnes ont été confrontées mais elle fournit néanmoins un ordre de grandeur. Il faut souligner que les chômeurs français bénéficient d'une indemnisation relativement avantageuse par rapport à beaucoup d'autres pays (montant et délai de mise en place des indemnités, période pendant laquelle elles sont versées) (Bambra, Eikemo, 2009) qui est supposée atténuer quelque peu la réduction de revenu et les effets délétères du chômage (Weisz *et al.*, 2008). Malgré cela, l'amplitude de l'augmentation du risque cardiovasculaire et de la mortalité liée au chômage correspond à la fourchette haute de ce qui est observé dans les autres pays, suggérant

que les chômeurs français ne seraient pas épargnés par la surexposition aux problèmes de santé, bien au contraire.

La comparaison entre les 14 000 décès et les quelques centaines de suicides imputables au chômage chaque année en France (Laanani *et al.*, 2015) souligne que, bien que médiatisés, ces derniers ne sont que la partie émergée de l'iceberg et que le problème de santé publique est beaucoup plus vaste. Il faut aussi mentionner que ces suicides, qui concernent surtout les hommes, se produisent principalement au cours des premières années suivant la perte d'emploi alors que les 14 000 décès sont liés à des maladies chroniques qui mettent beaucoup plus longtemps à se déclarer. Il est ainsi habituel d'étudier séparément les effets de la perte d'emploi qui est un événement brusque survenant à un moment donné de manière plus ou moins inattendue dans la vie des personnes et ceux de la période de chômage plus ou moins longue qui s'ensuit car ils ne sont généralement pas identiques (Brand, 2015).

En ce qui concerne l'accès aux soins, le système de santé français est caractérisé par la prédominance des cabinets médicaux libéraux, la prise en charge partielle du coût par les patients avec paiement direct aux médecins et une Sécurité sociale universelle financée par les cotisations des assurés et remboursant habituellement 65 % des coûts de santé (sauf pour les pathologies lourdes qui sont prises en charge à 100 %), les 35 % restants étant à la charge des patients qui doivent se couvrir en souscrivant des assurances complémentaires individuelles (Rodwin, 2003). Les chômeurs peuvent en théorie bénéficier d'une assurance complémentaire attribuée par la Sécurité sociale et couvrant l'essentiel des 35 % restants ; en pratique, une proportion significative d'entre eux reste partiellement assurée faute de faire les démarches nécessaires (Perronnin *et al.*, 2011) et même chez ceux bénéficiant de cette couverture complémentaire, il reste une faible participation (ticket modérateur) qui peut représenter une charge financière non négligeable pour ceux arrivant au terme de leurs indemnités (Buchmueller *et al.*, 2004). Une étude réalisée il y a quelques années dans un échantillon représentatif de la population française ayant servi de base à l'enquête décennale de l'Institut national de la statistique et des études économiques en 2003 visait à savoir quels étaient les déterminants de la consommation des médicaments prescrits pour soigner des pathologies aussi importantes que l'hypertension, la dyslipidémie et les problèmes cardiovasculaires (Meneton *et al.*, 2012). C'est la couverture médicale complète qui s'est avérée être le facteur socioéconomique majeur associé à l'accès aux médecins et aux traitements, son absence étant associée à une réduction de presque 50 % du nombre de visites médicales et de la consommation de médicaments cardiovasculaires. En parallèle, cette étude a montré que les nombres de consultations médicales et de traitements cardiovasculaires n'étaient pas

diminués chez les chômeurs par rapport aux non-chômeurs en dépit du fait que la fraction d'entre eux n'ayant pas d'assurance complémentaire était plus que doublée par rapport à celle observée chez les travailleurs. Ces données semblent indiquer que la consommation de médicaments essentiels ne serait pas significativement diminuée chez les chômeurs français mais la situation est probablement plus compliquée. En effet, des analyses préliminaires réalisées dans la cohorte Constances dont l'intérêt sera évoqué plus loin suggèrent que l'accès global aux soins (incluant les frais dentaires et d'optique) serait réduit d'un facteur 2 ou 3 chez les chômeurs comparés aux travailleurs (Newsletter Constances, décembre 2015). Il est donc encore difficile de savoir jusqu'à quel point le chômage est susceptible de réduire l'accès aux soins nécessaires dans la population française.

Perspectives

Les études actuellement disponibles ne permettent pas de douter que le chômage représente un problème de santé publique majeur malgré les variations pouvant exister d'un pays à l'autre. Les quelques données obtenues récemment sur le territoire métropolitain suggèrent que la France ne fait pas exception. Cela souligne l'utilité d'un suivi médical spécifique des chômeurs sur le long terme même s'il est difficile de voir dans quel contexte il pourrait être assuré. Pour le moins, les professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes pourraient être sensibilisés à considérer le chômage comme un facteur majeur à prendre en compte dans l'évaluation du risque et dans les stratégies de prévention.

Beaucoup d'inconnues persistent encore pour comprendre les relations entre le chômage et la dégradation de l'état de santé. L'effet de la durée ou du nombre d'épisodes de chômage n'a pas été beaucoup étudié, en particulier en ce qui concerne la survenue des maladies chroniques comme les accidents cardiovasculaires (Dupre *et al.*, 2012). On ne sait pas trop non plus dans quelle mesure la perte de revenu, la fragilisation psychologique, la désocialisation ou la rupture des rythmes quotidiens qui sont associés au chômage et qui n'auront pas forcément la même intensité chez des ouvriers/employés ou des cadres affectent différemment leur santé (Demazière, 2006). En dehors de l'influence potentielle de la catégorie professionnelle, il est aussi probable mais non démontré que les conditions de travail pour une profession donnée puissent aussi moduler la survenue des problèmes de santé lorsque les gens se retrouvent au chômage. En effet, un travail pénible, qui est en lui-même un facteur de dégradation de la santé, pourrait minimiser les différences d'état de santé entre travailleurs et chômeurs. Autant de pistes de recherche susceptibles d'être explorées à condition de disposer d'une population suffisamment représentative et pouvant

être suivie dans le temps. À ce titre, la cohorte Constances est certainement un outil de premier choix pour étudier les relations entre le chômage et la santé dans la population française (Zins, Goldberg, 2015). Ses atouts sont nombreux : sa taille (200 000 personnes âgées de 18 à 69 ans), sa bonne représentativité (échantillon représentatif de la population couverte par le régime général de la Sécurité sociale, soit plus de 85 % de la population française), son suivi régulier des participants dans les centres de la Sécurité sociale et au travers de questionnaires, ses liens avec les bases de données institutionnelles comme celle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au travers de son système national d'information inter-régimes donnant accès aux consultations médicales et à la consommation de médicaments, celle de la Caisse nationale d'assurance vieillesse donnant accès au parcours professionnel avec les anciennes périodes de chômage ou celle du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Références bibliographiques

- Administration centrale du ministère chargé du Travail (2011), *Enquête relative aux risques psychosociaux*.
- Antunes J.L.F. (2016), « The Impact of Unemployment on Cancer Mortality, and How to Avoid it », *Annals of Translational Medicine*, vol. 4, n° 20, p. 404-407, <https://doi.org/10.21037/atm.2016.08.46>.
- Astell-Burt T., Feng X. (2013), « Health and the 2008 Economic Recession: Evidence from the United Kingdom », *PLoS One*, vol. 8, n° 2, e56674, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056674>.
- Bambra C., Eikemo T.A. (2009), « Welfare State Regimes, Unemployment and Health: A Comparative Study of the Relationship between Unemployment and Self-reported Health in 23 European Countries », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 63, n° 2, p. 92-98, <https://doi.org/10.1136/jech.2008.077354>.
- Bartley M., Owen C. (1996), « Relation between Socioeconomic Status, Employment, and Health during Economic Change, 1973-93 », *British Medical Journal*, vol. 313, n° 7055, p. 445-449, <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7055.445>.
- Bensadon A.-C., Barbezieux P., Champs F.-O. (2013), *Interactions entre santé et travail*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-069R_-_sante-Travail_-_DEF.pdf.
- Böckerman P., Ilmakunnas P. (2009), « Unemployment and Self-assessed Health: Evidence from Panel Data », *Health Economics*, vol. 18, n° 2, p. 161-179, <https://doi.org/10.1002/hec.1361>.
- Brand J.E. (2015), « The Far-Reaching Impact of Job Loss and Unemployment », *Annual Review of Sociology*, n° 41, p. 359-375, <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043237>.
- Buchmueller T.C., Couffinhal A., Grignon M., Perronnin M. (2004), « Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France », *Health Economics*, vol. 13, n° 7, p. 669-687, <https://doi.org/10.1002/hec.879>.
- Claussen B. (1993), « A Clinical Follow Up of Unemployed. I: Lifestyle, Diagnoses, Treatment and Re-employment », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 11, n° 3, p. 211-218.
- Conway D.I., McKinney P.A., McMahon A.D., Ahrens W., Schmeisser N., Benhamou S., Bouchardy C., Macfarlane G.J., Macfarlane T.V., Lagiou P., Minali P., Bencko V., Holcatova I., Merletti F., Richiardi L., Kjaerheim K., Agudo A., Castellsague X., Talamini R., Barzan L., Canova C., Simonato L., Lowry R.J., Znaor A., Healy C.M., McCartan B.E., Marron M., Hashibe M., Brennan P. (2010), « Socioeconomic Factors Associated with Risk of Upper Aerodigestive Tract Cancer in Europe », *European Journal of Cancer*, vol. 46, n° 3, p. 588-598, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.09.028>.
- Demazière D. (2006), *Sociologie des chômeurs*, Paris, La Découverte.
- Driscoll A.K., Bernstein A.B. (2012), « Health and Access to Care among Employed and Unemployed Adults: United States, 2009-2010 », *NCHS Data Brief*, n° 83, p. 1-8, <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db83.pdf>.
- Dupre M.E., George L.K., Liu G., Peterson E.D. (2012), « The Cumulative Effect of Unemployment on Risks for Acute Myocardial Infarction », *Archives of*

- Internal Medicine*, vol. 172, n° 22, p. 1731-1737, <https://doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.447>.
- Ehlert M. (2012), « Buffering Income Loss Due to Unemployment: Family and Welfare State Influences on Income after Job Loss in the United States and Western Germany », *Social Science Research*, vol. 41, n° 4, p. 843-860, <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.02.002>
- Farache J. (2016), « L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner », *Les avis du CESE*, n° 2016-02, http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2016/2016_02_impact_chomage_entourage.pdf.
- Fergusson D.M., Boden J.M. (2008), « Cannabis Use and Later Life Outcomes », *Addiction*, vol. 103, n° 6, p. 969-976, <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02221.x>.
- Gallo W. T. (2012), « Evolution of Research on the Effect of Unemployment on Acute Myocardial Infarction Risk: Comment on "The Cumulative Effect of Unemployment on Risks for Acute Myocardial Infarction" », *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, n° 22, p. 1737-1738, <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1835>.
- Gallo W.T., Bradley E.H., Falba T.A., Dubin J.A., Cramer L.D., Bogardus S.T., Kasl S.V. (2004), « Involuntary Job Loss as a Risk Factor for Subsequent Myocardial Infarction and Stroke: Findings from The Health and Retirement Survey », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 45, n° 5, p. 408-416, <https://doi.org/10.1002/ajim.20004>.
- Gallo W.T., Teng H.M., Falba T.A., Kasl S.V., Krumholz H.M., Bradley E.H. (2006), « The Impact of Late Career Job Loss on Myocardial Infarction and Stroke: A 10 Year Follow Up Using the Health and Retirement Survey », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 63, n° 10, p. 683-687, <https://doi.org/10.1136/oem.2006.026823>.
- Gerdtham U.-G., Ruhm C.J. (2006), « Deaths Rise in Good Economic Times: Evidence from the OECD », *Economics & Human Biology*, vol. 4, n° 3, p. 298-316, <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2006.04.001>.
- Greenwood M., Thomson P., Lowry R., Steen I. (2003), « Oral Cancer: Material Deprivation, Unemployment and Risk Factor Behaviour – An Initial Study », *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 32, n° 1, p. 74-77, <https://doi.org/10.1054/ijom.2002.0274>.
- Hammarström A. (1994), « Health Consequences of Youth unemployment », *Public Health*, vol. 108, n° 6, p. 403-412.
- Hammarström A., Janlert U. (2005), « An Agenda for Unemployment Research: A Challenge for Public Health », *International Journal of Health Services*, vol. 35, n° 4, p. 765-777, <https://doi.org/10.2190/E42R-T7CP-42PT-9JB1>.
- Hammer T. (1997), « History Dependence in Youth Unemployment », *European Sociological Review*, vol. 13, n° 1, p. 17-33, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.esr.a018204>.
- Hoffmann J.P., Dufur M., Huang L. (2007), « Drug Use and Job Quits: A Longitudinal Analysis », *Journal of Drug Issues*, vol. 37, n° 3, p. 569-596, <https://doi.org/10.1177/002204260703700305>.
- Huang J., Birkenmaier J., Kim Y. (2014), « Job Loss and Unmet Health Care Needs in the Economic Recession: Different Associations by Family Income »,

- American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 11, e178-e183, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301998>.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (2011), *Stress au travail et santé : situation chez les indépendants*, Paris, Les éditions Inserm, <https://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/stress-au-travail-et-sante-situation-chez-les-independants>.
- Jackson P.R., Warr P.B. (1984), « Unemployment and Psychological Ill-health: The Moderating Role of Duration and Age », *Psychological Medicine*, vol. 14, n° 3, p. 605-614.
- Janlert U. (1997), « Unemployment as a Disease and Diseases of the Unemployed », *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 23, Suppl. 3, p. 79-83, http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=248.
- Jin R.L., Shah C.P., Svoboda T.J. (1995), « The Impact of Unemployment on Health: A Review of the Evidence », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 5, p. 529-540, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487417/pdf/cmaj00077-0027.pdf>.
- Jusot F., Khlai M., Rochereau T., Serme C. (2008), « Job Loss from Poor Health, Smoking and Obesity: A National Prospective Survey in France », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 62, n° 4, p. 332-337, <https://doi.org/10.1136/jech.2007.060772>.
- Laanani M., Ghosn W., Jouglu E., Rey G. (2015), « Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, vol. 1-2, p. 2-6, http://www.invs.sante.fr/beh/2015/1-2/2015_1-2_1.html.
- Laitinen J., Ek E., Sovio U. (2002), « Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior », *Preventive Medicine*, vol. 34, n° 1, p. 29-39, <https://doi.org/10.1006/pmed.2001.0948>.
- Leino-Arjas P., Liira J., Mutanen P., Malmivaara A., Matikainen E. (1999), « Predictors and Consequences of Unemployment among Construction Workers: Prospective Cohort Study », *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7210, p. 600-605, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28210/>.
- Lundin A., Falkstedt D., Lundberg I., Hemmingsson T. (2014), « Unemployment and Coronary Heart Disease among Middle-aged Men in Sweden: 39 243 Men Followed for 8 Years », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 71, n° 3, p. 183-188, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2013-101721>.
- Lundin A., Lundberg I., Hallsten L., Ottosson J., Hemmingsson T. (2010), « Unemployment and Mortality: A Longitudinal Prospective Study on Selection and Causation in 49321 Swedish Middle-aged Men », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 64, n° 01, p. 22-28, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/jech.2008.079269>.
- Lynge E. (1997), « Unemployment and Cancer: A Literature Review », *IARC Scientific Publications*, n° 138, p. 343-351.
- Martikainen P.T. (1990), « Unemployment and Mortality among Finnish Men, 1981-5 », *British Medical Journal*, vol. 301, n° 6749, p. 407-411, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1663697/pdf/bmj00194-0019.pdf>.
- Maruthappu M., Watkins J., Taylor A., Williams C., Ali R., Zeltner T., Atun R. (2015a), « Unemployment and Prostate Cancer Mortality in the OECD,

- 1990-2009 », *Ecancermedicalscience*, n° 9, p. 538, <https://doi.org/10.3332/ecancer.2015.538>.
- Maruthappu M., Watkins J.A., Waqar M., Williams C., Ali R., Atun R., Faiz O., Zeltner T. (2015b), « Unemployment, Public-sector Health-care Spending and Breast Cancer Mortality in the European Union: 1990-2009 », *The European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 2, p. 330-335, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku167>.
- Maruthappu M., Shalhoub J., Tariq Z., Williams C., Atun R., Davies A.H., Zeltner T. (2015c), « Unemployment, Government Healthcare Spending, and Cerebrovascular Mortality, Worldwide 1981-2009: An Ecological Study », *International Journal of Stroke*, vol. 10, n° 3, p. 364-371, <https://doi.org/10.1111/ijls.12408>.
- Maruthappu M., Watkins J., Noor A.M., Williams C., Ali R., Sullivan R., Zeltner T., Atun, R. (2016), « Economic Downturns, Universal Health Coverage, and Cancer Mortality in High-income and Middle-income Countries, 1990-2010 : A Longitudinal Analysis », *The Lancet*, vol. 388, n° 10045, p. 684-695, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00577-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00577-8).
- McLeod C.B., Lavis J.N., MacNab Y.C., Hertzman C. (2012), « Unemployment and Mortality: A Comparative Study of Germany and the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 8, p. 1542-1550, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300475>
- McWilliams J.M. (2009), « Health Consequences of Uninsurance among Adults in the United States: Recent Evidence and Implications », *Milbank Quarterly*, vol. 87, n° 2, p. 443-494, <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00564.x>.
- Melchior M., Chollet A., Elidemir G., Galéra C., Younès N. (2015), « Unemployment and Substance Use in Young Adults: Does Educational Attainment Modify the Association? », *European Addiction Research*, vol. 21, n° 3, p. 115-123, <https://doi.org/10.1159/000365887>.
- Meneton P., Kesse-Guyot E., Méjean C., Fezeu L., Galan P., Hercberg S., Ménéard J. (2015), « Unemployment Is Associated with High Cardiovascular Event Rate and Increased All-cause Mortality in Middle-aged Socially Privileged Individuals », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 6, p. 707-716, <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0997-7>.
- Meneton P., Lanoe J.-L., Ménéard J. (2012), « Health Insurance Coverage Is the Single Most Prominent Socioeconomic Factor Associated with Cardiovascular Drug Delivery in the French Population », *Journal of Hypertension*, vol. 30, n° 3, p. 617-623, <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32834f0b9f>.
- Milner A., Page A., LaMontagne A.D. (2013), « Long-term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis », *PLoS One*, vol. 8, n° 1, e51333, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051333>.
- Montgomery S.M., Bartley M.J., Cook D.G., Wadsworth M.E. (1996), « Health and Social Precursors of Unemployment in Young Men in Great Britain », *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 50, n° 4, p. 415-422, <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/jech.50.4.415>.
- Mooi-Reci I., Ganzeboom H.B. (2015), « Unemployment Scarring by Gender: Human Capital Depreciation or Stigmatization? Longitudinal Evidence from the Netherlands, 1980-2000 », *Social Science Research*, n° 52, p. 642-658, <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.10.005>.

- Morris J.K., Cook D.G., Shaper A.G. (1992), « Non-employment and Changes in Smoking, Drinking, and Body Weight », *British Medical Journal*, vol. 304, n° 6826, p. 536-541, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1881409/pdf/bmj00062-0024.pdf>.
- Moser K.A., Goldblatt P.O., Fox A.J., Jones D.R. (1987), « Unemployment and Mortality: Comparison of the 1971 and 1981 Longitudinal Study Census Samples », *British Medical Journal*, vol. 294, n° 6564, p. 86-90, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1245095/pdf/bmjcred00002-0016.pdf>.
- Moulin J.-J., Labbe E., Sass C., Gerbaud L. (2009), « Santé et instabilité professionnelle : résultats issus des centres d'examens de santé de l'assurance-maladie », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, vol. 57, n° 3, p. 141-149, <https://doi.org/10.1016/j.respe.2008.12.014>.
- Novo M., Hammarström A., Janlert U. (2001), « Do High Levels of Unemployment Influence the Health of those Who Are Not Unemployed? A Gendered Comparison of Young Men and Women During Boom and Recession », *Social Science & Medicine*, vol. 53, n° 3, p. 293-303, [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00340-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00340-3).
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011), « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », *Questions d'économie de la santé*, n° 161, <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>.
- Rodwin V.G. (2003), « The Health Care System under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 1, p. 31-37, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>.
- Roelfs D.J., Shor E., Davidson K.W., Schwartz J.E. (2011), « Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-analysis of Unemployment and All-cause Mortality », *Social Science & Medicine*, vol. 72, n° 6, p. 840-854, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.005>.
- Salm M. (2009), « Does Job Loss Cause Ill Health? », *Health Economics*, vol. 18, n° 9, p. 1075-1089, <https://doi.org/10.1002/hec.1537>.
- Sermet C., Khlal M. (2004), « La santé des chômeurs en France : revue de la littérature », *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, vol. 52, n° 5, p. 465-474, <https://doi.org/Doi:RESP-10-2004-52-5-0398-7620-101019-ART7>.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2009), « The Public Health Effect of Economic Crises and Alternative Policy Responses in Europe: An Empirical Analysis », *The Lancet*, vol. 374, n° 9686, p. 315-323, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7).
- van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. (2006), « Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 174, n° 2, p. 177-183, <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>.
- Viinämäki H., Niskanen L., Koskela K. (1997), « Factors Predicting Health Behaviour », *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 6, p. 431-438, <https://doi.org/10.3109/08039489709090740>.
- Weber A., Lehnert G. (1997), « Unemployment and Cardiovascular Diseases: A Causal Relationship? », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 70, n° 3, p. 153-160.
- Weisz D., Gusmano M.K., Rodwin V.G., Neuberger L.G. (2008), « Population Health and the Health System: A Comparative Analysis of Avoidable Mortality in

Three Nations and their World Cities », *The European Journal of Public Health*, vol. 18, n° 2, p. 166-172, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm084>.

Zins M., Goldberg M. (2015), « The French CONSTANCES Population-based Cohort: Design, Inclusion and Follow-up », *European Journal of Epidemiology*, vol. 30, n° 12, p. 1317-1328, <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0096-4>.

Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?

Samia BENALLAH et Jean-Paul DOMIN¹

Ce travail interroge les changements organisationnels qui se sont imposés au secteur hospitalier depuis le début des années 1990 et ce qu'ils sont susceptibles de produire sur le travail et la santé des personnels du secteur. Pour cela, nous étudions la logique des réformes menées sur la période (transformation du mode de financement des établissements, développement des procédures d'accréditation). Nous montrons que celles-ci sont mises en place dans un double objectif d'accroissement de la productivité du travail et d'amélioration de la qualité des soins et qu'elles s'imposent dans un environnement de travail déjà très contraint. À partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, nous analysons ensuite la manière dont ces réformes semblent se traduire sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées.

L'hôpital est traversé par une vague de mutations profondes dont les objectifs explicites peuvent apparaître contradictoires. Une première série de mutations, la plus importante, trouve sa justification dans la volonté des pouvoirs publics de réduire les coûts de l'hôpital. Cette justification se retrouve dans de nombreuses réformes menées depuis le début des années 1990 qui ont concerné aussi bien la gouvernance des hôpitaux et notamment l'exercice de la tutelle (en particulier la création des agences régionales de l'hospitalisation en 1996, puis celle des agences régionales de la santé en 2009) que son financement. Dans ce dernier domaine, la principale réforme a eu lieu en 2003 à travers la mise en place d'une tarification à

1. Université de Reims Champagne-Ardenne, Regards (EA 6292) ; Université de Reims Champagne-Ardenne, Regards (EA 6292) et CEPN (UMR 7234).

l'activité (T2A). Ce nouveau mode de tarification a pour objectif de simuler les mécanismes de prix. Ce faisant, la T2A est supposée inciter les hôpitaux à fournir des soins à moindre coût, par l'introduction d'un mécanisme de concurrence par comparaison (*yardstick competition*) entre les établissements (Domin, 2013).

Une deuxième série de transformations de l'hôpital, amorcée à partir du milieu des années 1980, a visé une normalisation croissante de l'activité de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins. La publication d'un rapport annuel sur la qualité des soins dans les établissements, la création en 1989 de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem) ou encore la création en 2004 de la Haute autorité de santé (HAS) sont autant d'indices d'une volonté de la puissance publique de s'emparer de la question sensible de la qualité des soins.

Enfin, une troisième série d'actions, plus récentes et surtout plus marginales, vise à améliorer les conditions de travail dans un contexte de risque de pénurie de personnels, et notamment de personnels soignants. Le manque d'attractivité et les départs prématurés, mais aussi le niveau important de *turn-over* et d'absences pour raison de santé font peser la menace d'un manque durable de personnels et provoquent des désorganisations importantes au sein du secteur (Estry-Behar, 2008). Parmi les leviers dont disposent les pouvoirs publics pour limiter cette menace, celui de l'amélioration des conditions de travail est à l'évidence central dans un secteur où le travail est particulièrement exigeant, physiquement et mentalement, et provoque une usure professionnelle précoce. Les initiatives de la puissance publique en ce sens se sont ainsi multipliées depuis le début des années 2010, entre autres autour des thèmes du dialogue social ou encore de la qualité de vie au travail.

Ces divers champs de réformes ont été à l'origine de mutations profondes du travail au sein du secteur hospitalier et semblent aujourd'hui contribuer au malaise grandissant des personnels du secteur qui se résume assez bien dans le témoignage suivant : « Je travaille à l'hôpital depuis 2004 et j'ai vu et subi, comme mes collègues, la dégradation de mes conditions de travail, la perte des effectifs qui nous permettaient de faire des soins de qualité avec humanité. Aujourd'hui, j'ai du mal à trouver du sens à mon travail. Je fais toujours plus de traçabilité et de papiers administratifs qui sapent le côté humain de mes soins. Je n'ai plus le temps de parler avec les patients. Je n'ai plus le temps de faire de la relation d'aide, ce qui permet de soigner l'âme en même temps que le corps ². »

2. C. Laville, « Infirmière, je fais grève ce 8 novembre : je veux retrouver le côté humain de mon métier », *L'Obs. Le Plus*, 7 novembre 2016, <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1580347-infirmiere-je-fais- greve-ce-8-novembre-je-veux-retrouver-le-cotehumain-de-mon-metier.html>.

Alors que l'amélioration des conditions de travail semble une préoccupation embryonnaire des pouvoirs publics, les réformes visant à réduire les coûts et à normaliser les pratiques de soin semblent avoir déjà produit des effets délétères sur les rythmes de travail des personnels du secteur et sur leur perception de la qualité du travail qu'ils produisent. Nous proposons d'analyser plus précisément ces effets en nous basant sur une exploitation de différentes vagues de l'enquête Conditions de travail (1998 à 2013). Ces données présentent le double avantage de décrire de manière détaillée les conditions de travail telles qu'elles sont vécues par les salariés et de disposer d'un échantillon important permettant de réaliser des analyses sur le secteur hospitalier.

Nous organiserons notre réflexion en trois temps. Nous constaterons d'abord que, depuis, les années 1990, les établissements hospitaliers sont à la recherche de nouveaux gisements de productivité pour réduire leurs coûts (I). Nous montrerons ensuite que cette logique se réalise dans un environnement de travail déjà très contraint (II). Enfin, nous étudierons plus précisément les effets que semblent produire cette recherche d'une plus grande productivité au sein du secteur hospitalier (III).

I. La recherche de nouveaux gains de productivité dans les hôpitaux publics

Entre 1950 et 1983, la part des dépenses hospitalières est passée de 43 à 54 % de la consommation de soins et de biens médicaux (Le Garrec *et al.*, 2013). Cette progression souligne avant tout le poids important de l'hôpital dans le système de santé français. L'hôpital public devient progressivement la « bête noire » des pouvoirs publics qui vont s'efforcer par différents types de politique de réduire son financement en tentant d'y appliquer des méthodes expérimentées dans les entreprises privées. L'objectif est de réformer cette structure réputée figée afin d'augmenter la productivité et de diminuer les coûts.

Deux voies de réformes hospitalières ont été privilégiées par les pouvoirs publics depuis les années 1990. D'abord la mise en concurrence des établissements par l'introduction d'un nouveau mode de financement (I.1) et ensuite l'application de méthodes de management issues du secteur privé et notamment l'expérimentation de méthodes de certification et d'accréditation censées normaliser les pratiques (I.2).

I.1. La mise en œuvre d'un financement incitatif : la tarification à l'activité

L'objectif de ce nouveau mode de tarification est simple : l'acheteur (en l'occurrence la Sécurité sociale) rémunère un établissement pour la prise en

charge d'un épisode de soin hospitalier (un séjour pour un malade atteint d'une pathologie donnée). La logique de la concurrence par comparaison suppose que chaque établissement reçoive un prix fixe par pathologie (défini selon des groupes homogènes de malades, GHM) en fonction de la moyenne des coûts observés (Mougeot, 2000). La tarification à l'activité est selon ses partisans un mécanisme incitatif et efficace dans la mesure où la classification par GHM doit permettre de classer chaque patient entrant en fonction des caractéristiques observables *ex ante*.

Cette classification repose sur deux hypothèses (Henriet, 2002). La première suppose les asymétries d'information éliminées par le regroupement des malades aux caractéristiques similaires. La classification doit donc être la plus précise possible afin de tenir compte des caractéristiques observables du malade qui ont une incidence sur le coût. La seconde condition suppose que la classification GHM soit suffisamment précise pour limiter les hétérogénéités. Il est donc nécessaire d'intégrer dans la description du GHM des actes susceptibles de survenir en cours de séjour et générateurs de coûts supplémentaires. Cette seconde condition tient plus au partage des risques entre les établissements et l'assurance-maladie. En effet, lors de l'admission du patient, il y a une incertitude sur l'évolution de la pathologie dans le temps. Le coût peut ainsi s'avérer plus important pour la structure. Si le prix fixé ne tient pas compte de cette variabilité, le risque est complètement supporté par l'établissement. Ce n'est pas très grave quand l'activité de l'hôpital est importante : la variation de coûts est noyée dans la masse des actes. En revanche, les petits établissements à faible activité sont pénalisés.

La détermination du prix des services hospitaliers est désormais complètement déconnectée du coût. Ce principe de tarification fait l'hypothèse que la prise en charge d'un malade issu d'un même GHM est identique d'un établissement à un autre. Le principe de la concurrence par comparaison suppose que ce n'est pas le consommateur qui met en concurrence les offreurs de soins, mais plutôt l'assurance maladie. Or, cette hypothèse d'une prise en charge identique pour un GHM donné d'un établissement à l'autre est contredite par la réalité en raison de certaines externalités (caractéristique sociodémographique de la population susceptible de se faire soigner, taille de l'établissement, etc.).

Le paiement prospectif est un instrument assez incitatif dans la mesure où il consiste à fixer un prix indépendant du coût. Il reporte donc les efforts de productivité (encadré 1) sur les établissements de soins qui sont dans l'obligation de baisser leur coût moyen en deçà du prix fixé par l'assurance-maladie de façon à accroître leur marge. Sur la période de 2003 à 2009, selon Yilmaz et Frikha (2012), la productivité des hôpitaux a augmenté de 11,3 %, soit 1,8 % par an. Or l'augmentation est plus marquée

encore entre 2007 et 2008, l'année du passage de la T2A comme moyen de financement unique des établissements hospitaliers. La recherche absolue de la productivité se traduit par une réduction croissante des effectifs, une pression croissante sur les soignants, comme nous le verrons plus loin. Cette logique accentue les contraintes de toutes sortes sur les personnels : changements d'horaires, dépassements de temps, difficultés dans le libre choix des congés, durcissement de la gestion des absences, rappels sur les repos (Gheorghiu, Moatty, 2013).

Encadré 1

La productivité à l'hôpital

Calculer la productivité à l'hôpital est particulièrement complexe. Jusqu'au milieu des années 1980, les indicateurs restent relativement modestes (nombre des admissions, nombre de journées d'hospitalisation, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour). La mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet à partir du milieu des années 1980 de classer chaque séjour dans un groupe homogène de malades (GHM) qui rassemble des malades aux coûts similaires. La mise en place de l'indice synthétique d'activité en 1997 constitue une première étape. Une première approche dans la définition de la productivité consiste alors à mesurer la valeur du point d'indice d'activité (Balsan, 2002).

La notion de productivité n'est désormais utilisée que pour qualifier les objectifs assignés à la réforme de l'hôpital. Selon l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), l'indice de productivité compare les recettes attendues pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) aux coûts de production relatifs de ces activités. Si l'indicateur est supérieur à 1, cela signifie que les recettes sont supérieures aux coûts (Studer, 2012). Une seconde approche vise à mesurer la productivité hospitalière en estimant une fonction de production. La productivité mesure ici la capacité d'un établissement (autrement appelé unité de production) à transformer des ressources physiques en production de soins. L'étude conclut que si les hôpitaux publics sont moins productifs que les établissements privés, c'est essentiellement en raison de leur taille et de la composition de leur patientèle et non pas en raison d'une moindre efficacité (Dormont, Milcent, 2012). Toutefois, il paraît important de discuter cette notion de productivité appliquée à l'hôpital. L'exemple des urgences est sur ce point éclairant. La diminution du temps de passage aux urgences traduit une augmentation de la productivité. Mais Nicolas Belorgey (2010) a bien montré que l'usage managérial du temps de passage aux urgences n'a pas pour objectif de désengorger ces services, mais plutôt d'optimiser l'usage des moyens existants.

1.2. La normalisation croissante des pratiques de santé

Depuis les années 1980, le développement de la qualité constitue une préoccupation croissante des pouvoirs publics. Si cette volonté d'une

amélioration des conditions d'accueil des patients doit être appréhendée positivement, sa mise en œuvre autoritaire dans les établissements hospitaliers n'est pas sans conséquence sur les conditions de travail des personnels.

La loi du 31 janvier 1984 oblige les commissions médicales consultatives à publier un rapport annuel sur la qualité des soins dans les établissements. Le décret du 3 juin 1987 crée un Comité national pour l'évaluation médicale. En septembre 1989, Claude Évin, alors ministre de la Santé, crée l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (Andem). La loi du 31 juillet 1991 poursuit en obligeant les établissements hospitaliers à un contrôle objectif de la qualité des soins. La France s'aligne ainsi progressivement sur les standards prônés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il faut attendre l'ordonnance du 24 avril 1996 pour voir se créer l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Celle-ci reprend les missions de l'Andem. Enfin, la loi du 13 août 2004 crée la Haute autorité de santé (HAS).

La recherche de la qualité est un des objectifs majeurs de l'accréditation. La qualité est définie par Lucien Cruchant (1998:102) comme l'« ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites ». L'Anaes distingue quatre types de qualité : voulue par les professionnels, attendue, ressentie et reçue par les patients. *A contrario*, la non-qualité désigne ce qui doit être refait en raison du dysfonctionnement du système. La solution envisagée est de mettre en place une démarche qualité telle qu'elle est définie par l'Association française de normalisation (Afnor). Deux dispositifs ont été successivement envisagés dans le domaine hospitalier : l'accréditation et la certification.

L'accréditation est définie par l'ordonnance du 24 avril 1996 comme la « procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé ». La certification a quant à elle été mise en œuvre par la loi du 13 août 2004, elle remplace l'accréditation qui est désormais réservée aux médecins et aux équipes médicales. La certification « est une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, service ou système qualité, est conforme aux exigences spécifiées » (Iso/CEI guide 2).

La littérature a assez bien identifié le rejet de ces différents dispositifs par les praticiens hospitaliers. D'abord parce que ceux-ci se voient réduits au seul statut d'offres de services mis en concurrence sur un marché de la santé. Ensuite, parce que cette logique écarte des notions fondamentales pour les médecins (confiance, intimité avec le patient...) et conçoit

le malade comme une seule probabilité statistique (Ogien, 2000a). Enfin, parce que la réduction de l'activité médicale aux seuls indicateurs écarte les dimensions morales qui y sont liées (Ogien, 2000b) et accélère la normalisation de l'art médical (Dumesnil, 2011). Les actes réalisés aujourd'hui par les praticiens sont définis dans un référentiel de métiers et sont de plus en plus standardisés. Pour les autorités de tutelle, cette logique va à l'encontre du pouvoir mandarinal des médecins et consacre une reprise en main de la profession par les caisses d'assurance maladie. Quoi qu'il en soit, la perte d'autonomie des médecins peut également être appréhendée comme une déprofessionnalisation, voire comme une prolétarianisation (Castel, Dalgalarrodo, 2005).

Les effets sur les autres personnels soignants ont également été identifiés par la littérature : émiettement des tâches, affaiblissement des modes de coopération, perte de sens et *in fine* disparition du style propre à chaque agent. Les personnels soignants sont d'abord confrontés à l'absence de continuité et de cohérence dans leur travail et ont des difficultés à lui donner du sens. Par ailleurs, l'évaluation est réalisée de façon individuelle et relève d'une estimation subjective de la qualité du travail. Dans ces conditions, l'absence de valeurs collectives fédératives incite les agents à agir selon leur conscience personnelle, en d'autres termes à affirmer que leur travail est bien fait. L'individualisation des valeurs est un frein important à la reconnaissance collective du travail (Douguet *et al.*, 2005).

La mise en œuvre de la certification dans les établissements hospitaliers accélère également l'affaiblissement des modes de coopération et à terme l'éclatement des équipes soignantes. Dorénavant, le rôle de chacun des agents est strictement encadré par l'organisation hospitalière. La division du travail tend à s'accroître et dans le même temps la coopération entre les différentes catégories professionnelles diminue. Auparavant, les aides-soignants pouvaient dans certains cas réaliser des actes qui relevaient des compétences des infirmiers. Cette collaboration appelée binôme infirmier et aide-soignant favorisait avant tout une valorisation des aides-soignants et permettait le glissement d'actes de *nursing* vers des soins plus techniques. Mais la définition précise des attributions des deux professions tend aujourd'hui à renforcer leur hiérarchisation.

La certification se traduit également par une détérioration de la qualité des soins et de la relation entre le soignant et la personne soignée. Les nouveaux modes d'organisation des établissements hospitaliers imposent aux personnels de travailler en flux tendu et favorisent ainsi le sentiment d'un travail mal fait, bâclé. Par ailleurs, les exigences réglementaires sur l'information du malade, la recherche de son consentement éclairé (Domin, 2006) accélèrent la dégradation de la relation entre le soignant et la personne soignée. Le patient a désormais le droit de discuter les soins qui lui

sont administrés et ne les reçoit plus passivement. Cette évolution du droit des patients favorise chez les personnels le sentiment de vivre des situations tendues. Ainsi, 38 % des aides-soignants et 41 % des infirmiers des établissements publics déclarent vivre toujours ou souvent avec les patients des situations très pénibles (Le Lan, Baubeau, 2004).

II. Une recherche de gains de productivité dans un environnement de travail très contraint

Les conditions de travail au sein du secteur hospitalier font l'objet d'une attention accrue de la part des chercheurs et des pouvoirs publics. La littérature semble indiquer qu'elles y sont plus difficiles que dans la plupart des secteurs d'activité et se caractérisent par des horaires décalés, des efforts physiques importants, un environnement de travail toxique et des rythmes de travail particulièrement intenses et irréguliers (II.1). Les données de l'enquête Conditions de travail permettent de mieux saisir les évolutions sur les rythmes de travail et leurs effets potentiels sur la qualité du travail effectué (II.2).

II.1. Des conditions de travail très exigeantes et mieux connues

Les contraintes de travail auxquelles sont confrontés les personnels du secteur hospitalier français font l'objet, depuis le début des années 2000, d'une attention accrue de la part des pouvoirs publics. Cette problématique relève d'un triple enjeu de santé publique (Lamy *et al.*, 2013).

Il s'agit d'abord de permettre le maintien au travail des personnels de l'hôpital dans un contexte de vieillissement de la population qui touche également les personnels du secteur (encadré 2). Il s'agit par ailleurs de préserver la santé de ces mêmes personnels soumis à des mutations permanentes dans un contexte de profondes réformes au sein du secteur. Il s'agit enfin de garantir un maintien de la qualité des soins dans un environnement de travail de plus en plus contraint financièrement.

Cette attention accrue s'est accompagnée d'un développement important des sources de données permettant une analyse assez fine des conditions de travail et plus généralement de l'organisation du travail au sein du secteur hospitalier : programme de recherche Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail (Presst) dans le cadre de l'enquête européenne Nurses Early Exit Study (Next) à partir de 2002 ; mise en place du dispositif d'enquête Conditions et organisation du travail des actifs en établissement de santé en 2003 ; extension de l'enquête Changements organisationnels et informatisation aux personnels des établissements de santé publics et privés en 2006 (COI-H) ; suréchantillonnage en faveur des travailleurs de l'hôpital dans l'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail

(encadré 3). À ces sources de données quantitatives s'ajoutent les enquêtes de terrain fines visant à approfondir les connaissances concernant certains aspects des réorganisations du travail en cours au sein du secteur hospitalier ³.

Encadré 2

Le vieillissement du personnel hospitalier

Comme pour le reste de la population, l'âge moyen des travailleurs de l'hôpital tend à augmenter : un quart d'entre eux est âgé de 50 ans ou plus. Élodie Kranklader, Christelle Minodier et Nathalie Fourcade (2013) ont étudié la pyramide des âges des sages-femmes et du personnel non médical des établissements de santé. Ce personnel peut être découpé en deux catégories : le personnel non médical soignant qui regroupe les infirmiers, les aides-soignants, agents de service hospitalier, cadres de santé, psychologues et personnels de rééducation ; le personnel non médical non soignant dans lequel on retrouve le personnel administratif, éducatif et social, médico-technique et technique, ouvrier.

En 2009, l'âge moyen du personnel est de 41 ans. Le personnel non soignant est plus âgé en moyenne (43 ans) que le personnel soignant (40 ans). Ce dernier est principalement composé de moins de 30 ans. Les jeunes infirmiers âgés de 25 à 35 ans sont plus nombreux que ceux âgés de 50 à 60 ans. Il y a deux explications à cette particularité. D'une part, les quotas d'entrée en formation ont doublé de 1998 à 2003 et les effectifs diplômés ont mécaniquement augmenté. D'autre part, les infirmiers souhaitant exercer en libéral ou en tant que salariés non hospitaliers sont dans l'obligation d'exercer pendant deux ans dans un établissement de santé. La profession de sage-femme est encore plus jeune (37 ans en moyenne). En revanche, les aides-soignants et les agents de service hospitalier sont nettement plus âgés (57 % ont entre 40 et 60 ans).

Ces différentes études ont permis d'améliorer les connaissances sur les contraintes de travail qui s'exercent au sein du secteur hospitalier. Il ne s'agit pas ici de les présenter de manière exhaustive, mais de cibler celles qui mettent en évidence des effets délétères sur la santé et l'espérance de vie, en particulier dans le contexte de vieillissement de la population des travailleurs hospitaliers (Kranklader *et al.*, 2013). Nous nous intéressons ainsi à une facette de la pénibilité du travail qui renvoie, comme le soulignent Anne-Françoise Molinié et Serge Volkoff (2006:96), à un « ensemble d'astreintes nocives et potentiellement pathogènes tout au long de la vie professionnelle ». Ces astreintes sont, selon les études épidémiologiques, de trois ordres : les horaires décalés et le travail posté, les efforts

3. Sur cette question, le lecteur pourra se reporter entre autres à Acker (2005), Divay, Gadea (2008), Gheorghiu, Moatty (2005), Raveyre, Ughetto (2003).

physiques importants et l'exposition à un environnement de travail toxique (Lasfargues, 2005). Chacune de ces trois astreintes est surreprésentée au sein du secteur hospitalier et nous reprenons ici les résultats révélés par les enquêtes quantitatives mises en œuvre depuis le début des années 2000.

Les horaires décalés et le travail posté sont particulièrement répandus à l'hôpital dans la mesure où ils sont la condition pour un égal accès aux soins et leur continuité. Le travail de nuit ou le week-end, les gardes et astreintes en dehors des heures normales de travail sont une des spécificités des services hospitaliers. Ainsi, selon l'enquête COI-H, près de la moitié des personnels des établissements de santé publics et privés travaillent fréquemment le samedi ou le dimanche et près d'un salarié sur quatre travaille fréquemment la nuit (Cordier, 2009). Ces contraintes concernent plus particulièrement le personnel médical, les infirmiers et les aides-soignants et sont assez différentes d'un service à l'autre. Ce sont les personnels des services d'urgence, de réanimation ou de soins intensifs qui sont le plus soumis aux contraintes d'horaires décalés (travail de nuit, de week-end...). Le travail posté est également surreprésenté dans le secteur public hospitalier : selon l'enquête SUMER de 2010, près de 44 % des travailleurs de ce secteur sont concernés par le travail posté, contre 16 % tous secteurs d'activité confondus (Arnaudo *et al.*, 2013).

Les efforts physiques importants sont également plus fréquents à l'hôpital que dans les autres secteurs d'activité : les études réalisées à partir des données de l'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital de 2003 mettent en évidence une exposition particulièrement élevée des travailleurs de l'hôpital à quatre types de contraintes physiques : la position debout prolongée, le port de charges lourdes, la réalisation de mouvements douloureux et fatigants ainsi que les déplacements fréquents et longs. L'exposition aux deux dernières contraintes a en outre sensiblement augmenté entre 1998 et 2003 (Le Lan, Baubeau, 2004). Là encore, il existe des différences sensibles selon les professions, les aides-soignants étant les plus exposés (93 % d'entre eux étaient concernés par le déplacement de charges lourdes en 2003 au sein du secteur hospitalier public). L'exposition aux efforts physiques intenses semble toutefois s'être réduite à l'hôpital sur la période récente même si elle reste nettement surreprésentée dans ce secteur (Loquet, Ricroch, 2014).

Enfin, le thème des inconvénients de l'environnement de travail (sauté, insalubrité, bruits, température, lumière artificielle, risques infectieux...) est celui pour lequel les différences avec les autres établissements sont les plus marquées, comme le soulignent Romuald Le Lan et Dominique Baubeau (2004). L'ensemble des professionnels exerçant dans des établissements publics hospitaliers déclarent évoluer dans un environnement de travail moins favorable. Les données de l'enquête SUMER de 2010

révèlent également une surexposition prononcée des agents de la fonction publique hospitalière aux risques chimiques et biologiques (Arnaudo *et al.*, 2013). Trois quarts des salariés de la fonction publique hospitalière sont exposés aux risques biologiques, essentiellement à travers les contacts avec les patients. Ils sont également plus de la moitié à être exposés à au moins un produit chimique, alors qu'ils sont un tiers parmi l'ensemble des travailleurs, tous secteurs confondus. La surreprésentation est également marquée s'agissant de l'exposition simultanée à au moins trois agents chimiques : un travailleur de l'hôpital public sur quatre est concerné alors qu'ils sont 14 % pour l'ensemble des salariés.

Ces contraintes de travail s'exercent à l'hôpital alors que les rythmes de travail y sont particulièrement intenses et irréguliers. Les pics d'activité sont en effet une autre des particularités du secteur hospitalier. Ce sont les infirmiers du service public hospitalier qui y sont les plus confrontés de manière quotidienne (45 % contre 40 % dans le secteur privé). Les aides-soignants, quel que soit le secteur d'activité, sont 36 % à déclarer des pics d'activité quotidiens. 53 % des personnels du secteur sanitaire déclarant être soumis à des pics d'activité estiment que ceux-ci se sont accentués. *A contrario*, seuls 5 % estiment qu'ils se sont allégés.

L'irrégularité de la charge de travail peut être à l'origine d'une impossibilité d'y faire face. Pour 31 % des agents de l'ensemble du secteur, c'est le cas au moins une fois par semaine, pour 9 % c'est le cas tous les jours. Par ailleurs, il est difficile pour les agents de concilier les délais imposés et le respect des procédures de qualité. Pour 13 % des agents, il est fréquemment impossible de respecter la qualité et les délais. Pour 44 %, il est parfois impossible de concilier les deux. Quand l'arbitrage entre respect des délais et qualité est difficile, trois infirmiers sur dix et deux médecins sur dix déclarent sacrifier le respect des procédures (Cordier, 2009).

Ces contraintes de rythme sont plus soutenues quand les agents travaillent dans des établissements où ils font face à la montée de l'isolement et à l'appauvrissement des usagers (Le Lan, Baubeau, 2004). Les caractéristiques de la patientèle ont donc une répercussion sur les horaires et les rythmes de travail. Les établissements dans lesquels les salariés ressentent un accroissement des pics d'activité sont confrontés à une situation sociale défavorable : isolement grandissant de certains usagers, appauvrissement et précarisation de la population environnante. La spécificité de la patientèle nécessite la mobilisation d'un nombre croissant d'agents et un temps particulier. Dans ces établissements, des événements imprévus (crises sanitaires, épidémies...) se sont automatiquement traduits par des pics d'activité qui se sont répercutés sur le temps de travail.

II.2. Les apports de l'enquête Conditions de travail sur la connaissance des contraintes de rythme des salariés

Nous cherchons à mesurer la manière dont les réorganisations du secteur hospitalier évoquées plus haut ont pu se matérialiser sur les rythmes de travail imposés aux travailleurs du secteur hospitalier. Il ne s'agit pas ici de mesurer la productivité du travail au sein du secteur, car nous ne disposons pas des outils adaptés pour le faire – si l'on considère qu'il en existe –, et que notre objet n'est pas l'étude de la performance des hôpitaux. Nous nous intéressons aux conditions de travail des personnels hospitaliers et aux enjeux des réorganisations opérées dans ce secteur sur la santé de ces personnels. Le changement organisationnel, qui notamment s'accélère dans les établissements hospitaliers, nécessite une forme complexe d'apprentissage et d'ajustement qui contribue à accroître l'intensité du travail. À cela s'ajoute un cercle vicieux de l'urgence et de l'impréparation qui entrave la préparation de la tâche suivante qui devra être exécutée avec moins de ressources et donc plus d'intensité (Amossé, Gollac, 2008).

Nous nous appuyons pour cela sur les trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail (encadré 3), couvrant la période allant de 1998 à 2013. Cette enquête présente un triple avantage pour une telle analyse. D'abord, elle permet de disposer d'informations fines pour décrire les contraintes de travail auxquelles sont confrontés les salariés, en particulier les contraintes de rythme. Ensuite, l'enquête est menée tous les sept ans depuis la fin des années 1970, ce qui nous permet d'appréhender l'évolution des rythmes de travail sur les 15 dernières années. Enfin, l'enquête interroge une proportion importante de travailleurs du secteur hospitalier (tableau 2). Nous disposons ainsi d'un échantillon suffisant pour étudier l'évolution des contraintes de rythme sur le sous-échantillon des personnels du secteur hospitalier.

Nous proposons d'analyser l'évolution, depuis la fin des années 1990, des rythmes de travail au sein du secteur hospitalier. Ceux-ci constituent en effet une des principales dimensions de l'intensité du travail, elle-même étant assez difficile à appréhender. Comme le soulignent Thomas Amossé et Michel Gollac (2008), cette notion revêt en effet diverses acceptions selon le type d'organisation concernée : elle désigne le nombre d'opérations par unité de temps dans les organisations « tayloriennes », ou encore la relation entre les moyens et les objectifs dans les formes plus modernes d'organisation caractérisées par une forte autonomie des travailleurs. Nous proposons de l'appréhender, au moins de manière partielle, à travers les différentes contraintes qui pèsent sur les rythmes de travail (cadence d'une machine ou déplacement automatique d'un produit, normes ou délais à respecter, demandes extérieures du public, etc.), elles-mêmes sous-tendues par différentes logiques organisationnelles (Valeyre, 2001). Les questions

Encadré 3

Présentation de l'enquête Conditions de travail

L'enquête Conditions de travail est une enquête statistique, complémentaire à l'enquête Emploi, menée tous les sept ans par la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère du Travail et l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Elle offre des données de cadrage concernant les conditions de travail de l'ensemble de la population active occupée. Cette enquête permet de cerner au plus près le travail réel, c'est-à-dire tel qu'il est perçu par les salariés et non le travail prescrit, celui qui est décrit par l'entreprise ou l'employeur.

L'enquête Conditions de travail a été initialement menée en 1978 et la dernière édition est celle de 2013. Le questionnaire de l'enquête a profondément évolué dans le temps. D'abord focalisée sur l'univers industriel, notamment sur les contraintes liées aux machines, elle intègre progressivement des observations sur la charge cognitive (responsabilités, contraintes d'attention...), les marges de manœuvre (pouvoir de faire varier les délais...) et les risques psychosociaux. Depuis 2005, l'enquête approfondit également la question des injonctions paradoxales (Bué, Hamon-Cholet, 2006). L'édition 2013 comporte également un questionnaire auto-administré relatif à l'exposition aux risques psychosociaux et des questions relatives à l'état de santé (mini-module européen). Le tableau 1 propose une représentation synthétique des différents thèmes abordés par l'enquête Conditions de travail pour les cinq éditions disponibles.

Tableau 1. Les grandes familles de questions relatives aux conditions de travail – Évolution selon l'édition

Questions relatives...	1984	1991	1998	2005	2013
... aux horaires et à l'organisation du temps de travail	X	X	X	X	X
... à l'organisation du travail	X	X	X	X	X
... aux risques	X	X	X	X	X
... aux nuisances	X	X	X	X	X
... à la pénibilité du travail	X	X	X	X	X
... au contenu du travail		X	X	X	X
... à la charge mentale/stress/injonctions paradoxales		X	X	X	X
... à l'utilisation de machines/nouvelles technologies		X	X	X	X
... aux accidents du travail			X	X	X
... à la sécurité/santé au travail				X	X
... à l'état de santé					X
... aux risques psychosociaux					X

Source : résumé des auteurs.

Tableau 2. Effectifs interrogés pour chacune des éditions de l'enquête

	1984	1991	1998	2005	2013
Effectif total	17 637	20 929	21 380	18 789	33 673
Effectif « Activités hospitalières »	897	856	969	910	4 327
<i>Dont hôpitaux publics</i>	<i>712</i>	<i>650</i>	<i>727</i>	<i>521</i>	<i>2 760</i>

Champ : Actifs occupés.

Lecture : En 2013, sur les 33 673 personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Conditions de travail, 4 327 travaillent dans le secteur hospitalier dont 2 760 dans un hôpital public.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Éditions 1998, 2005 et 2013.

relatives à ces contraintes de rythme, présentes dans les différentes éditions de l'enquête Conditions de travail, ont permis, couplées à d'autres questions relatives à l'exigence physique du travail, de mettre en évidence une intensification du travail en France à partir du milieu des années 1980, tous secteurs d'activité confondus (Algava *et al.*, 2014). Nous nous concentrons ici sur le secteur hospitalier et analysons les réponses à la question ci-dessous entre 1998 et 2013.

« Votre rythme de travail vous est-il imposé par... ?

- Le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce ;
- la cadence automatique d'une machine ;
- d'autres contraintes techniques ;
- la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues ;
- des normes de production, ou des délais, à respecter en une heure au plus/en une journée au plus ;
- une demande extérieure (clients, public) obligeant à une réponse immédiate/n'obligeant pas à une réponse immédiate. »

Les cinq premières contraintes de travail sont généralement regroupées sous l'appellation de contraintes industrielles car elles cherchent à contrôler l'effort des salariés, alors que la dernière est considérée comme une contrainte marchande car dépendante d'une demande (Gollac, 2005).

III. Rythme et qualité du travail en tension à l'hôpital

L'analyse des réponses aux questions de l'enquête Conditions de travail met en évidence un renforcement des contraintes de rythme (III.1) qui nourrit chez les travailleurs hospitaliers un sentiment de qualité empêchée (III.2).

III.1. Des contraintes de rythme renforcées...

Les données de l'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail indiquent une exposition importante des travailleurs du secteur hospitalier à des contraintes de rythme (tableau 3). La contrainte de nature marchande – rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate – est naturellement celle qui s'exerce le plus fortement au sein du secteur. Plus de 70 % des personnels du secteur y sont en effet exposés. Mais les contraintes industrielles y sont également particulièrement fortes, notamment les normes de production et délais à respecter en une journée au plus qui concernent près de la moitié des travailleurs du secteur en 2013. La part des personnels du secteur hospitalier exposés à un rythme de travail imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis des collègues, des normes de production à satisfaire en une journée au plus, ou en une heure au plus, une demande extérieure ou encore d'autres contraintes techniques est désormais supérieure à celle observée pour l'ensemble des salariés de France métropolitaine (Algava *et al.*, 2014).

Tableau 3. Part des travailleurs du secteur hospitalier ayant un rythme de travail imposé par...

En %

... le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce	6,0
... la cadence automatique d'une machine	4,4
... d'autres contraintes techniques	19,5
... des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus	47,5
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues	42,2
... une demande extérieure – clients, publics – obligeant à une réponse immédiate	70,7

Champ : Ensemble des travailleurs du secteur hospitalier.

Lecture : En 2013, 47,5 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Édition 2013.

Ces résultats traduisent une aggravation de l'exposition à des contraintes de rythme durant les 15 dernières années (tableau 4). En effet, l'exploitation des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail (1998, 2005 et 2013) montre, sur la période d'observation, une augmentation sensible de l'exposition à l'ensemble des contraintes de rythme pour les travailleurs du secteur hospitalier, même en ne retenant que les travailleurs issus de l'échantillon principal en 2013 (dernière colonne du tableau 4).

En 1998, 79 % des travailleurs de l'hôpital étaient soumis à au moins une contrainte de rythme. Ils sont désormais 85 % dans ce cas en 2013, soit une augmentation de 8 % sur la période. L'augmentation concerne par ailleurs aussi bien le secteur hospitalier public que privé. Si l'on s'intéresse en détail

aux différentes contraintes de rythme auxquelles font face les travailleurs de l'hôpital, on observe une augmentation de la part des travailleurs ayant un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'une machine ou d'un produit ou encore par la cadence automatique d'une machine, même si cette contrainte de rythme reste très minoritaire au sein du secteur. En revanche, l'augmentation est beaucoup plus marquée s'agissant de l'exposition à un rythme imposé par des contraintes techniques, par des normes de production ou des délais à respecter en une journée ou encore par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un collègue.

Au total, 54 % des personnels de l'hôpital sont exposés à au moins une contrainte de rythme industrielle (*i.e.* subir un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'une pièce ou d'un produit, par la cadence d'une machine, d'autres contraintes techniques, ou encore par des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus), alors qu'ils étaient un peu plus de 40 % dans ce cas à la fin des années 1990 (tableau 4). L'augmentation est importante, de l'ordre de 31 % sur la période.

Tableau 4. Part des personnels du secteur hospitalier ayant un rythme de travail imposé par une contrainte industrielle de type...

En % (sauf *)

		1998	2005	2013	Dont 2013 – EP1
... la cadence automatique d'une machine	Public	2,9	3,1	4,1	5,2
	Privé	0,5	2,5	4,9	4,9
... d'autres contraintes techniques	Public	13,3	17,5	19,8	19,6
	Privé	12,4	11,5	18,9	16,7
... des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus	Public	37,2	39	47,5	43,7
	Privé	35,2	41,4	47,4	41,3
... des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus	Public	23,7	26,1	30,9	28,6
	Privé	23,8	28,2	32,2	27,1
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues	Public	37,4	39,4	43,9	44,2
	Privé	36,1	34,0	39,2	34,1
... une demande extérieure – clients, publics – obligeant à une réponse immédiate	Public	67	68,1	72,4	71,7
	Privé	62,9	67,4	67,7	61,9
Effectifs *	Ensemble	969	910	4 327	1 362

Champ : Ensemble des travailleurs du secteur hospitalier. La dernière colonne correspond aux travailleurs appartenant à l'échantillon principal.

Lecture : En 2013, 43,9 % des travailleurs du secteur hospitalier public déclarent avoir un rythme de travail imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un collègue, contre 39,2 % des travailleurs du secteur hospitalier privé.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Édition 2013.

Les personnels du secteur hospitalier sont également très majoritairement soumis à un rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate. La part des personnels concernés n'a cessé d'augmenter entre 1998 et 2013, pour le secteur public comme pour le secteur privé (tableau 4). La hausse est aussi importante dans le secteur public et privé (+8 %), et les travailleurs du secteur hospitalier public sont désormais 72 % à être soumis à une contrainte de rythme marchande, contre 68 % des travailleurs du secteur hospitalier privé.

Le secteur hospitalier semble donc avoir connu une nette augmentation de l'exposition aux contraintes de rythme. Plus de la moitié des salariés du secteur sont ainsi soumis à au moins une contrainte de nature industrielle et plus de deux salariés sur trois sont soumis à une contrainte de rythme marchande (tableau 5). En outre, près de la moitié des salariés du secteur sont exposés simultanément à au moins une contrainte industrielle et une contrainte marchande en 2013, alors qu'ils étaient un salarié sur trois en 1998. Enfin, un travailleur de l'hôpital sur trois voit son rythme de travail imposé simultanément par au moins trois contraintes en 2013, alors qu'ils étaient un peu plus d'un salarié sur cinq dans ce cas en 1998.

Tableau 5. Part des travailleurs du secteur hospitalier déclarant être exposés à au moins...

En %

	1998	2005	2013	Dont 2013 - EP
... 1 contrainte de rythme « industrielle »	41,5	45,8	54,3	50,5
... 1 contrainte de rythme « marchande »	66,1	67,9	70,7	68,4
... 1 contrainte industrielle et marchande	32,9	35,0	43,2	39,5
... 3 contraintes de rythme	22,4	24,7	32,0	30,3

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Lecture : En 2013, 54,3 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent être exposés à au moins une contrainte de rythme de type industriel.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Éditions 1998, 2005 et 2013.

Notons cependant ici que les résultats que nous obtenons à partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail sont contradictoires avec ceux mis en évidence par la confrontation des données des enquêtes Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003, COI-H 2006 et Conditions de travail 2013 (Loquet, Ricoch, 2014). Cette dernière fait en effet apparaître une diminution globale des contraintes de rythme entre 2003 et 2013. Or, nous observons au contraire une augmentation sensible, en particulier entre 2005 et 2013, de l'exposition à l'ensemble des contraintes de rythme dans le secteur hospitalier. Ces conclusions divergentes semblent essentiellement provenir de l'enquête Conditions et

organisation du travail à l'hôpital 2003 qui surévaluent nettement l'exposition aux contraintes de rythme par rapport à l'enquête Conditions de travail 2005. Par exemple, avoir son rythme de travail imposé par la dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues concernerait 47 % des travailleurs de l'hôpital en 2003 selon l'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital, contre 37 % en 2005 d'après l'enquête Conditions de travail. De même, 48 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital déclarent que leur rythme de travail est imposé par des normes de production à respecter en une heure, alors qu'ils sont 27 % dans l'enquête Conditions de travail. Ces niveaux d'exposition particulièrement élevés en 2003 conduisent de ce fait Julien Loquet et Layla Ricroch (2014) à apprécier une diminution des contraintes de rythme dix ans plus tard quand nous observons au contraire une aggravation de ces contraintes.

III.2. ... qui alimentent un sentiment de qualité empêchée

Le renforcement des contraintes sur les rythmes de travail amorcé à partir du début des années 2000 peut s'apprécier de manière plus qualitative, à travers la pression temporelle à laquelle sont soumis les travailleurs pour effectuer leurs tâches. À partir de l'enquête sur les changements organisationnels et l'informatisation dans le secteur hospitalier (COI-H), Marie Cordier (2009) analyse cette pression temporelle. L'enquête COI-H repose sur un dispositif couplé entreprise et salariés et a pour objectif de comprendre la manière dont les entreprises utilisent les instruments de gestion ainsi que les technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle permet donc d'évaluer les effets des changements dans l'organisation. Elle a été conçue à l'origine pour le secteur marchand (industrie, commerce, services...) et a été étendue à la fonction publique d'État ainsi qu'aux hôpitaux afin d'observer les changements organisationnels dans ces secteurs. L'enquête repose sur un échantillon de 800 établissements de santé (secteur public, privé non lucratif et privé lucratif). 1 400 personnes ont été interrogées : 9,4 % de médecins, 4,6 % de cadres de direction, 26,9 % d'infirmiers, 13,2 % d'autres professions intermédiaires, 18,8 % d'aides-soignants, 12,3 % d'agents de services, 11,1 % d'autres employés et 3,7 % d'ouvriers.

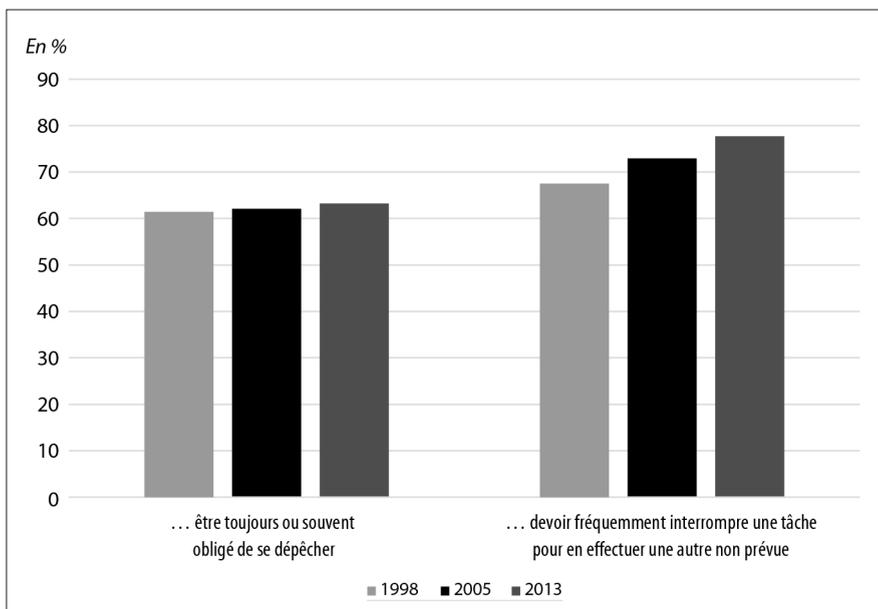
Entre 2003 et 2006, 46 % des salariés de la santé ont ressenti une pression temporelle plus importante (Cordier, 2009). En 2006, un tiers du personnel médical ou soignant déclare cumuler au moins trois types de contraintes. Le travail en urgence est la première de ces contraintes. En d'autres termes, il s'agit ici d'une demande émanant d'autres personnes et exigeant des réponses immédiates. C'est le cas pour 60 % des salariés. La deuxième contrainte est l'interdépendance des tâches. 51 % des

aides-soignants et infirmiers et 48 % des médecins déclarent que leur travail est fortement lié à celui d'autres collègues. Enfin, dernière contrainte, 47 % des infirmiers, 43 % des aides-soignants et 36 % des praticiens déclarent ne pas pouvoir interrompre leur travail pour une pause. À titre de comparaison, dans l'industrie, la construction ou le tertiaire, entre 15 et 25 % des employés ou ouvriers déclarent ne pas pouvoir interrompre momentanément leur travail.

À partir des données des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, on retrouve cette pression temporelle accrue. La part des travailleurs du secteur hospitalier déclarant être toujours ou souvent obligés de se dépêcher a augmenté de 3 % entre 1998 et 2013 (avec cependant une hausse de 22 % pour ceux déclarant « toujours ») et la part des personnels déclarant devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue a augmenté de 13 % sur la même période (graphique 1).

L'augmentation des contraintes sur le rythme de travail semble donc bien se traduire par un accroissement de la pression temporelle ressentie par les personnels du secteur hospitalier. Or, l'intensité excessive du travail

Graphique 1. Part des personnels du secteur hospitalier déclarant...



Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Lecture : En 2013, 78 % des travailleurs du secteur hospitalier déclarent devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue.

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Éditions 1998, 2005 et 2013.

peut générer un sentiment de qualité empêchée, c'est-à-dire le sentiment pour les salariés concernés de ne pas avoir les moyens de faire un travail de qualité (Gollac, Bodier, 2011). Comme le précise Pascale Molinier (2011:16), « devoir faire son travail avec des outils inappropriés, ou en prenant des risques pour sa sécurité, ou en bâclant par manque de temps » peut engendrer de la souffrance au travail et être lié statistiquement à des problèmes de santé (Molinié, Volkoff, 2000). S'il existe un lien entre nouvelles normes organisationnelles à l'hôpital, intensité du travail et risque de qualité empêchée, la souffrance au travail pourrait constituer un effet social pervers des réformes du secteur hospitalier visant à accroître la productivité du travail.

Comme le préconise le rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, il est possible d'appréhender le sentiment de qualité empêchée dans l'enquête Conditions de travail à partir de la réponse à la question suivante :

« Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ?

1. Oui
2. Non »

Les travailleurs du secteur hospitalier sont 37 % à répondre négativement à cette question en 2013, contre 32 % en 1998, soit une augmentation de 15 % sur la période.

Quels liens peut-on établir entre cette augmentation du sentiment de qualité empêchée et l'accroissement des contraintes de rythme auxquelles sont confrontés les travailleurs du secteur ? À partir des données 2013 de l'enquête Conditions de travail, il est possible d'analyser plus finement le lien statistique entre le sentiment de qualité empêchée et les contraintes de rythme imposées par les nouvelles normes organisationnelles. Par rapport aux précédentes éditions de l'enquête Conditions de travail, celle de 2013 présente en effet un atout majeur pour notre analyse : le sur-échantillonnage des travailleurs de la fonction publique et du secteur hospitalier. Ce sur-échantillonnage nous permet de disposer d'un effectif de 4327 personnes pour le secteur hospitalier, dont près des deux tiers travaillent à l'hôpital public (tableau 2).

Les données de l'enquête Conditions de travail étant par ailleurs associées à celles recueillies dans le cadre de l'enquête Emploi, nous disposons d'informations fines dans d'autres domaines que celui des conditions de travail. Nous pouvons ainsi mener une description assez précise du lien qui existe entre les contraintes de rythme qui ont été renforcées au cours des 15 dernières années et le sentiment de qualité empêchée en augmentation sur la période, toutes choses égales par ailleurs (encadré 4).

Encadré 4

Présentation de la méthode d'estimation du lien statistique entre « qualité empêchée » et contraintes de rythme

Nous proposons de décrire, à partir des données de l'édition 2013 de l'enquête Conditions de travail, la réponse à la question concernant la qualité empêchée. Nous estimons plus précisément l'équation suivante :

$$Q_i = \gamma R_i + \beta X_i + \varepsilon_i$$

avec $i = 1, \dots, N$ et ε_i désigne le terme d'erreur.

Q_i est une variable indicatrice valant 1 si l'individu i a répondu négativement à la question « Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ? », 0 sinon. Les contraintes de rythme sont notées R_i .

Les variables de contrôle que nous retenons, notées X_i , peuvent être classées en trois groupes :

- le premier résume les caractéristiques sociodémographiques des individus interrogés. Il intègre l'âge et le sexe, le statut marital, le niveau de diplôme ainsi que le pays de naissance ;
- le deuxième intègre des informations concernant les conditions d'emploi, en particulier le type de contrat (pérenne ou précaire), la profession, le secteur d'activité (public ou privé), le temps de travail (complet ou partiel) et enfin l'ancienneté dans l'entreprise ;
- le troisième concerne les autres contraintes de travail auxquelles peuvent être exposés les travailleurs du secteur hospitalier. Il s'agit principalement des contraintes physiques (posture debout prolongée, posture pénible prolongée, déplacements longs à pied, port de charges lourdes, secousses ou vibrations), des contraintes horaires (ne pas disposer de 48 heures de repos consécutives, travailler le samedi, le dimanche, la nuit) et des contraintes environnementales (saletés, humidité, courants d'air, risques infectieux, mauvais état des locaux, fumées et poussières).

Les résultats concernant ces variables de contrôle sont présentés en annexe dans le tableau 8.

Nous avons estimé deux modèles différents. Le premier, noté M1, mesure le lien entre le sentiment de qualité empêchée et le détail des différentes contraintes de rythme auxquelles sont confrontées les travailleurs. Le deuxième modèle, noté M2, présente une mesure du lien entre la qualité empêchée et les deux grandes familles de contraintes de rythme, marchande et industrielle.

Les coefficients estimés à partir de ces différents modèles permettent d'identifier les contraintes de rythme pour lesquelles le sentiment de qualité empêchée est significativement (au sens statistique) plus élevée (voir note du tableau 6).

On peut ainsi constater, à partir des résultats présentés (tableau 6), que les contraintes de rythme sont positivement associées au sentiment exprimé par les travailleurs de qualité empêchée. Ce sont les contraintes de rythme industrielles qui sont les plus fortement associées à la

probabilité de déclarer ne pas disposer de temps suffisant pour faire un travail de qualité, toutes choses égales par ailleurs. Et parmi les contraintes industrielles, avoir son rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter augmente le plus sensiblement la probabilité de déclarer ne pas disposer d'un temps suffisant pour faire son travail correctement. Or, comme nous l'avons constaté précédemment, cette contrainte de rythme est celle qui a le plus fortement augmenté au cours des 15 dernières années, pour les travailleurs du secteur hospitalier public comme pour ceux du secteur privé, en particulier entre 2005 et 2013.

Tableau 6. Facteurs expliquant la probabilité de déclarer ne pas disposer d'un temps suffisant pour faire son travail correctement (modèles probit)

	M1	M2
Rythme de travail imposé par...		
... le déplacement automatique produit/pièce	ns	
... la cadence automatique d'une machine	ns	
... d'autres contraintes techniques	0,11**(0,05)	
... des normes de production ou délais à respecter	0,29***(0,04)	
... une demande extérieure (public, client)	0,15***(0,05)	
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail des collègues	0,12***(0,04)	
Au moins une contrainte de rythme marchande		0,18***(0,05)
Au moins une contrainte de rythme industrielle		0,30***(0,04)

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Note : La spécification comprend également un ensemble de variables décrivant les caractéristiques socio-démographiques des individus, leurs conditions d'emploi et de travail. Les paramètres estimés associés à ces caractéristiques sont disponibles en annexe dans le tableau 8. Le coefficient est significatif au seuil de : *** 1 %, ** 5 %, * 10 %. Écart-types entre parenthèses.

Lecture : Les coefficients positifs indiquent que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement plus enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement, toutes choses égales par ailleurs. Les coefficients négatifs indiquent au contraire que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement moins enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement, toutes choses égales par ailleurs. Les paramètres associés aux contraintes de rythme pour lesquelles il n'y a pas de différence significative de réponse à la question « Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ? » sont notés « ns » (pour « non significativement différents de zéro »).

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFF, Drees, Insee – Édition 2013.

Avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais de production en une journée au plus constitue une contrainte de rythme dont le renforcement très net depuis le milieu des années 2000 peut être interprété comme un indice d'aggravation de la pression temporelle exercée sur les travailleurs du secteur hospitalier. Cette pression temporelle accrue, dans un environnement de travail par ailleurs très exigeant physiquement et psychologiquement, constitue un triple risque supplémentaire pour les travailleurs du secteur.

En s'ajoutant à une contrainte de rythme « marchande » inhérente au secteur, le renforcement des contraintes de rythme industrielles sont sources de risques accrus pour les travailleurs de l'hôpital, notamment en termes d'accidents du travail (Gollac, 2005). Par ailleurs, dans un contexte de vieillissement des personnels de l'hôpital et en particulier de ceux dont les conditions de travail sont les plus pénibles (encadré 2), une pression temporelle accrue peut avoir des conséquences sur leur santé (Mardon, Volkoff, 2008). Enfin, le sentiment de qualité empêchée généré au moins en partie par l'accroissement des contraintes de rythme industrielles est susceptible d'accroître les risques sur la santé des travailleurs de l'hôpital. Même s'il existe très peu d'études établissant un lien statistique entre sentiment de qualité empêchée et problèmes de santé, on peut *a minima* faire l'hypothèse, à l'instar de Johann Petit et Bernard Dugué (2013:2), « qu'empêcher un opérateur de faire un travail jugé de qualité a des répercussions sur sa santé ». Cela est d'autant plus vraisemblable que les contraintes de rythme industrielles et en particulier le rythme imposé par des normes de production ou des délais sont positivement associés à la probabilité de déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses que l'on désapprouve (tableau 7), renforçant ainsi l'idée d'un conflit de valeur grandissant au sein du secteur hospitalier.

Tableau 7. Facteurs expliquant la probabilité de déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses que l'on désapprouve (modèles probit)

	M1	M2
Rythme de travail imposé par...		
... le déplacement automatique produit/pièce	ns	
... la cadence automatique d'une machine	ns	
... d'autres contraintes techniques	ns	
... des normes de production ou délais à respecter	0,20*** (0,06)	
... une demande extérieure (public, client)	ns	
... la dépendance immédiate vis-à-vis du travail des collègues	ns	
Au moins une contrainte de rythme marchande		0,15*** (0,06))
Au moins une contrainte de rythme industrielle		ns

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Note : La spécification comprend également un ensemble de variables décrivant les caractéristiques socio-démographiques des individus, leurs conditions d'emploi et de travail. Le coefficient est significatif au seuil de : ***1 %, ** 5 %, * 10 %. Écart-types entre parenthèses.

Lecture : Les coefficients positifs indiquent que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement plus enclines à déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les coefficients négatifs indiquent au contraire que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement moins enclines à déclarer devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les paramètres associés aux contraintes de rythme pour lesquelles il n'y a pas de différence significative de réponse à la question à la question d'intérêt sont notés « ns » (pour « non significativement différents de zéro »).

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFP, Drees, Insee – Édition 2013.

Conclusion

Le secteur hospitalier est l'objet de nombreuses réformes depuis le début des années 1990, visant essentiellement à réduire ses coûts. Une des plus importantes réformes a eu lieu en 2003 à travers la mise en place d'une tarification à l'activité qui simule les mécanismes de prix. Elle est ainsi supposée inciter les hôpitaux à fournir des soins à moindre coût, par l'introduction d'un mécanisme de concurrence par comparaison (*yardstick competition*) entre les établissements.

Du point de vue de l'accès aux soins et de leur qualité, la littérature économique, en prenant appui sur les diverses expériences étrangères, a mis en évidence les risques associés à ce mode de rémunération : sélection des patients (Silverman, Skinner, 2004), l'hôpital ayant intérêt à garder les malades ayant un coût faible et à se séparer des malades coûteux ; baisse de la qualité des soins en raison de la sortie prématurée des malades dans la mesure où le prix est déconnecté de la durée d'hospitalisation (Newhouse, 2003) ; recentrage de l'activité des établissements autour des spécialités financièrement intéressantes et suppression des activités non rentables (Scanlon, 2006). Du point de vue de l'organisation interne, ce nouveau mode de financement aboutit à une rationalisation forte de l'activité au sein des hôpitaux et se traduit par la mise en œuvre de techniques de management directement inspirées du secteur privé (Domin, 2015).

Nous avons pu constater qu'elle s'est également accompagnée d'une intensification du travail au sein du secteur, par un renforcement des contraintes de rythme industrielles, alors que les contraintes de rythme marchandes n'ont pas faibli, au contraire. L'accroissement des contraintes de rythme a pu contribuer à renforcer la pression temporelle qui s'exerce sur les personnels du secteur et ce faisant participer à la détérioration de la perception que ceux-ci ont de leur travail en alimentant un sentiment de qualité empêchée. Cette pression temporelle accrue fait par conséquent peser sur les travailleurs de l'hôpital des risques supplémentaires pour leur santé.

Références bibliographiques

- Acker F. (2005), « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1, p. 161-181, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-161.htm>.
- Algava E., Davie E., Loquet J., Vinck L. (2014), « Conditions de travail. Reprise de l'intensification du travail chez les salariés », *Dares Analyses*, n° 049, <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2014-049.pdf>.
- Amossé T., Gollac M. (2008), « Intensité du travail et mobilité professionnelle », *Travail et Emploi*, n° 113, p. 59-73, <https://travailemloi.revues.org/2307>.
- Arnaudo B., Léonard M., Sandret N., Cavet M., Coutrot T., Rivalin R., Thierus L. (2013), « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », *Dares Analyses*, n° 010, <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/15618/1/2013-010.pdf>.
- Balsan D. (2002), « Le coût unitaire de l'activité hospitalière publique en 1997 : le poids des déterminants régionaux », *Revue française d'économie*, vol. 17, n° 2, p. 101-115, http://www.persee.fr/doc/rfec0_0769-0479_2002_num_17_2_1462.
- Belorgey N. (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.
- Bué J., Hamon-Cholet S. (2006), « Présentation des enquêtes sur les conditions de travail menées en France depuis 1978 », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 5, n° 2, p. 139-142, http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2006_num_5_2_1133.
- Castel P., Dalgalarondo S. (2005), « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales », *Sciences sociales et Santé*, vol. 23, n° 4, p. 5-40, http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2005_num_23_4_1663.
- Cordier M. (2009), « L'organisation du travail à l'hôpital : évolutions récentes », *Études et Résultats*, n° 709, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er709.pdf>.
- Cruchant L. (1998), *La Qualité*, Paris, Puf.
- Divay S., Gadea C. (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128, p. 677-687, <https://doi.org/10.3917/rfap.128.0677>.
- Domin J.-P. (2006), « La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins ? », *Journal d'économie médicale*, vol. 24, n° 7-8, p. 427-438.
- Domin J.-P. (2013), *Une histoire économique de l'hôpital, XIX^e-XX^e siècles. Une analyse rétrospective du développement hospitalier*, vol. 2 (1946-2009), Paris, Comité d'histoire de la Sécurité sociale.
- Domin J.-P. (2015), « Réformer l'hôpital comme une entreprise : les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation*, n° 17, 1^{er} semestre, <https://regulation.revues.org/11293>.
- Dormont B., Milcent C. (2012), « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », *Économie et Statistique*, n° 455-456, p. 143-173, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377738?sommaire=1377742>.

- Douguet F., Munoz J., Leboul D. (2005), « Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants », *Document de travail*, n° 48, Drees, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf>.
- Dumesnil J. (2011), *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Puf.
- Estryn-Behar M. (2008), *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Gheorghiu M. D., Moatty F. (2005), « Les conditions de travail en équipe », *Document de travail*, n° 43, Centre d'études de l'emploi.
- Gheorghiu M. D., Moatty F. (2013), *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Paris, Liaisons sociales.
- Gollac M. (2005), « L'intensité du travail. Formes et effets », *Revue économique*, vol. 56, n° 2, p. 195-216, <https://doi.org/10.3917/reco.562.0195>.
- Gollac M., Bodier M. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Paris, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, <http://www.citeulike.org/group/15193/article/9302053>.
- Henriet D. (2002), « Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France », *Dossiers Solidarité et Santé*, hors-série, p. 21-27.
- Kranklader E., Minodier C., Fourcade N. (2013), « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études et Résultats*, n° 846, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er846.pdf>.
- Lamy S., De Gaudemaris R., Sobaszek A., Caroly S., Descatha A., Lang T. (2013), « Améliorer les conditions de travail à l'hôpital : ORSOSA, de la démarche de recherche à l'action de prévention », *Santé publique*, vol. 25, n° 4, p. 389-397, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-389.htm>.
- Lasfargues G. (2005), « Départs en retraite et "travaux pénibles". L'usage des connaissances scientifiques sur le travail et ses risques à long terme pour la santé », *Rapport de recherche*, n° 19, Centre d'études de l'emploi, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000622.pdf>.
- Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A. (2013), « 60 années de dépenses de santé. Une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er831.pdf>.
- Le Lan R., Baubeau D. (2004), « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Études et Résultats*, n° 335, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er335.pdf>.
- Loquet J., Ricroch L. (2014), « Les conditions de travail dans les établissements de santé », in Boisguérin B., Brilhault G. (eds.), *Le panorama des établissements de santé - édition 2014*, Paris, Drees, p. 9-30, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>.
- Mardon C., Volkoff S. (2008), « Les salariés âgés face au travail "sous pression" », *Connaissance de l'emploi*, n° 52.
- Molinié A.-F., Volkoff S. (2000), « Intensité du travail et santé dans un organisme administratif : une enquête statistique à l'Agence nationale pour l'emploi », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé (Pistes)*, vol. 2, n° 1, <https://doi.org/10.4000/pistes.3828>.

- Moliné A.-F., Volkoff S. (2006), « Fins de vie active et pénibilités du travail », in L'Horty Y. (dir.), *La qualité de l'emploi*, Paris, Puf, p. 95-104.
- Molinier P. (2011), « Les approches cliniques du travail, un débat en souffrance », *Sociologie du travail*, vol. 53, n° 1, p. 14-21.
- Mougeot M. (2000), « La tarification hospitalière : de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison », *Annales d'économie et de statistique*, n° 58, p. 195-213, <https://annals.ensae.fr/wp-content/uploads/pdf/n58/vol58-09.pdf>.
- Newhouse J.P. (2003), « Reimbursing for Health Care Services », *Économie publique*, n° 13, p. 3-31, <http://economiepublique.revues.org/259>.
- Ogien A. (2000a), « La volonté de quantifier. Conceptions de la mesure de l'activité médicale », *Annales Histoire, Sciences sociales*, vol. 55, n° 2, p. 283-312, http://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_2000_num_55_2_279847.
- Ogien A. (2000b), « Médecine, santé et gestion. Le travail de l'information médicale », in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, p. 133-148.
- Petit J., Dugué B. (2013), « Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 15, n° 2, p. 1-18, <https://doi.org/10.4000/pistes.3419>.
- Raveyre M., Ughetto P. (2003), « Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des Affaires sociales*, n° 3, p. 95-119, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2003-3-page-95.htm>.
- Scanlon W.J. (2006), « The Future of Medicare Hospital Payment. Modest Proposals in Light of Medicare's Fiscal Challenges », *Health Affairs*, vol. 25, n° 1, p. 70-80, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.1.70>.
- Silverman E., Skinner J. (2004), « Medicare Upcoding and Hospital Ownership », *Journal of Health Economics*, vol. 23, n° 2, p. 369-389, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2003.09.007>.
- Studer N. (2012), « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », *Économie et Statistique*, n° 455-456, p. 175-202, http://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2012_num_455_1_10022.
- Valeyre A. (2001), « Le travail industriel sous la pression du temps », *Travail et Emploi*, n° 86, p. 127-149, http://travail-emploi.gouv.fr/publications/Revue_Travail-et-Emploi/pdf/86_1438.pdf.
- Yilmaz E., Frikha S. (2012), « Les hôpitaux ont amélioré leur efficacité entre 2003 et 2009 », in Boisguérin B., Minodier C. (dir.), *Le panorama des établissements de santé*, Paris, Drees, p. 51-65.

Annexe

**Tableau 8. Coefficients estimés associés aux variables de contrôle X_i
(modèles probit)**

	M1	M2
Sexe		
Femme	0,23*** (0,06)	0,23*** (0,05)
Homme	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Situation maritale		
Vit seul-e	- 0,08** (0,05)	- 0,09** (0,05)
Vit en couple	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Âge		
15-24 ans	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
25-49 ans	ns	ns
50 ans et plus	ns	ns
Pays de naissance		
France	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Étranger	ns	ns
Niveau de diplôme		
Aucun diplôme ou CEP	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Brevet des collèges	ns	ns
CAP, BEP ou autre diplôme de ce niveau	ns	ns
Baccalauréat ou brevet professionnel	ns	ns
Baccalauréat + 2 ans	0,31*** (0,12)	0,32*** (0,11)
Baccalauréat + 3 ans et supérieur	0,32*** (0,12)	0,33*** (0,12)
Statut		
Hôpital public	ns	ns
Secteur privé	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Profession		
Médecins	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Infirmiers	ns	ns
Aides-soignants	ns	ns
Autres soignants	ns	ns
Autres professions non soignantes	ns	ns

Temps de travail		
Temps partiel	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Temps complet	0,11** (0,05)	0,11** (0,05)
Type de contrat		
Contrat stable	0,16* (0,09)	0,17* (0,09)
Contrat temporaire	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
Pas de contrat	ns	ns
Contraintes horaires		
Ne pas disposer de 48 heures consécutives de repos	0,37*** (0,05)	0,37*** (0,05)
Travailler le samedi	ns	ns
Travailler le dimanche	ns	ns
Travailler de nuit	- 0,10** (0,05)	- 0,11** (0,05)
Contraintes physiques		
Rester longtemps debout	-0,11* (0,06)	ns
Rester longtemps dans une posture pénible	0,17*** (0,04)	0,18*** (0,04)
Effectuer des déplacements longs à pied	0,25*** (0,05)	0,25*** (0,05)
Porter ou déplacer des charges lourdes	0,13** (0,06)	0,15** (0,06)
Subir des secousses ou des vibrations	ns	ns
Environnement de travail		
Saletés	ns	ns
Humidité	ns	ns
Courants d'air	0,09* (0,05)	0,10** (0,05)
Risque infectieux	ns	ns
Mauvais état des locaux	ns	ns
Fumées ou poussières	ns	ns

Champ : Travailleurs du secteur hospitalier.

Note : Le coefficient est significatif au seuil de : ***1 %, **5 %, *10 %. Écart-types entre parenthèses.

Lecture : Les coefficients positifs indiquent que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement plus enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement/devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les coefficients négatifs indiquent au contraire que les personnes soumises à la contrainte de rythme correspondante sont significativement moins enclines à déclarer ne pas disposer du temps suffisant pour faire leur travail correctement/devoir faire toujours ou souvent des choses qu'elles désapprouvent, toutes choses égales par ailleurs. Les paramètres associés aux contraintes de rythme pour lesquelles il n'y a pas de différence significative à la question d'intérêt sont notés « ns » (pour « non significativement différents de zéro »).

Source : Enquêtes Conditions de travail – ministère du Travail, Dares, DGAFF, Drees, Insee – Édition 2013.

De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social

Annie DUSSUET, Laura NIRELLO et Emmanuelle PUISSANT¹

Les politiques publiques gérontologiques se sont succédé depuis les années 1980, oscillant entre politiques sociales et médico-sociales, et politiques de l'emploi. Depuis deux décennies, mais avec une nette accélération depuis les années 2000, ces politiques publiques, intervenant aussi bien dans le champ de l'hébergement que dans celui du domicile, se caractérisent par un changement de référentiel : le référentiel industriel de ces secteurs tertiaires, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118), est désormais affiché au niveau politique national. Il s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des services et du travail, aussi bien dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que dans les organisations d'aide à domicile ; la rationalisation étant perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses publiques. L'article s'attache à analyser les répercussions de cette rationalisation sur les conditions de travail des salariées qui se dégradent.

Le domaine de la prise en charge de la dépendance en France est aujourd'hui en mutation, les prévisions de doublement du nombre de la population dépendante pour 2060 (Drees, 2013) appellent les pouvoirs publics à en modifier l'organisation. Les réformes se succèdent, que ce soit dans les structures d'hébergement ou dans l'aide à domicile (AD), la dernière en date étant la loi du 28 décembre 2015 sur l'Adaptation de la société

1. Annie Dussuet est maîtresse de conférences en sociologie, Université de Nantes, CENS ; Laura Nirello est post-doctorante, Université de Lille 1, Clersé ; Emmanuelle Puissant est maîtresse de conférences en économie, Université de Grenoble-Alpes, Creg.

au vieillissement. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), créés en 1997, ont connu des changements organisationnels, avec la création d'une nouvelle autorité de tarification en 2010, les agences régionales de santé (ARS). Ils ont aussi connu une refonte des modes de financement publics. Du côté de l'AD, les politiques publiques se succèdent depuis les années 1980 : politiques sociales, de l'emploi, fiscales, de la concurrence, etc. sont autant de politiques poursuivant des objectifs différents voire contradictoires (Devetter *et al.*, 2009), oscillant entre reconnaissance des qualifications (Dussuet, Puissant, 2015) et « industrialisation » du secteur (Cahuc, Debonneuil, 2004). Si les modes de régulation des Ehpad et de l'AD sont différents, ils présentent néanmoins un point commun important : un fort mouvement vers une industrialisation des activités, visant à rationaliser l'organisation des services et du travail, dans un objectif affiché de « maîtrise » des dépenses publiques. Ce mouvement se répercute fortement sur les conditions d'emploi et de travail.

L'objet de cet article est précisément de questionner l'évolution des politiques publiques dans le champ des personnes âgées aussi bien à domicile qu'en hébergement, en essayant de comprendre leur impact sur les conditions de travail. Nous ne traiterons pas ici directement la question des conditions d'emploi déjà abordée dans d'autres travaux (Lefebvre, 2012 ; Nirello, 2015), mais nous nous concentrons sur les conditions dans lesquelles le travail s'effectue concrètement au quotidien. Nous faisons l'hypothèse que le processus de rationalisation de l'activité dans l'aide à domicile et dans les Ehpad, fortement incité par les pouvoirs publics dans un objectif affiché de maîtrise des dépenses, conduit à une détérioration des conditions de travail. Ainsi, l'enjeu de cet article est double : (1) caractériser le lien de causalité entre les politiques publiques et les modalités de rationalisation de l'activité en Ehpad et à domicile, et (2) montrer dans quelle mesure cette rationalisation affecte les conditions de travail.

Cet article repose principalement sur une enquête de terrain réalisée dans le cadre d'un programme de recherche, intitulé : « Les salariées du secteur associatif : des conditions de travail et des relations de services spécifiques », coordonné par François-Xavier Devetter². Ce projet a regroupé dix chercheurs de six laboratoires de recherche différents et a abouti à la rédaction d'un rapport (Devetter *et al.*, 2017). Mis en place dans le cadre d'une réponse à un appel d'offres de la Dares, il comportait deux dimensions : une première, quantitative, avec une exploitation de l'enquête « Conditions de travail 2013 », et une seconde, qualitative, à partir d'entretiens réalisés avec des salariées des secteurs associatif, public et lucratif. C'est surtout de ce volet qualitatif, et de ses 46 entretiens semi-directifs

2. Chercheur au Clersé, Université Lille 1.

réalisés auprès d'acteurs du secteur non lucratif (encadré) dans le domaine des Ehpad et dans l'aide à domicile, que le présent article est issu.

Dans une première partie, nous retraçons l'évolution des politiques publiques dans le champ des personnes âgées et nous montrons qu'elles ont visé une rationalisation du service et du travail dans les organisations (I). Dans une seconde partie, nous montrons que cette rationalisation détériore les conditions de travail (II).

Encadré

Choix du secteur non lucratif

46 entretiens ont été menés dans les domaines des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et de l'aide à domicile (AD). Des salariées ¹ et des employeurs ont été rencontrés dans le département de Loire-Atlantique pour les Ehpad et en Isère pour l'AD. Les entretiens seront mobilisés dans la seconde partie de l'article. L'originalité de notre enquête est ainsi de reposer sur deux secteurs d'activité qui ont connu des évolutions communes en termes de rationalisation.

Notre analyse se concentre sur les entretiens réalisés dans le secteur relevant de l'économie sociale (associations et mutuelles) et du secteur public, c'est-à-dire les structures dites sans but lucratif. Ce choix repose sur trois raisons principales. D'abord, même si les structures lucratives ont un poids de plus en plus important, les structures non lucratives regroupent la majorité des organisations et des salariées. Dans les Ehpad, selon l'enquête Ehpa (établissements pour personnes âgées), l'économie sociale regroupe 29,3 % des établissements et le secteur public 49 % (Drees, 2014). Dans l'AD, les associations emploient encore 56 % des salariées du domaine, contre 13 % pour le secteur public, selon l'enquête Emploi en continu pour l'année 2012. De plus, comme les organisations sans but lucratif sont les acteurs historiques du secteur, c'est en leur sein que l'on a pu rencontrer des salariées ayant le plus d'ancienneté dans le secteur, ce qui est central pour comprendre les transformations des conditions de travail. Enfin, les structures sans but lucratif, qu'il s'agisse des Ehpad ou des organisations d'AD, sont plus étroitement liées que les entreprises lucratives aux politiques budgétaires restrictives. Pour l'AD, cela s'explique par le fait que leurs usagers dépendent en plus grande part de financements publics dans l'accès aux services (les bénéficiaires de l'Apa ² représentent la partie la plus importante des usagers des structures sans but lucratif). Dans le cas des Ehpad, les tarifs sont moins élevés dans le secteur sans but lucratif, ce qui conduit à une baisse des marges de manœuvre financières et donc à une dépendance plus forte aux financements publics. Il convient également de souligner qu'un plus grand nombre de bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) séjourneront dans ces établissements.

1. Le féminin sera employé pour désigner les professionnels. 97 % des aides à domicile sont des femmes selon l'enquête Emploi 2012, et plus de 86 % des professionnels dans les Ehpad selon les déclarations annuelles de données sociales de 2010.

2. Allocation personnalisée d'autonomie.

I. Des politiques budgétaires gérontologiques restrictives conduisant à une rationalisation de l'organisation des services

Dans la prise en charge des personnes âgées, on peut noter un report de contraintes (Vatan, 2014) de l'État vers les autorités de tarification que sont les conseils départementaux pour l'aide à domicile, et les ARS et les conseils départementaux pour les Ehpad. Mais les contraintes se déplacent ensuite vers les organisations et leurs salariées.

Dans un premier temps, nous reviendrons sur l'évolution des 10 dernières années avec des politiques budgétaires de plus en plus restrictives, en montrant que sous couvert de la limitation des financements, c'est une rationalisation en profondeur des activités qui est menée (I.1). Dans un second temps, nous montrerons comment ces politiques ont accompagné l'élaboration et la mise en place d'outils de suivi et de contrôle de l'activité et du travail des salariées, accentuant encore leur rationalisation (I.2).

I.1. Une orientation commune des politiques publiques : industrialiser le secteur et rationaliser l'activité pour limiter les dépenses

Si les politiques publiques intervenant dans le champ des Ehpad et dans celui de l'AD sont distinctes, leurs évolutions vont globalement dans le même sens : l'industrialisation est recherchée, selon un objectif affiché de développement des activités (et corrélativement des emplois), tout en limitant les dépenses publiques. L'industrialisation est ici comprise comme « un processus au cours duquel une catégorie d'organisation n'appartenant pas au monde industriel tend à se rapprocher de ce dernier, au moins sur certains plans jugés significatifs » (Gadrey, 1994:167-168). Un des ressorts de cette industrialisation des services est la rationalisation industrielle des activités et du travail dans ces secteurs, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, *op. cit.* :118).

Changement de référentiel et industrialisation des secteurs

Les politiques publiques intervenant dans le domaine médico-social vont toutes dans la même direction : elles visent une industrialisation des activités, et plus globalement des secteurs concernés. La performance technique est mise en avant, que ce soit par les contrôles téléphoniques pour le domicile, par le suivi informatique des tâches en Ehpad ou encore par la recherche de normes productives (temps à effectuer par tâche par exemple). Plusieurs travaux ont déjà montré une tendance à la recherche de gains de productivité dans les services relationnels (Gadrey, 2003 ; Ughetto, 2013). Elle s'inscrit dans un changement de référentiel au sens de Muller (2011), s'appuyant sur une représentation des services plus proches de produits industriels que de services relationnels (Le Roy, Puissant, 2016).

Ces évolutions s'inscrivent dans la diffusion du nouveau management public, notamment caractérisé par une logique de rationalisation de type industriel, comprise comme un ensemble de « dispositifs, instruments, indicateurs et standards [qui] cherchent à réguler les pratiques administratives en proposant de mesurer la productivité, la “performance”, les “résultats”, et la “qualité” des réalisations » (Bezes, Musselin, 2015:135). Concrètement, elle marque l'avènement du chiffre dans le pilotage de l'action publique, caractéristique d'un régime de performance (Jany-Catrice, 2012).

Depuis la création des Ehpad en 1997, les politiques publiques vont dans le sens d'une injonction croissante à l'industrialisation. Une série de lois sont symptomatiques de cette évolution. Tout d'abord, la loi du 24 janvier 1997 (apparition du statut d'Ehpad) a mis en place un processus d'autorisation pour les créations d'établissements. Les financements publics ne dépendent alors plus du statut juridique de l'organisation mais du niveau de dépendance du public accueilli. Ensuite, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) intensifie la concurrence par la mise en place d'appels à projets conduisant à des regroupements de structures et à une homogénéisation progressive des prestations. À ces deux lois se sont ajoutées les différentes lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), en particulier celles de 2008 et de 2009. Elles modifient la manière de calculer les montants des financements publics, désormais élaborés à partir d'un état provisionnel des recettes et des dépenses et non plus sur la base des coûts de production passés ; des tarifs plafonds sont également créés pour harmoniser les dépenses entre les établissements.

Dans l'aide à domicile, ce changement de « référentiel » de l'action publique est particulièrement clair (Le Roy, Puissant, 2016) : c'est avec la loi Borloo de développement des services à la personne de 2005 que le référentiel industriel des services d'AD est le plus abouti.

Le rapport du Conseil d'analyse économique (CAE ; Cahuc, Debonneuil, 2004) à l'origine de cette loi s'appuie de façon explicite sur une approche standard et industrielle des « services à la personne » (SAP). Le rapport insiste sur « la montée en productivité des services, y compris des “services aux particuliers” où se trouve le seul véritable gisement d'emplois non qualifiés » (Cahuc, Debonneuil, *op. cit.*:8). Pour cela, la préconisation est claire : il faut aller vers une industrialisation du service permettant une production de masse. Cette industrialisation est appelée à s'appuyer sur les « nouvelles technologies de l'information et des télécommunications », dont l'« utilisation permet non seulement de rendre plus productifs les secteurs existants, mais aussi d'industrialiser et de faire se développer en services de masse ces nouveaux services aux particuliers, ce que n'avait pas pu faire la mécanisation. [...] Le mécanisme est tout à fait similaire à celui qui a fonctionné pour les ouvriers qui faisaient fonctionner les machines issues

de la mécanisation ; il devrait donc être possible de créer beaucoup d'emplois "peu qualifiés" sans avoir à les subventionner » (Cahuc, Debonneuil, *op. cit.*:8). Ainsi, les « grandes entreprises » sont appelées à se développer pour organiser l'offre, car elles seules « sont capables de financer les coûts fixes des plates-formes [de services] qui permettent l'accès à ces services et donc leur développement industriel ». L'évolution des dispositifs destinés au service d'aide à domicile met donc l'accent sur les capacités productives et le nombre d'emplois au sein du secteur. Ainsi, dans un objectif de création d'emplois, la loi Borloo vise une industrialisation du secteur avec l'objectif de gains de productivité permettant une production de masse de services aux particuliers.

Ainsi, qu'il s'agisse des Ehpad ou de l'AD, ce changement de référentiel politique se concrétise par la mise en œuvre d'outils et de dispositifs facilitant cette industrialisation, au service d'une mise en marché et d'une ouverture à la concurrence du secteur. Ce changement de référentiel se traduit par une évolution des modes de financement.

Ouverture à la concurrence et banalisation des activités

Dans le secteur de l'aide à domicile, la concurrence est autorisée depuis 1996, mais dans les faits, c'est surtout depuis la loi Borloo de 2005 que les entreprises lucratives se développent dans le secteur. Cette ouverture à la concurrence est à mettre en lien avec le référentiel industriel précédemment explicité. En effet, le dynamisme d'un marché, dans l'approche *mainstream*, repose sur une production de masse de produits homogènes, source de gains de productivité et de baisses des prix (Le Roy, Puissant, *op. cit.*). Dit autrement, l'industrialisation de ces activités de services est pensée et poursuivie dans le but de les mettre en marché. Dans les deux secteurs, l'objectif affiché de cette concurrence est double : diminuer les prix, tout en améliorant la qualité des services rendus. Dans les faits, elle conduit à une maîtrise des dépenses par les autorités de tarification ainsi qu'à une standardisation progressive des services proposés.

Si la concurrence dans le secteur de l'hébergement existe depuis de nombreuses années entre les structures lucratives et non lucratives, la loi du 24 janvier 1997 va la renforcer en remettant en cause les relations privilégiées entre les pouvoirs publics et les acteurs de l'économie sociale en particulier. En effet, la création du statut d'Ehpad permet l'accès de tous les types d'organisations aux financements publics. Le critère de la dépendance du public remplace alors celui du statut juridique de l'établissement. Ainsi, les structures lucratives peuvent au même titre que les Ehpad sans but lucratif accueillir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et sont soumises aux mêmes règles de financement public. Les organisations se retrouvent alors en concurrence dans le cadre de

procédures d'autorisation permettant la création de nouveaux Ehpad ainsi que leur extension. La loi HPST renforce ce mouvement par la création d'appels à projets. Ces derniers, émis par les ARS, mettent directement en concurrence les organisations, et un *numerus clausus* limite la création de nouvelles places. Ces appels à projets conduisent à une standardisation des organisations puisqu'ils définissent en amont les services que les organisations devront proposer, quel que soit leur statut juridique, et limitent le nombre de structures créées.

En ce qui concerne l'AD, la création du marché des services à la personne (SAP) donne à ce champ d'activité une existence en tant qu'ensemble d'activités supposées suffisamment homogènes pour pouvoir s'échanger et être règlementées sur un même marché. On assiste ainsi à une banalisation des activités d'aide à domicile, qui deviennent des activités marchandes, au même titre que l'assistance informatique à domicile ou le jardinage (Jany-Catrice, 2010). Dit autrement, les particularités de ces activités pourtant reconnues comme relevant du secteur social et médico-social depuis la loi du 2 janvier 2002, parce que réalisées auprès des publics dits fragiles, sont niées. C'est donc une nouvelle représentation des services d'AD qui est retenue, une image remodelée par rapport aux compromis construits par les acteurs historiques du secteur, fondés sur la relation d'usage (Dussuet, Puissant, 2012), comprise comme une relation de service en perpétuelle redéfinition entre les salariées et les usagers. Cette relation d'usage ne peut être totalement définie *ex ante*, puisque sa qualité repose notamment sur les possibilités d'ajustement continu aux besoins fluctuants des usagers. L'ouverture à la concurrence et l'industrialisation du secteur, *via* l'homogénéisation et la production de masse, apparaissent être les deux conditions pour « favoriser l'émergence d'une offre productive de nouveaux services marchands aux particuliers en levant les obstacles de toutes natures qui en freinent le développement de masse » (Cahuc, Debonneuil, 2004:8). Parmi les obstacles sont identifiées les réglementations sociales et médico-sociales de l'aide à domicile qui protégeaient ce segment d'activité de la concurrence. Un autre type d'obstacles mentionné est lié aux protections de l'emploi, à savoir au statut des personnels chargés de mettre en œuvre l'aide à domicile³. Les auteurs parlent du « poids négatif d'un coût élevé du travail peu qualifié sur l'emploi », de la « réglementation de la protection de l'emploi [qui] doit être adaptée », et appellent à « lever les barrières au développement du travail à temps partiel » (Cahuc, Debonneuil, *op. cit.*:9). Le lien est donc affirmé entre la mise en marché du secteur et les conditions d'emploi et de travail.

3. Dans le prolongement des travaux de Pierre Muller, le statut du personnel est l'un des deux éléments définissant une politique publique, l'autre étant la représentation précise du statut de l'aide à domicile dans la société moderne.

Dans le cadre de ce référentiel industriel national et de cette mise en marché des secteurs des Ehpad et de l'AD, les modes de financement des activités et des organisations se transforment ; ces transformations s'accompagnent d'un développement rapide d'indicateurs.

Évolution des modes de financement et développement d'indicateurs

L'ouverture à la concurrence des secteurs nécessite un changement de logique dans l'attribution des financements publics à des activités et des organisations, qu'il s'agisse d'Ehpad ou de structures d'AD. Les financements publics ne doivent en effet pas entraver le fonctionnement supposé concurrentiel des marchés ; ils sont ainsi de plus en plus soumis à des indicateurs censés égaliser les conditions de la concurrence.

Comme nous l'avons vu précédemment, la création du statut d'Ehpad a revu les modalités de financement public, désormais liées à des critères de dépendance et non de statut juridique. Suite à la loi du 24 janvier 1997, plusieurs décrets en 1999 et un décret en 2001 mettent en place un système de tarification ternaire des Ehpad avec trois volets : le soin, la dépendance et l'hébergement, chacun recouvrant des prestations différentes (L. 314-2 du Code de l'action sociale et des familles, CASF). Il est le produit de l'existence d'un financement pluriel, celui de l'Assurance maladie (soins) qui passe aujourd'hui par les agences régionales de santé (ARS), du Conseil départemental (dépendance) et du résident (ticket modérateur pour la dépendance ainsi que l'hébergement).

Cette tarification a connu des modifications à la fin des années 2000. Les LFSS de 2008 et de 2009 conduisent à un financement ne dépendant plus des coûts de production passés des établissements mais d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). La standardisation des activités est alors renforcée dans le cadre d'un processus de convergence tarifaire qui fixe, à l'aide des tarifs plafonds, la dotation considérée comme « normale » d'un établissement selon l'état de dépendance des personnes hébergées.

Ces évolutions ont mis au cœur du financement deux indicateurs : le Gir moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP). Le GMP est calculé à l'aide des groupes iso-ressources (Gir) des résidents. À son arrivée dans l'Ehpad, la dépendance de chaque personne est mesurée à partir de la grille Aggir (Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources), classant les individus du Gir 1 à 6, des plus dépendants aux moins dépendants. Le PMP mesure la charge en soins médicotéchniques des établissements, il correspond à la lourdeur en soins médicaux d'un malade moyen parmi la population de l'Ehpad. Ainsi ces deux indicateurs, au-delà de leurs objectifs informatifs et descriptifs, vont déterminer le montant des financements des volets soin et dépendance des établissements.

En ce qui concerne l'AD, une procédure d'autorisation a été prévue par la loi du 2 janvier 2002 dans le cadre de la reconnaissance de l'AD comme participant à l'action sociale et médico-sociale ; les organismes « autorisés » pouvaient ensuite être « tarifés ». Pour établir cette tarification, les conseils départementaux n'ont pas tous procédé de la même manière, mais la plupart de ceux que nous avons rencontrés ont essayé de tenir compte des coûts des organisations prestataires, et en particulier des frais de personnel, qui en représentent l'essentiel.

Toutefois, dans le calcul du temps rémunéré pour les interventions, la plupart des conseils départementaux distinguent le temps « productif », c'est-à-dire le temps passé à l'intérieur des domiciles des personnes aidées, du temps dit « improductif », c'est-à-dire l'ensemble des temps de déplacement entre les domiciles, de formation et de coordination. Des objectifs d'augmentation de la « productivité », soit du ratio « temps facturé aux utilisateurs/temps total rémunéré aux salariées », ont ainsi été assignés aux organisations, visant la diminution du coût du temps passé par les intervenantes hors domicile.

Ainsi, ces indicateurs de type industriel se développent rapidement dans les Ehpad et les structures d'AD. Ils reposent sur une vision marchande mais surtout industrielle du service, et ils impactent directement l'organisation du travail, qui connaît une nette rationalisation. Ces indicateurs se déclinent en effet au plus près du travail des salariées, comme l'atteste le développement de « référentiels qualité » (tant de temps pour repasser une chemise, pour réaliser une toilette, etc.), dans le cadre de certifications par les organismes agréés, ou encore dans le cadre de règles de tarification par les conseils départementaux ou les ARS. On assiste ainsi à un pilotage par des indicateurs de type industriel des activités sociales et médico-sociales à destination des personnes âgées dans leur domicile ou en établissements, se répercutant directement sur l'organisation du travail et corrélativement sur les conditions de travail des salariées.

1.2. Un pilotage de l'activité par les indicateurs

Il ne s'agit pas ici de se positionner en faveur ou à l'encontre de l'utilisation d'indicateurs chiffrés de quantification de l'activité. Mais l'analyse de l'utilisation de ces indicateurs chiffrés dans l'AD, et surtout dans les Ehpad, met en évidence des tendances lourdes qui concernent bon nombre d'activités de services (sanitaires, sociales, universitaires, etc.) : le pilotage de l'activité par les indicateurs. Dit autrement, « la gouvernance par les nombres vise à établir un ordre qui serait capable de s'auto-réguler » (Supiot, 2015:244), c'est-à-dire que l'objectif de l'activité, l'objectif du service réalisé, se réduirait à l'atteinte de ces indicateurs. Ainsi, le pilotage de l'activité par les indicateurs signifie que la finalité sociale et humaine d'un

service s'adressant à un public fragile, telle que le mieux-être des usagers, la rupture de l'isolement, le lien social, etc., s'effacerait et serait remplacée par l'atteinte d'objectifs tels qu'effectuer une toilette, réchauffer un repas, repasser une chemise, faire un lit, etc. « Dès lors, les agents concernés sont incités à satisfaire les indicateurs, indépendamment de l'amélioration réelle des services rendus » (Supiot, *op. cit.*:250). Ce pilotage impacte directement le travail des salariées, puisque ce qu'on attend d'elles est l'atteinte des objectifs, indépendamment des aléas de la relation de service : comment atteindre des objectifs déterminés *ex ante*, lorsque la situation de la personne s'est par exemple brusquement dégradée, rendant temporairement impossible la réalisation d'une toilette ? Le pilotage par les indicateurs transforme profondément la finalité de l'activité, du service, mais aussi la manière de concevoir le travail des salariées. Cela peut ainsi mener à des aberrations sur les lieux de travail, puisque « rabattre le jugement sur le calcul conduit à se couper progressivement de la complexité du réel, à substituer la carte au territoire » (Supiot, *op. cit.*:250), c'est-à-dire ici à substituer une juxtaposition d'indicateurs n'appréhendant qu'une partie de la réalité à la prise en compte de la situation globale et complexe d'une personne âgée.

Le pilotage par les indicateurs dans les Ehpad et l'AD : présentation

C'est dans les Ehpad que le pilotage par les indicateurs s'avère le plus abouti, et nous allons montrer dans quelle mesure il impacte le service à la fois par des conséquences sur les publics accueillis et sur la manière dont les professionnels doivent réaliser leur travail. Concernant l'AD, nous verrons que c'est principalement à travers une précision croissante des plans d'aide que la rationalisation de l'organisation des services et du travail s'opère.

Le Pathos moyen pondéré et le Gir moyen pondéré comme « instruments » de l'action publique dans les Ehpad

Dans les Ehpad, les deux indicateurs GMP et PMP sont devenus des outils de pilotage de l'action publique, des « instruments » au sens de Lascoumes et Le Galès (2005). Ce sont aujourd'hui des outils orientant la politique d'accueil des établissements et, en ce sens, des « instruments » permettant de « matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale » (Lascoumes, Le Galès, *op. cit.*:12). Comme tout instrument, ils sont porteurs de valeurs (Lascoumes, Le Galès, *op. cit.*:13) : dans le cas présent, le PMP et le GMP permettent la diffusion du référentiel industriel.

En effet, ils déterminent le montant des dotations publiques pour les volets soins et dépendance. Dans les Ehpad, ils sont au cœur de toutes les préoccupations. Lors de la signature des conventions tripartites avec les autorités de tarification, les organisations se fixent un niveau de GMP et de PMP qu'elles doivent respecter. Si ceux-ci sont inférieurs à ce qui était prévu, ils seront surdotés ; s'ils sont supérieurs, les moyens humains et

matériels ne seront pas suffisants, pouvant alors mettre les professionnels en difficulté. Dans ce cadre, les établissements se munissent de tableaux de bord avec une évolution du Gir de chaque résident au cours du temps et tendent à choisir les nouveaux entrants selon leur niveau de dépendance.

Les deux indicateurs sont ainsi vecteurs de la standardisation des activités. En effet, ils ont un impact sur les profils des publics accueillis. Ils accompagnent une logique de médicalisation des établissements, c'est-à-dire un développement des moyens humains et matériels réservé à l'accompagnement de personnes de plus en plus dépendantes. Les autorités de tarification vont, au travers des indicateurs, fixer des objectifs de GMP à atteindre, ce qui conduit à une standardisation progressive des publics accueillis et pousse les Ehpad vers l'accueil de la grande dépendance. De plus, les indicateurs standardisent également les tâches. Ils sont ainsi des instruments de rationalisation « industrielle » de l'activité, puisque les autorités de tarification fixent à la minute près le temps que doit passer chaque soignant auprès des patients selon les niveaux de Gir. C'est de cette manière que sont calculés les moyens humains auxquels chaque établissement a droit. Concrètement, au travers de ces indicateurs, les autorités de tarification exercent une évaluation des tâches en établissements et déterminent le travail des professionnels.

Des plans d'aide de plus en plus précis dans l'AD

Dans un souci de maîtrise des dépenses publiques, les départements incitent de plus en plus les organisations d'AD à rationaliser l'activité et le travail en leur sein, afin de dégager des gains de productivité. Si des différences importantes des modalités de mise en œuvre existent au niveau des départements (Devetter, Dussuet, Puissant, 2017), une tendance lourde se dégage : les modes de détermination des plans d'aide par les conseils départementaux tendent à une rationalisation accrue des activités.

Plusieurs enquêtes qualitatives menées dans différents départements montrent que les plans d'aide ont tendance à lister de plus en plus précisément les types de tâches à effectuer et à préciser le temps requis pour les réaliser. Ainsi, les interventions à la demi-heure, et même au quart d'heure se développent dans certains départements. Les modalités des plans d'aide se répercutent ainsi directement sur les plannings des salariées en termes d'amplitude de la journée de travail, de durée et de fractionnement des interventions, et de degré de précision des tâches à effectuer.

Les entretiens réalisés auprès des salariées du département de l'Isère ont notamment mis en évidence que, pour les personnes âgées, les interventions de deux heures sont devenues rares, et que les prescriptions de tâches sont de plus en plus précises. Si auparavant, les salariées pouvaient avoir un planning constitué d'interventions de deux heures, avec une

description large des tâches à effectuer (entretien, compagnie, promenade, etc.), ce n'est plus le cas aujourd'hui. Les interventions sont prévues pour une heure, une demi-heure ou même un quart d'heure pour des tâches précises d'« aide au repas », « aide à la toilette », « réfection du lit », etc.

Une conséquence : le développement d'outils de contrôle de l'activité

Cette tendance à l'industrialisation dans les Ehpad et dans l'aide à domicile s'accompagne d'une arrivée massive d'outils de gestion. En effet, on observe d'abord une multiplication des gérontechnologies notamment depuis la fin des années 1990. Ces dernières peuvent être définies comme l'ensemble des outils technologiques au service des personnes âgées et de leur autonomie, et font partie des technologies de l'information et de la communication (Veber, Morel, 2011:26). Certes, ces outils peuvent constituer parfois une aide directe pour les personnes âgées (par exemple, les systèmes de téléassistance), mais dans les entretiens réalisés, on note surtout l'émergence d'outils permettant le contrôle de gestion et le suivi de l'activité. Ce contrôle de l'activité se concentre principalement sur le temps affecté à chaque tâche (réaliser une toilette, faire un lit, nettoyer une pièce, etc.) : il s'agit d'augmenter les temps dits productifs, c'est-à-dire consacrés à la réalisation de tâches matérielles identifiées *ex ante*. L'usage de ces outils de contrôle du temps véhicule une vision industrielle du service : le temps de la relation sociale et humaine est considéré comme improductif, et donc ne devant pas être compté comme du temps de travail.

En Ehpad, l'ensemble des tâches sont retranscrites sur informatique. Ainsi les transmissions écrites entre les différentes équipes (matin/après-midi et soir) complètent et parfois remplacent les transmissions orales. L'informatisation s'inscrit dans le cadre de l'évolution des régulations publiques. La loi du 2 janvier 2002, dite loi 2002-2, de rénovation du secteur médico-social, ainsi que la loi du 4 mars 2002 dans le secteur sanitaire, renforcent le droit d'information des patients et la transparence dans le cadre de la mise en place d'un projet personnalisé pour chaque résident. Dans ce contexte, sont créés des dossiers patients uniques recensant l'ensemble des activités réalisées par les professionnels, les différents plans de soin (avec l'intervention des professionnels extérieurs comme les médecins) permettant de mesurer le Pathos (détaillant les besoins en soin selon les pathologies), l'évolution des niveaux de dépendance (Gir), mais aussi d'éventuels dossiers d'hospitalisation ou encore des déclarations de chutes. L'objectif visé est d'avoir une trace des actes réalisés permettant un transfert des informations et aussi un accès complet pour le résident et sa famille. Les informations générées sont telles que les Ehpad se dotent de divers logiciels pour enregistrer les données. Dans ce cadre, des outils sont mis en place pour que les

salariés puissent noter ces informations le plus rapidement possible (usage de tablettes, de zapettes, ou encore de montres connectées).

Les entretiens réalisés avec les aides à domicile montrent une généralisation de la télégestion. L'idée est de « pointer » à l'arrivée et au départ du domicile, soit en utilisant le téléphone des usagers (en composant un numéro spécial), soit en passant le *smartphone* des salariées sur un boîtier, placé chez les usagers. Seules deux associations parmi le panel des associations dont nous avons interrogé les salariées n'avaient pas mis ce type d'outils en place. Globalement, les salariées rencontrées ont été très critiques à l'égard de ce type d'outils, perçus comme une manière de contrôler leur activité, de réduire le temps passé avec les usagers, et surtout d'altérer la relation entre la salariée et l'usager. Pour ces salariées, ces outils transforment le travail en mettant en avant la contrainte temporelle. L'humain est relégué au second plan et les salariées vivent cette contrainte comme un contrôle en même temps qu'une dégradation de leur travail.

« Aujourd'hui, on a la pointeuse, on regarde l'heure et on n'a le temps de rien faire. Donc on n'a plus le temps de passer la main dans les cheveux à une dame, tu vois, de lui prendre sa main, des trucs comme ça. Et moi c'est ce qui me manque dans mon travail » (aide à domicile, association).

« Ils ont eu la bonne idée de nous mettre une pointeuse (rires). Et ça c'est terrible parce que ça coupe l'humain, je trouve que ça c'est du flicage pur et dur. C'est complètement idiot de mettre le pointage » (aide à domicile, association).

Dans l'aide à domicile comme dans les Ehpad, les outils de gestion sont ainsi omniprésents dans la vie des salariées. Ils produisent chez elles un sentiment d'être surveillées et de devoir « rendre des comptes » en permanence sur leurs activités.

« C'est très lourd ça, et de plus en plus, on passe de plus en plus de temps à prouver que l'on a travaillé qu'à travailler réellement » (infirmière, Ehpad).

« Par rapport à tout ce qui nous est demandé sur les recommandations, les préconisations, la réglementation, tout ce que j'appelle les "tions", on est un peu submergé de pas mal de choses et la gériatrie, c'est toujours le parent pauvre des services de soins » (cadre de santé, Ehpad).

« On est surcontrôlés sur tout. Ce qui n'était pas du tout le cas avant. On doit tout marquer, tout tracer, et ça nous demande énormément de travail. On passe notre vie devant un ordi, au lieu d'aller sur le terrain » (gouvernante, Ehpad).

Ainsi, les évolutions politiques nationales vont clairement dans le sens d'une industrialisation du secteur et des activités sociales et médico-sociales à destination des personnes âgées, qu'il s'agisse des Ehpad ou de l'AD. À travers une vision industrielle du service, elles favorisent dans les

structures une rationalisation de l'organisation des services et du travail. Cette rationalisation est considérée par les autorités de tarification comme une manière de réduire les fonds publics investis dans ces secteurs d'activité, l'idée étant que seuls les temps « productifs » de travail doivent être financés. Elle s'accompagne donc d'un contrôle de l'activité, et principalement du temps de travail des salariées. Cette volonté affichée de maîtrise des dépenses publiques par une rationalisation de l'organisation du travail se répercute directement sur les conditions dans lesquelles travaillent les salariées, et se manifeste par un sentiment important de la part des salariées d'une dégradation de leurs conditions de travail.

II. Une dégradation multidimensionnelle des conditions de travail

La dégradation des conditions de travail, qui découle des politiques publiques du secteur, porte principalement sur deux dimensions : celle des évolutions tangibles et mesurables de l'organisation du travail (intensification des rythmes de travail, augmentation des déplacements, morcellement des interventions, etc.) (II.1), mais aussi celle du ressenti (empêchement à la réalisation du travail « bien fait », perte du sens dans le travail réalisé, etc.) (II.2). Ces dégradations multidimensionnelles ont des répercussions importantes sur la santé des salariées (II.3).

II.1. Intensification du travail et morcellement de l'activité

L'augmentation de la charge de travail est omniprésente dans les organisations rencontrées pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la question du temps de travail est un enjeu majeur dans le secteur. En effet, les particularités de l'activité en elle-même et l'adaptation aux besoins des personnes conduisent à des horaires atypiques (horaires coupés le matin et le soir ; travail le week-end), et à une multiplication des temps partiels, en particulier dans l'aide à domicile (Barrois, Devetter, 2012).

Il faut alors ajouter à ces contraintes inhérentes à l'activité, d'une part le poids des restrictions budgétaires réduisant les moyens humains et matériels, d'autre part celui des outils de gestion qui alourdissent les tâches des salariées.

Un travail en sous-effectif

Les restrictions budgétaires conduisent à une baisse des moyens et parfois à un manque d'effectif. En Ehpad par exemple, le travail du week-end est souvent réalisé en sous-effectif.

« Au niveau de l'organisation, c'est plus sport [le week-end]. Il n'y a qu'une fille. Du coup, toutes les personnes qui nécessitent deux personnes pour les levers ne sont pas levées le dimanche. Mais bon, le fait d'être moins le week-end, c'est pareil en médecine » (infirmière, Ehpad).

À ce manque de personnel, il faut ajouter la multiplication des arrêts maladie, elle-même due à la dégradation des conditions de travail. Cela conduit alors les salariées à une obligation de disponibilité importante, questionnant la porosité entre travail et non-travail :

« Moi je pense qu'aujourd'hui il manque du personnel et on fait les bouche-trous. Aujourd'hui une fille, elle doit être disponible quand on l'appelle » (aide à domicile, association).

« On nous empêche d'avoir une vie de famille parce qu'on ne nous accorde plus nos arrangements entre collègues, on ne va plus être remplacé. Ça veut dire que si un jour il y en a deux qui manquent, moi, l'après-midi, je vais travailler toute seule pour 36 résidents. Ça devient un peu de la maltraitance » (aide-soignante, Ehpad).

« Donc sur ta vie personnelle, en fait ce qu'il se passait au début c'est que, quand on était en congé, quand on était malade, quand on était à l'hôpital, ils nous appelaient. Donc on s'est battu pour qu'ils arrêtent de le faire. Parce qu'ils avaient aussi nos numéros personnels donc on a dit stop parce que ça allait trop loin » (aide à domicile, association).

La volonté de contenir les dépenses publiques conduit à une baisse des moyens humains alors même que l'utilisation des outils de gestion à des fins de rationalisation entraîne une multiplication des tâches demandées aux salariés. Ces deux phénomènes provoquent une intensification du travail.

Des outils de gestion qui contribuent à intensifier le travail

L'utilisation d'outils de gestion et de mesure chiffrée de l'activité a diverses conséquences pour les salariées, mais la rationalisation des activités conduit à une évaluation du temps de travail à la minute près qui tend à augmenter les cadences.

La rationalisation de l'organisation du travail, passant notamment par l'instauration d'outils comme la télégestion ou l'informatisation, se manifeste par une pression supplémentaire en termes de nouvelles tâches à effectuer dans le même temps :

« Et puis, vraiment, tout noter ce que l'on fait. "J'ai fait ça parce que si..." ». Il faut tout justifier. Ce qui prend le temps c'est surtout le soir, parce qu'une fois qu'on a fini, il est 20 heures et normalement on finit à 20 heures 15 parce qu'on doit voir le personnel de nuit pour faire les transmissions. Mais à 20 heures, on est sur nos tablettes, donc on descend il est 20 heures 15 bien tassé pour voir les filles de nuit. Souvent, on part à 25-30. Avant, c'était 20 heures 15, quoi. Alors que là avec les tablettes et tout, à tout noter, on perd quand même un bon quart d'heure le soir à faire ça » (aide-soignant, Ehpad).

Face à l'objectif de rentabilité, le manque de temps est souligné par la majorité des salariées rencontrées. Plusieurs expliquent comment leur propre éthique renforce alors la pression :

« Il faut aller vite. C'est un fait partout. C'est sous pression, c'est moins une pression hiérarchique qu'une pression de soin. Si le soin n'est pas fait, c'est une maltraitance pour la personne âgée, la famille mais aussi vis-à-vis de la morale. Il y a une pression impressionnante sur le soin à faire, et surtout à faire bien. L'ambiance en pâtit. [...] En maison de retraite, la charge de travail est supérieure. Les personnes à l'hôpital ne se rendent pas compte de la charge de travail, surtout pour les aides-soignantes, c'est impressionnant. Il y a une vraie différence » (infirmier, Ehpad).

La contrainte temporelle induite par ces outils est aussi signalée comme un élément qui empêche les salariées de faire leur travail correctement, c'est-à-dire en adéquation avec leur propre conception du service : en prenant le temps pour la relation, en s'attardant pour un usager qui en aurait ponctuellement besoin, sans qu'il soit possible d'anticiper ce surplus de temps nécessaire.

« On fait pour le mieux, c'est tout, mais souvent nous sommes dépassées : avec leur demi-heure on ne peut pas tout faire, ce n'est pas possible. Non non. On ne peut pas. Dans la demi-heure, il faut qu'on assume le repas, qu'on assume les choses. Souvent s'il manque des choses, il faut aller vite courir acheter, quand ce n'est pas loin c'est bon mais quand c'est plus loin on ne peut pas. Et en plus dès que le temps arrive, qu'est-ce qu'on fait des gens ? » (aide à domicile, association).

« Oui c'est un peu la course, je pense que si on avait un petit peu plus de temps on pourrait être un petit peu plus proche des résidents. Je pense que c'est ça, c'est le côté, nous on a notre travail à faire et à côté, on peut être moins présent au niveau des résidents » (agent de service, Ehpad).

La multiplication du nombre de tâches à réaliser dans un temps réduit entraîne donc une intensification du travail, qui est redoublée par la fragmentation croissante de l'activité.

Conséquence de ces évolutions : une fragmentation croissante de l'activité

Dans les deux domaines d'activité, la fragmentation des interventions résulte d'une conception industrielle du service, qui serait décomposable en tâches élémentaires, disjointes les unes des autres et donc réalisables par des travailleurs distincts à des moments différents. Dans les Ehpad, la division des tâches entre les salariées (toilettes, repas, ménage) est présente depuis de nombreuses années, où elle traduit l'institutionnalisation d'une hiérarchie de qualifications, alors qu'elle est plus récente dans l'aide à domicile. Mais dans les deux cas, l'industrialisation se traduit à la fois par le raccourcissement des durées d'intervention et par la multiplication du

nombre d'interventions à réaliser par jour. Les plannings sont ainsi de plus en plus fragmentés, avec une pression temporelle croissante qui augmente les cadences de travail :

« Ce ne sont que des interventions d'une demi-heure. 45 minutes chez lui parce qu'il y a une grosse toilette et pour les repas c'est une demi-heure. Ce n'est que des 30 minutes, des 30 minutes, des 30 minutes. C'est la course. Trop d'heures, pas trop dans le travail. [...] Si on ne peut pas, si on est fatiguées, là on dit : "Là attendez, je ne peux plus, c'est bon on ne fait que ça". Non pas dans le travail en lui-même, mais trop d'heures, trop d'heures, des coupées, des pas coupées » (aide à domicile, association).

« Quand vous faites 12 toilettes le matin, ce n'est plus humain, c'est de la chaîne » (agent de service, Ehpad).

La spécificité de l'activité (être présent sept jours sur sept en particulier le matin et le soir) est largement invoquée pour justifier ces contraintes de rythme et de durée, mais elles résultent aussi largement des politiques d'organisation du travail imposées par la définition des temps productifs. Dans l'aide à domicile en particulier, cette définition exclut les déplacements entre les domiciles, accroissant la pression temporelle sur les intervenantes :

« On a un quart d'heure pour arriver chez les personnes. Donc aujourd'hui, mettons que je travaille sur mon secteur. Je fais mettons une demi-heure là-bas et après je cours sur l'autre côté. Et donc aujourd'hui, ils ne nous arrangent plus comme avant, donc avant on avait, on avait une personne. Des fois, je fais une personne d'un côté du secteur et je retourne après là-bas et après je retourne de l'autre côté. Voilà, et donc tu cours... » (aide à domicile, association).

« Donc ça a commencé par une toilette au lit, plus petit-déjeuner. Tout ça en une demi-heure. Ensuite... j'ai eu... une autre dame. Là c'était surtout pour toilette et ménage. Donc là ça a pris 2 heures si je ne me trompe... non 1 heure 30 ! Oui hier ça été très long. J'ai terminé à 1 heure de l'après-midi. Ramener les clés parce que la collègue qui doit y repasser le soir en a besoin. Et j'ai repris à 2 heures de l'après-midi. Oh hier je n'ai pas mangé, comme hier je n'ai pas eu le temps. Entre chaque intervention, on a 10 minutes. Après normalement le temps nous est compté. Mais le problème... comme normalement on est censé avoir 1 heure 30 d'arrêt entre... la fin de l'intervention, de la dernière intervention et le début de celle de l'après-midi... Hier non, je n'ai pas eu le temps parce qu'il y a eu un gros décalage qui s'est créé dans la matinée » (aide à domicile, CCAS).

Les contraintes de temps dans le travail sont aussi induites par le nombre d'arrêts maladie qui nécessitent des adaptations réitérées des plannings pour y inclure des tâches supplémentaires non prévues à l'origine :

« Ça c'était un peu compliqué, ça changeait beaucoup, des fois il y avait des filles qui étaient en arrêt donc il fallait échanger des jours. Par contre, je ne trouvais pas ça très correct, ils ne nous donnaient pas notre planning vraiment à l'avance. C'était un peu compliqué pour s'organiser du coup, si tu veux sortir, faire quelque chose, des fois j'avais programmé des choses, ils me disaient : "Est-ce que tu peux venir tel jour ?" » (agent de service, Ehpad).

De plus, les outils de gestion évoqués ci-dessus, qu'il s'agisse de *smartphones* ou de télégestion en utilisant les téléphones des particuliers, qui facilitent des changements de plannings quasiment « en temps réel », tendent aussi à accentuer ces pratiques, renforçant l'injonction à la disponibilité des salariées.

« Donc à tout moment, avant de partir, le planning peut changer puisqu'on le reçoit sur le *smartphone*. On obtient... enfin là si on clique sur le nom de la personne il y a vraiment une minuscule fiche descriptive, vous avez quand même l'adresse, le numéro de téléphone de la personne » (aide à domicile, CCAS).

« Normalement je ne suis pas disponible, ni le vendredi ni le mercredi... Mais souvent je suis appelée et on me dit : "Est-ce que tu veux faire l'effort..." Et ensuite c'est pareil, je ne sais pas s'ils ont le droit de faire ça ou pas. Ici par exemple normalement je ne dois pas faire ce planning-là. J'ai fait le week-end complet et là j'en ai... c'est même moi, je ne me déplace pas à 8 heures, 8 heures-8 heures 30. Après je tourne en rond et je ne reprends qu'à 11 heures 15. Et après j'ai fini à 11 heures 30. C'est marqué, c'est tout marqué là. Et là c'est pareil, j'ai demandé : "C'est quoi ce week-end ?", parce que d'habitude je travaille le matin et le soir, et elle m'a dit : "Profites-en parce qu'y en a d'autres qui l'ont eu, pourquoi pas toi !" Mais moi, ça ne m'intéressait pas du tout » (aide à domicile, association).

La fragmentation des interventions conduit parfois aussi à leur espace-temps dans la journée, augmentant les amplitudes de la journée de travail, sans augmenter le temps de travail effectif rémunéré. Cela constitue encore un élément supplémentaire de difficulté de séparation entre la vie au travail et la vie hors-travail en même temps qu'un facteur de dégradation de l'emploi et des conditions de travail des salariées, qui décrivent souvent en entretien des pauses repas impossibles, par exemple.

« Je ne mange jamais à midi moi, jamais. Après, quand j'ai fini chez la troisième, j'ai toujours la quatrième de 11 heures 45 à 12 heures 15. De 11 heures 30, j'arrive à 11 heures 45 jusqu'à 12 heures 15, pour une demi-heure. Mais j'ai mon planning de toute façon, c'est... rare que je mange à midi moi. Je fais régime ! » (aide à domicile, association).

Tous ces éléments liés à l'industrialisation des tâches constituent une intensification du travail, mais cette augmentation des cadences n'est pas sans conséquence sur la perception que les salariées ont de leur travail.

II.2. Une qualité « empêchée » conduisant à une perte de sens au travail

Ainsi, l'évolution des politiques publiques et le développement de politiques budgétaires restrictives conduisent à des modifications organisationnelles importantes, qui influent sur les modalités concrètes de réalisation du travail. Nous montrerons ici comment celles-ci développent chez les salariées des deux domaines d'activité un sentiment de « mal faire leur travail », sentiment qui est identifié comme facteur de risques psychosociaux (Collège d'expertise, 2011). Ce sentiment s'explique par différentes dimensions de l'organisation du travail.

Une qualité « empêchée » par la contrainte du temps

La contrainte du temps est très forte, comme nous l'avons vu précédemment. Elle conduit à un état de stress souvent décrit par les salariées :

« Le stress c'était le temps, les distances que je devais parcourir à vélo. Les distances, parce que moi j'avais 10 interventions dans une journée et c'était voilà... (...) Pas le temps de manger, pas le temps de rentrer manger le midi... » (aide à domicile, association).

Mais surtout, le fait de réaliser les tâches dans l'urgence du temps contraint dégrade la qualité du service, qui pour les salariées rencontrées, provient d'abord de la qualité de l'échange interpersonnel engagé avec les personnes âgées :

« Avant, on prenait le temps quand même de sourire, de rigoler avec les gens, des trucs comme ça. Tout ça, ça manque. Il faut rire, tu vois, des trucs comme ça. Là aujourd'hui on n'a plus le temps de rien faire » (aide à domicile, association).

Dans la définition de la qualité du service portée par les salariées, les conversations ne sont donc pas simplement du bavardage, mais font partie intégrante du travail de soutien de personnes en risque d'isolement, que ce soit dans l'aide à domicile ou dans les Ehpad :

« On papote un peu. Ils en ont besoin aussi parce qu'ils n'ont que nous. Souvent, il y a des personnes qui n'ont que nous. On n'a pas assez de temps, on en voudrait plus. Il faudrait qu'on soit plus nombreuses » (aide-soignante, Ehpad).

Lorsque le temps manque, ce sont les tâches relationnelles, pourtant citées comme primordiales quand on aborde la question du sens du travail et de l'intérêt du travail, qui sont évincées :

« Il n'y a plus d'écoute, il n'y a plus de... tu ne peux plus t'arrêter boire un café, parler avec la personne, il n'y a plus d'échanges, des trucs comme ça, tu ne peux plus rien faire. Non, aujourd'hui, ce n'est que le ménage » (aide à domicile, association).

La contrainte de temps, à la fois dans l'aide à domicile et dans les Ehpad, incite à limiter les temps de la relation humaine et sociale, reconnue centrale pour les activités réalisées auprès de publics dits fragiles (Martin, 2008). En ce sens, elle est un vecteur de dégradation de la qualité du service.

Des tâches visibles et quantifiables au détriment de la relation humaine et sociale

Au-delà du manque de temps, la rationalisation de l'activité conduit à une invisibilisation d'une partie des tâches pourtant essentielles aux yeux des salariées.

La définition implicite du travail portée par une organisation de type industriel amène à sélectionner certains types de tâches (ce qui se voit et ce qui est quantifiable) au détriment d'autres tâches qui semblent pourtant essentielles aux salariées mais qui ne trouvent pas leur place dans le *timing* imposé. Des objectifs à court terme liés aux modes de contrôle supplantent les fins du travail en termes de « prendre soin », qui deviennent alors inatteignables :

« Aujourd'hui, mon travail, je ne l'aime pas. Je ne sais pas s'il est bon ou s'il n'est pas bon. J'essaie de faire au mieux. Voilà. Je fais ce qu'on... ce qui se voit... et ce qui ne se voit pas, je le... on ne peut pas le faire » (aide à domicile, association).

« Il faut qu'il y ait du sens, on ne fait pas le truc parce qu'il faut la faire manger, on ne la fait pas manger pour la faire manger, on ne va pas changer pour changer, non. Quel sens ça a ? Qu'est-ce qu'il y a derrière ? Pourquoi on fait tout ça derrière ? » (aide-soignante, Ehpad).

On voit ici clairement comment l'organisation du service et les outils de gestion mis en place par l'employeur interfèrent dans le processus de construction du sens, en occultant les objectifs du travail et en introduisant une discordance avec les moyens utilisés pour y parvenir.

Une contrainte à mal faire son travail ?

La redéfinition du travail portée par la rationalisation débouche, selon certaines salariées rencontrées, aussi bien dans l'aide à domicile que dans les Ehpad, sur une contrainte à mal faire son travail déjà repérée dans des univers très différents par Marie-Anne Dujarier (2015:41), Yves Clot (2010) ou Danièle Linhart (2009).

« Et puis voilà, quand on... quand il y a 30 personnes et qu'on est trois professionnels, les toilettes sont bâclées. Alors que, justement, la

toilette devrait être un moment, un tête-à-tête où on discute, on s'enquiert de la personne. Mais là c'est presque au kärcher hein » (aide médico-psychologique, Ehpad).

« Sur un temps trop court, de me demander de faire plein de tâches et la personne, je la sentais frustrée parce que je n'avais pas eu le temps de le faire. Ou de ne pas pouvoir lui faire avec gentillesse, avec le sourire, d'être stressée, de courir et de n'avoir pas pu lui apporter ce rapport humain, c'est cette écoute, pour moi c'était ça. C'était ça le fait de ne pas avoir pu faire mon travail correctement » (aide à domicile, association).

Les salariées se décrivent alors comme acculées à faire ce que le corps social dénonce par ailleurs comme « maltraitance » et décrivent le conflit éthique devant lequel elles sont placées :

« Contrairement à ce qu'on dit sur la maltraitance, c'est rarement voulu. C'est à ses propres dépens qu'on devient maltraitant. On entend beaucoup la maltraitance. Elle est présente mais pas due à la volonté. C'est à cause de dépressions, de *burn-out*, qui sont nombreux dans le secteur. Cependant, les soignants sont conscients de leurs actes puisqu'on nous apprend à prendre du recul. (...) Au-delà de la question du temps qui est compliquée, il y a aussi celle de la responsabilité. Dès qu'il y a un problème, on nous rend responsables, c'est nous qu'on vient voir en premier » (infirmier, Ehpad).

« J'ai pu assister à des actes de maltraitance, des choses qui sont assez difficiles à accepter. Après il y a cette espèce d'usure professionnelle j'imagine, qui fait que... et puis : "Ils ne s'en souviennent même pas le lendemain". Combien de fois j'ai entendu ça de la bouche des professionnels... : "Ah mais ils ont Alzheimer ce n'est pas grave ! Si on les brusque un petit peu, demain ils ne vont pas s'en souvenir." J'ai trouvé ça... » (aide médico-psychologique, Ehpad).

Ainsi, la rationalisation des activités a amené à la fois des transformations tangibles sur l'organisation en intensifiant le travail mais aussi sur la perception que les professionnels ont de leur activité. Ces mutations conduisent à une dégradation des conditions de travail et des répercussions négatives sur la santé des salariées.

II.3. Répercussions sur la santé des salariées

Plusieurs travaux ont montré une dégradation tangible et mesurable des conditions de travail dans le secteur social et médico-social, venant de la relation entre salariées et clients/usagers (Devetter *et al.*, 2017:22), de l'importance des contraintes physiques (enquête SUMER 2010), ou encore des contraintes organisationnelles (Dares, 2014). On s'attachera ici à analyser, à partir des entretiens réalisés, les répercussions de cette dégradation

des conditions de travail sur la santé des salariées, ainsi que le rôle, perçu par les salariées, des pouvoirs publics dans cette dégradation.

Des pénibilités accrues par l'intensification du travail

L'ensemble des salariées interrogées soulignent comment la dégradation des conditions de travail impacte leur santé. Les pénibilités évoquées sont à la fois physiques et psychiques.

Dans le secteur, les pénibilités physiques sont en particulier liées au port de charges, important au cours de certaines toilettes et des tâches d'aide à la mobilité ; elles sont accrues par la répétition et les contraintes de temps liées à l'intensification, parfois aussi par le manque de matériel adapté :

« L'épuisement, les douleurs musculaires, les... les problèmes de dos. Quand la personne commence à avoir des pertes d'équilibre ou de... Pour la lever, c'est... pour avoir droit au verticalisateur pour la mettre debout, ça traîne, donc c'est... il y a les transferts. C'est là qu'on se tue le dos et que... Les douches qui sont mal adaptées, donc là aussi c'est le dos qui prend beaucoup » (aide à domicile, CCAS).

Une aide-soignante signale le cas d'une collègue bénéficiant du statut de travailleur handicapé. Il lui fallait donc un poste aménagé, ce qui semble impossible en Ehpad : au secrétariat, il y avait déjà deux personnes, et les financements étaient insuffisants pour créer un troisième poste. Finalement, cette collègue n'effectuait plus de soins mais elle s'occupait du ménage, de la restauration.

« Il y a beaucoup de douleurs physiques et rien n'est vraiment fait pour faciliter les tâches des salariées. (...) Moi, j'ai déjà fait du ménage. Quand tu fais 8 heures de ménage ou 5 heures de vaisselle à porter des plateaux, etc. C'est très physique, tu es tout autant crevé » (aide-soignante, Ehpad).

Les pénibilités d'ordre psychologique sont particulièrement aiguës pour les salariées d'Ehpad et du domicile travaillant avec des personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives, comme Alzheimer :

« C'était une personne qui avait la maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années, et elle avait des passages d'agressivité, que ce soit avec moi ou avec des collègues. Moi, je m'étais même pris une gifle. Donc il y avait sa fille qui était là. C'était une dame qui avant sa maladie, d'après ce que nous disait sa fille, était super gentille, très agréable avec tout le monde et, depuis qu'elle a eu cette maladie, l'agressivité s'est développée. Et alors c'était des insultes, ça commençait comme ça, et puis après c'était des coups parce qu'elle ne voulait pas en fait qu'on fasse les tâches qu'on avait à faire. On avait la toilette à faire, elle ne voulait pas se laisser laver. Il fallait l'aider à s'habiller, se déshabiller, elle ne voulait pas, l'accompagner au... Enfin c'était tout, tout, de la réticence dans beaucoup de choses et même pour manger c'était

difficile ; il fallait l'aider à manger, c'était difficile aussi » (aide à domicile, CCAS).

« C'est vrai que des fois, physiquement, c'est dur. Physiquement parce que, du coup, c'est souvent le mal de dos qui revient des fois, même si on fait attention en faisant tous les gestes, postures qu'on peut faire mais c'est vrai qu'à force de cumuler en fait... Puis psychologiquement c'est vrai que des fois c'est dur aussi. Eh bien, là, surtout, vous parlez de la maladie d'Alzheimer, c'est vrai que des fois ce n'est pas simple » (agent de service, Ehpad).

Mais ces pénibilités physiques et psychiques sont redoublées par le stress provenant des modes d'organisation du travail, comme pour cette aide à domicile contrainte par une nouvelle répartition des interventions à des déplacements plus nombreux et plus longs :

« Mais il n'était pas permanent le stress, il l'était après sur la fin, il était... le stress, c'était le temps, les distances que je devais parcourir à vélo » (aide à domicile, association).

De nombreuses salariées rencontrées font état de l'impact de cette pression sur leur santé :

« Je stresse constamment, mais je n'avais jamais pris un médicament de ma vie et là j'en prends. J'en prends pour l'hypertension, pour la tension. J'ai très mal, je... là, au niveau des tendons » (aide à domicile, association).

Ces pénibilités peuvent ainsi entraîner des prescriptions médicales, et débouchent parfois sur des arrêts maladie. L'absentéisme peut donc être analysé comme la conséquence de contraintes d'organisation (voir *infra*) mais il a aussi en retour un impact sur les organisations, puisqu'il les oblige à gérer des remplacements :

« Le gros soucis aujourd'hui, c'est l'augmentation du nombre de remplaçants. Pour les filles, c'est fatigant car il faut les reformer à chaque fois » (infirmière, Ehpad).

Cette dégradation de la santé est rapprochée par les salariées de l'évolution des politiques publiques de ces dernières années.

Lien perçu entre ces évolutions et les mutations des politiques publiques

Lors des entretiens, une partie des salariées font le lien entre ces conditions de travail dégradées et le poids des autorités de tarification que sont les conseils départementaux pour l'aide à domicile, et les conseils départementaux et les ARS pour les Ehpad. La pression publique à la rationalisation et à la maîtrise des dépenses est notamment soulevée par le personnel de direction qui a de plus en plus de difficultés à gérer les différentes préconisations venant des autorités de tarification tout en réduisant les budgets :

« On a des injonctions qui sont totalement contradictoires » (directeur, Ehpad).

« On commence à être agacé, quand on nous demande la prestation du Crillon alors qu'en fait, on nous donne les moyens du Formule 1. Ce n'est pas possible, ce n'est pas qu'on est des mauvais managers, c'est que ce n'est pas possible » (directeur, Ehpad).

Dans ce contexte, même si elles n'ont pas de relations directes avec l'ARS ou les conseils départementaux, les salariées, que ce soit dans les Ehpad ou dans l'aide à domicile, ont souvent conscience des pressions extérieures que subissent leurs employeurs. Les salariées ont ainsi leurs propres visions des contraintes publiques qui conduisent à une rationalisation accrue de l'organisation du travail dans leur structure :

« Mais bon, maintenant les maisons de retraite, c'est toujours ceux au-dessus qui contrôlent. Ils n'y connaissent pas grand-chose en maison de retraite mais il faut tout notifier. Donc forcément, les directeurs, on leur demande donc ils nous demandent » (aide-soignante, Ehpad).

« L'État, le Conseil général, la direction de l'A. Tout le monde parle d'argent. Il faut que ce soit rentable, il faut faire... Moi ça m'énerve ! Moi je ne sais pas, j'aime bien avoir l'humain d'abord d'accord, et puis après l'argent ça viendra ensuite. Mais non, maintenant, il faut d'abord parler d'argent avant de services rendus, complément humain... ça, c'est terrible, moi je trouve ! Parce que ça veut dire que l'homme ça n'a pas beaucoup d'importance. On est traités comme des batteries, comme des volailles en batteries, pareil moi je trouve » (aide à domicile, association).

Conclusion

Depuis les années 1980, les politiques publiques se sont multipliées dans le champ de la dépendance. Aussi bien à domicile qu'en hébergement, elles se caractérisent par la mise en place au niveau national d'un référentiel industriel et marchand qui se traduit par une rationalisation, de type industriel, de l'organisation des services et du travail. Dans l'aide à domicile et dans les Ehpad, on constate une mise en concurrence des producteurs de services, une banalisation des activités pourtant réalisées auprès de publics dits fragiles, et une mutation des financements publics s'accompagnant de la diffusion d'indicateurs et d'outils d'évaluation quantitative de l'activité.

Ce processus de rationalisation industrielle de l'organisation du travail et des services conduit à une détérioration des conditions de travail sur divers aspects. Tout d'abord, on observe une intensification du travail due à une conception restrictive de l'activité de travail de la part des financeurs et à l'usage d'outils de gestion conduisant à une fragmentation croissante. Cette intensification provoque un sentiment de qualité « empêchée », une

perte de sens du travail effectué sous contrainte de temps, et une éviction de la relation humaine et sociale. Ces éléments concourent à la perception par les salariées d'une contrainte à « mal faire » son travail.

Ces dégradations des conditions de travail ont des répercussions importantes sur la santé des salariées, menant alors à un paradoxe : cette rationalisation engagée dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques, parce qu'elle dégrade les conditions de travail des salariées, pèse en retour sur les budgets des organisations, et *in fine*, sur les budgets publics. C'est ici le lien entre la maîtrise des finances publiques et la rationalisation de l'organisation des services et du travail qui se trouve questionné : la rationalisation industrielle de services sociaux et médico-sociaux, reposant notamment sur une distinction entre des temps de travail qui seraient productifs et d'autres qui seraient non productifs, est-elle un moyen efficace de maîtrise des dépenses publiques ? Peut-on rechercher la hausse de la productivité sans avoir défini au préalable la nature du produit et, ici par conséquent, pris en compte les dimensions subjective et relationnelle inhérentes à un service « à la personne » ? La recherche de gains de productivité a-t-elle du sens pour des activités de service relationnel, qui plus est réalisées auprès de publics dits fragiles ? Lorsqu'elle s'appuie sur des outils issus de la sphère industrielle, dans ce type de services, elle ne peut se faire qu'au détriment des salariées, de leurs conditions de travail et *in fine* de leur santé. Ces pratiques posent une question de taille en termes de politiques publiques : est-il possible de viser une qualité du service en poursuivant l'actuel mouvement de dégradation des conditions de travail dans le secteur ? La qualité du service peut-elle être atteinte sans qualité du travail des salariées en interface avec les usagers ?

Références bibliographiques

- Barrois A., Devetter F.-X. (2012), « Aides à domicile : un régime temporel non stabilisé qui témoigne des ambiguïtés d'une profession inachevée », *Dossiers Solidarité et Santé*, « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », n° 30, p. 29-46, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier30.pdf>.
- Bezes P., Musselin C. (2015), « Chapitre 5/ Le new public management : entre rationalisation et marchandisation ? », in Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., Muller P. (dir.), *Une French Touch dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po., p. 125-152, <https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/1m0eemg4qt9cc8ct7bkgadninf/resources/chapitre05.pdf>.
- Cahuc P., Debonneuil M. (2004), *Productivité et emploi dans le tertiaire*, Rapport du CAE, Paris, La Documentation française, <http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/049.pdf>.
- Clot Y. (2010), *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte.
- Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Rapport faisant suite à la demande du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf.
- Dares (2014), « Les risques professionnels par métiers. Enquête SUMER 2010 », *Synthèse.Stat*, n° 5, mai, http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_Stat_no_05_-_Risques_professionnels_par_metiers.pdf
- Devetter F.-X., Dussuet A., Puissant E. (2017), « Pourquoi les aides à domicile sont-elles davantage rémunérées dans certains départements ? », *Revue d'économie régionale et urbaine*, n° 2, p. 239-270, <https://doi.org/10.3917/ru.172.0239>.
- Devetter F.-X. et al. (2017), *Les salariées du secteur associatif : des conditions de travail et des relations de service spécifiques ?*, Paris, Rapport pour la Dares.
- Devetter F.-X., Jany-Catrice F., Ribault T. (2009), *Les services à la personne*, Paris, La Découverte.
- Drees (2013), *Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation*, *Dossier Solidarité Santé*, n° 43, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>.
- Drees (2014), « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, n° 877, Drees, février, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er877.pdf>.
- Dujarier M.-A. (2015), *Le management désincarné : enquête sur les nouveaux cadres du travail*, Paris, La Découverte.
- Dussuet A., Puissant E. (2012), « La "relation d'usage" : un mode associatif spécifique de production des services de *care* », *Économies et Sociétés*, n° 4, p. 767-790.
- Dussuet A., Puissant E. (2015), « Un rôle ambivalent des associations dans la reconnaissance du travail salarié. L'exemple de l'aide à domicile », *Économies et Sociétés*, n° 37, p. 991-1018.

- Gadrey J. (1994), « La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ? », *Revue française de sociologie*, vol. 35, n° 2, p. 163-195, <https://doi.org/10.2307/3322031>.
- Gadrey J. (2003), *Socio-économie des services*, Repères, La Découverte.
- Jany-Catrice F. (2010), « La construction sociale du “secteur” des services à la personne : une banalisation programmée ? », *Sociologie du travail*, vol. 52, n° 4, p. 521-537.
- Jany-Catrice F. (2012), *La performance totale : nouvel esprit du capitalisme ?*, Ville-neuve-d'Ascq, Presses universitaires du Septentrion.
- Lascoumes P., Le Galès P. (2005), « Introduction : l'action publique saisie dans ses instruments », in Lascoumes P., Le Galès P. (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 11-44.
- Le Roy A., Puissant E. (2016), « Évolution des référentiels politiques dans l'aide à domicile », *Recma*, n° 342, p. 69-84, <https://doi.org/10.7202/1038127ar>.
- Lefebvre M. (2012), *Qualité(s) de l'emploi dans les services à la personne : entre régulations publiques et professionnelles*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Lille 1, <https://ori-nuxeo.univ-lille1.fr/nuxeo/site/esupversions/16a1856d-0a97-4cff-b1ec-201ec6f2eec0>.
- Linhart D. (2009), *Travailler sans les autres ?*, Paris, Éditions du Seuil.
- Martin C. (2008), « Qu'est-ce que le *social care* ? Une revue de questions », *Revue française de socio-économie*, n° 2, p. 27-42, <https://doi.org/10.3917/rfse.002.0027>.
- Muller P. (2011), *Les politiques publiques*, 9^e édition, Paris, Puf.
- Nirello L. (2015), *La construction problématique de la relation d'emploi dans l'ESS : les EHPAD, entre régulations publiques et régulations d'entreprise*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université de Nantes, <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=c5c864fb-d479-4d7e-87d7-07cafe094cd7>.
- Supiot A. (2015), *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris, Fayard.
- Ughetto P. (2013), « L'enjeu paradigmatique de la relation de service au sein de la sociologie du travail », *La nouvelle revue du travail*, n° 2, en ligne, <https://nrt.revues.org/726>.
- Vatan S. (2014), *La tarification des services d'aide à domicile. Une analyse institutionnaliste par le rôle paramétrique du prix*, Thèse de doctorat en sciences économiques, Université Lille 1, <https://ori-nuxeo.univ-lille1.fr/nuxeo/site/esupversions/c9f9362b-d49f-4437-9fe7-9b0463ad5c4b>.
- Veber O., Morel A. (2011), *Société et vieillissement. Rapport du groupe n° 1 de la mission interministérielle sur la dépendance*, Paris, Igas, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000332.pdf>.

Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social

Gaël CORON¹

L'article analyse les évolutions du secteur médico-social au regard des transformations contemporaines de l'action publique qui ont justement comme effet de réduire les particularités des secteurs de politique publique. Après avoir rappelé la difficulté d'identifier le médico-social comme objet spécifique, trois scénarii sont évoqués pour son avenir : une forte réduction de son autonomie, un rapprochement fort avec le secteur sanitaire et la réaffirmation de son autonomie à travers la construction en cours d'un discours endogène. Chacun de ces scénarii s'appuie sur une analyse des évolutions récentes des politiques médico-sociales.

L'article analyse les transformations qui ont affecté le secteur médico-social et s'interroge sur les tendances et les forces qui pourraient pousser à son maintien ou, au contraire, à son effacement en tant que secteur spécifique des politiques publiques. Cette interrogation s'inscrit dans le contexte plus large de l'ajustement à la nouvelle donne politique et budgétaire qui s'impose aux politiques publiques à travers un certain nombre de réformes managériales. Ce mouvement s'appuie en partie sur la mise en place d'un nouveau cadre législatif (pour quelques repères sur cette évolution dans le médico-social, voir encadré 1).

Ce questionnement de nature théorique mobilise le concept de secteur qui est à la fois utilisé par les acteurs, mais aussi dans le champ de la sociologie ou de la science politique. On rappelle brièvement, dans une première

1. Institut de l'Ouest, Droit et Europe (UMR CNRS 6262), École des hautes études en santé publique. L'auteur remercie Nicole Bohic, Magali Robelet et François-Xavier Schweyer pour leurs relectures et remarques.

partie, les principales définitions de ce concept de secteur et l'intérêt qu'il peut présenter pour l'analyse des politiques publiques (I). Une seconde partie identifie les caractéristiques spécifiques du médico-social. Ce secteur a été institutionnalisé² comme un espace par défaut pour libérer les hôpitaux dédiés aux soins techniques de haut niveau de certains patients pour lesquels cette optique est inadaptée. Progressivement, il va se structurer à travers des institutions, des professions et des représentations autour d'un traitement mixte de certaines situations, notamment le handicap et la dépendance des personnes âgées (II). La question de l'adaptation à la nouvelle donne politique et budgétaire est donc à lire au prisme du maintien ou de l'effacement de l'identité d'un secteur spécifique. Dans cette perspective, trois *scenarii* d'évolution peuvent se dessiner en fonction des évolutions récentes : un affaiblissement général de la notion de secteur remettant en cause le médico-social, une (ré)intégration croissante dans le secteur sanitaire ou l'affirmation d'un référentiel spécifique combinant l'adaptation au référentiel global à une forme de légitimité pour les acteurs médico-sociaux. Dans une troisième partie, nous verrons que la mise en place d'outils transversaux comptables, informatiques ou gestionnaires renvoie à un projet global de décloisonnement des politiques publiques. Très forte pendant un épisode comme la révision générale des politiques publiques (RGPP), cette perspective continue à se développer en lien par exemple avec l'application des lois de financement (III). La quatrième partie évoque la subordination accrue à la sphère sanitaire. Les méthodes de rationalisation, comme la tarification à l'activité (forfaits liés aux patients pris en charge et financement complémentaire), l'état prévisionnel des ressources et des dépenses ou encore le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, se diffusent du champ sanitaire au champ médico-social. Cette diffusion peut être renforcée par les multiples projets d'« adossement », de « mutualisations » qui créent des entités dans lesquelles les établissements médico-sociaux sont des satellites des structures hospitalières ou par le déroulement des carrières professionnelles. La spécificité de l'approche médico-sociale tend alors à se réduire (IV). Enfin, dans une cinquième partie, nous observerons la mise en place d'un discours propre au champ médico-social qui entre en résonance avec certaines idées portées historiquement par des acteurs légitimes. C'est le cas de la thématique de la « dés-institutionnalisation » qui prône la réduction du nombre de lits au nom d'un meilleur respect des libertés individuelles que permettrait le maintien à domicile des personnes (V).

2. Le terme d'institutionnalisation dans le présent article renvoie à deux types de phénomènes qu'on définira ainsi : institutionnalisation du secteur signifie reconnaissance et encadrement par la loi d'initiatives privées avec fixation de normes communes ; institutionnalisation des personnes signifie accueil des personnes dans un cadre de bâtiments fermés ou semi-fermés.

Ces trois types de discours incluent tous en filigrane une vision de la « contrainte budgétaire » mais ne sont pas totalement substituables l'un à l'autre. Ils peuvent parfois être complémentaires, mais aussi parfois aboutir à des préconisations contradictoires. La sociologie politique peut éclairer la domination de l'un ou l'autre : des enjeux institutionnels ou professionnels (comme le maintien d'une élite propre au secteur) en déterminent en partie l'issue.

Au niveau du matériau utilisé, l'article est essentiellement une revue de littérature qui puise dans des travaux en droit, sociologie et science politique. L'un des enjeux est de mobiliser des travaux réalisés dans des cadres conceptuels différents et pas seulement parce que les auteurs appartiennent à des disciplines différentes. Un révélateur de la difficile identification du médico-social, c'est qu'à l'exception notable du droit, les recherches académiques portent souvent sur des politiques publiques considérées comme autonomes (handicap, dépendance) ou sur des thématiques d'organisation de l'État non spécifiques à ce domaine.

Enfin, l'approche en termes de construction et de légitimation des politiques publiques adoptée ici doit nécessairement être complétée par une étude empirique des conséquences sociales pour les personnes prises en charge ou les personnels concernés. On renverra à cet effet à des travaux tels que l'article d'Annie Dussuet, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant dans ce numéro.

I. La notion de secteur dans l'analyse des politiques publiques

Dans les politiques publiques, la notion de « secteur » est fréquemment utilisée par les acteurs pour définir à la fois un champ d'activité des pouvoirs publics et une part importante de leur identité professionnelle. Au-delà de l'existence d'une administration ministérielle dédiée à telle ou telle question, la notion de secteur renvoie à un pan d'activité humaine reconnu comme base de division légitime dans certaines formes de sociétés. Dans le champ de la sociologie, la notion apparaît essentielle chez Durkheim : dans les sociétés traditionnelles, le territoire a une dimension identitaire forte et structure les rapports sociaux ; dans les sociétés modernes, la division du travail social, et notamment la professionnalisation des rôles sociaux, entraîne le passage d'une logique horizontale (ou territoriale) à une logique verticale (ou sectorielle). En science politique, on se réfère habituellement aux travaux de Pierre Muller et on définit le secteur comme « une structuration verticale des rôles sociaux (en général professionnels) qui définit ses règles de fonctionnement, de sélection des élites, d'élaboration de normes et de valeurs spécifiques, de fixation de ses frontières, etc. » (Muller, 1990). Autrement dit, pour que secteur il y ait, il faut trouver une élite qui lui est

propre, des règles informelles ou formelles qui le caractérisent et un certain nombre d'idées ou de notions communes qui établissent des frontières avec les autres secteurs. À chaque secteur correspond plus ou moins une politique publique.

De nombreux travaux de science politique ont donc scruté l'évolution de tel ou tel secteur de politique publique et le plus ou moins haut degré d'autonomie dont ils disposent dans la société. La question a notamment été posée au regard de ce qui est généralement désigné comme le tournant néolibéral qui aurait atteint l'Europe dans les années 1980 (Jobert, 1994). Il s'agit de savoir comment les fondements intellectuels et cognitifs des politiques publiques viennent à changer et plus précisément comment s'impose un référentiel global de marché (encadré 2) qui ne prend son sens que par son articulation avec les référentiels des différents secteurs. En effet, la réduction des dépenses publiques est traitée y compris par ses opposants essentiellement sous son aspect économique voire comptable. Les enjeux de légitimation de ce type de politique sont souvent écartés ou alors résumés à la question de l'adhésion des ressortissants des politiques publiques à la vision néoclassique de l'économie. Or, cette grille de lecture est insuffisante et souvent déconnectée des travaux empiriques menés en sociologie politique. En effet, une politique publique doit être légitime aussi bien pour ceux qui la conçoivent et ceux qui l'appliquent que pour ses bénéficiaires. Autrement dit, si on retient la pertinence de ces termes il faut que le référentiel global (la priorité des mécanismes de marché, la réduction des dépenses publiques...) soit traduit et rendu acceptable dans chaque secteur. Dans cette traduction s'opère un décalage qui démontre que la notion de secteur reste un échelon d'analyse pertinent.

La politique de santé fournit un exemple parlant et souvent analysé (Pierru, 2007, 2012) : la thématique de la qualité en santé peut être vue comme un discours qui permet d'articuler cette exigence de légitimité sectorielle ³ avec les préoccupations gestionnaires. Elle bénéficie d'une perception *a priori* favorable par les professionnels et les patients. En même temps, elle s'accompagne de fait d'une « politique des indicateurs » dont les effets attendus sont présentés de manière ambiguë comme à la fois financiers et sanitaires. Par exemple, Nicolas Belorgey a montré comment, derrière le mot d'ordre de la réduction du temps de passage aux urgences, la construction d'un indicateur et son application renvoyait, en réalité, à un outil d'augmentation de la productivité dans ces services (Belorgey, 2013). De la même manière, le « constat » que les établissements de santé de « petite taille » présenteraient un risque pour le traitement de certaines situations va justifier la reconversion forcée de ces établissements.

3. Nous revenons plus loin sur la définition de ce terme.

À cette grille de lecture en termes de secteurs, la littérature en analyse des politiques publiques et en sociologie en a superposé une autre ces dernières années (voir notamment Bezes, 2009). Celle-ci est née du constat que la mise en œuvre des réformes se fait de plus en plus par l'usage d'outils transversaux. Ces derniers revêtent des formes différentes : un usage de plus en plus performatif des techniques de quantification (Ogien, 2010), une pratique systématique de la comparaison pour rendre évidentes les solutions préconisées diffusées sous le terme de *benchmarking* (Bruno, Didier, 2013), la mise en place de nouvelles lois de finances inspirées de principes managériaux, etc. L'enjeu et la mise en œuvre de ces outils issus d'un corpus qu'on désigne souvent sous le terme de « New Public Management » vont au-delà de la seule réduction nominale des budgets. Ils redéfinissent notamment les secteurs des politiques publiques parfois en niant leur spécificité, parfois en recomposant

Encadré 1

Évolution du secteur médico-social : quelques points de repères législatifs

1975 : Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Généralise l'exigence d'encadrement professionnel et établit le régime juridique des établissements.

1983 : Loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Elle modifie la répartition des compétences dans le champ médico-social au profit du département.

2001 : Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Institue notamment l'allocation personnalisée d'autonomie perceptible aussi bien à domicile qu'en établissement.

2002 : Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle renforce la planification, transforme les régimes d'autorisation et d'habilitation et généralise l'exigence d'évaluation.

2005 : Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées instituant notamment les maisons départementales du handicap (MDPH). Elle crée la prestation compensatrice du handicap (PCH).

2009 : Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle crée notamment les agences régionales de santé (ARS) compétentes sur le sanitaire et le médico-social et généralise l'appel à projets.

2015 : Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Instaure un financement au forfait des établissements dans le champ de la dépendance, rénove la contractualisation et crée les conditions d'un pilotage par les ressources et non plus par les dépenses.

l'action publique par le rapprochement de plusieurs secteurs. Ils transforment les modes d'évaluation du travail des agents en réduisant l'autonomie des mondes professionnels au profit d'outils centralisés et parfois déclinables dans plusieurs champs des politiques publiques.

II. Le médico-social, un secteur à l'identité instable

Le médico-social est un enjeu social essentiel si on observe le nombre de personnes qui sont concernées : 494 000 personnes en situation de handicap et 600 417 personnes âgées dépendantes sont accueillies en établissement ou bénéficient de services à domicile (CNSA, 2017).

Pour autant, le terme même de médico-social semble renvoyer à un secteur hybride parfois difficilement identifiable pour les ressortissants des politiques publiques mais aussi pour les acteurs professionnels ou administratifs. Le médico-social se situerait ainsi quelque part entre l'aide-ménagère ou l'animateur d'un côté et le soin médical aigu de l'autre.

Encadré 2

Secteur et référentiel en analyse des politiques publiques

Dans des travaux devenus classiques, Pierre Muller et Bruno Jobert (1987) insistent sur le corpus intellectuel qui permet de tenir de manière cohérente le secteur : ils le nomment le « référentiel ». Il est en fait composé de valeurs, d'algorithmes, de normes et d'images. Plutôt qu'une lecture idéale des politiques publiques, la notion renvoie donc à un ensemble de notions plus ou moins fondamentales qui s'actualisent dans des pratiques. Ainsi l'idée que la situation de certaines personnes ne peut être convenablement traitée par des approches médicales centrées sur les soins aigus pourrait faire partie du référentiel médico-social.

L'approche en terme de référentiel fait aussi une place au rôle des acteurs et particulièrement ceux en capacité d'élaborer un référentiel sectoriel en adéquation avec le référentiel global (appelés « les médiateurs »). Ce rôle n'est pas forcément celui de hauts fonctionnaires et il n'est pas nécessairement défini par des textes. Par exemple, les médiateurs de la politique agricole ont longtemps été la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA). Mais leur pouvoir nécessite d'émettre un discours audible par les acteurs du secteur et au moins partiellement en adéquation avec les objectifs transversaux des politiques publiques. Un des enjeux du médico-social est la difficulté de faire émerger des médiateurs spécifiques et suffisamment influents par exemple parce que les spécialités médicales de ce secteur ne sont pas les plus valorisées ou parce que le discours de représentation des établissements publics est surtout porté par la Fédération hospitalière de France (FHF) où les structures sanitaires sont les plus influentes.

L'étiquetage des tâches opéré juridiquement ne correspond qu'imparfaitement à la réalité des pratiques mises en œuvre par les agents en situation ⁴.

Mais au-delà de ces constats, la définition du médico-social en tant que secteur suppose une identification claire au sein des politiques publiques (encadré 2). Or, trois éléments ont historiquement pesé sur la difficulté d'identifier le médico-social et, pour l'élite de ce secteur, de rendre cette notion opératoire : la place des acteurs non étatiques et particulièrement le secteur associatif, la difficulté pour la notion à subsumer des sous-secteurs en grande partie autonomes (par exemple, le handicap et la dépendance) et le partage des compétences entre les collectivités locales et l'administration étatique.

II.1. La partition public/privé

Comme le rappelle Robert Lafore (2010), l'initiative privée, initialement sous forme religieuse ou caritative, a précédé celle de l'État à l'égard des catégories de population qui aujourd'hui sont les ressortissants des politiques médico-sociales. Au début du XX^e siècle, c'est bien sûr la forme associative qui s'impose comme forme juridique dominante. Aujourd'hui, l'offre privée reste très importante mais avec des réalités très différentes suivant les publics accueillis (CNSA, 2017) :

- pour les personnes âgées dépendantes, 52 % des places d'hébergement sont dans des établissements publics, 19 % dans des établissements privés à but non lucratif et 29 % dans des établissements commerciaux ;
- pour les personnes en situation de handicap, 89 % des places d'hébergement sont dans des établissements privés à but non lucratif, 10 % dans des établissements publics et 1 % dans des établissements commerciaux.

La forme associative notamment est un acteur indispensable, comme le rappelle Robert Lafore (2010:67) : « Les associations sont, en quelque sorte, le second pilier de la décentralisation, une sorte de "décentralisation fonctionnelle" : elles s'accordent avec les logiques locales qui sont souvent indispensables à la légitimité des interventions ; elles disposent d'une grande souplesse d'adaptation pour aménager en continu le contenu de l'offre ; elles accueillent, du fait de leur malléabilité, les innovations et les innovateurs qui s'engagent dans une course sans fin entre les formes établies et les nouveautés de l'action sociale. »

À chaque étape de l'institutionnalisation du secteur médico-social, on retrouve la nécessité pour les pouvoirs publics de prendre en compte cette réalité car la répartition de l'offre sur le territoire, au moins jusqu'à la mise en place d'une planification, renvoie à des circonstances qu'ils ne maîtrisent que partiellement. Par exemple, le département de la Lozère, bien qu'il soit

4. On peut ainsi trouver, surtout au domicile, des substitutions entre acteurs médico-sociaux et professionnels de l'aide à la personne.

le moins peuplé de France, est particulièrement bien doté en offre médico-sociale (Maron-Simonet, 2016). Cette situation est due en grande partie aux efforts conjoints d'un abbé devenu député et d'un psychiatre présenté comme un des pères de la psychiatrie institutionnelle qui ont commencé en 1955 à créer des établissements d'abord destinés aux enfants handicapés puis accompagnant les personnes accueillies devenues adultes.

II.2. Une approche « ségrégative » des populations ⁵

Le deuxième aspect qui rend difficile l'identification du secteur médico-social, c'est la structuration des services, des institutions et des circuits de financement en fonction de populations distinctes. Ces dernières servent de frontières parfois étanches qui délimitent la compétence des institutions. Cette approche peut sembler paradoxale mais elle prend tout son sens si on se penche sur les deux populations principales accueillies dans les établissements médico-sociaux : les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes.

La catégorie de handicap par exemple est le résultat d'un processus de labellisation où les institutions ont un rôle essentiel à jouer. S'agissant des revenus versés directement aux personnes ⁶, les catégories reflètent leur situation au regard des organismes de protection sociale : rente d'invalidité du travail (AT/MP), pensions d'invalidité (assurance-maladie) ou allocation adultes handicapés (prestations non contributives) pour citer les masses financières les plus importantes. Comme le rappelle Pierre-Yves Baudot (2016:64), « alors même que le handicap peut être vécu de différentes façons, [...] ce qui unifie finalement les populations visées par la catégorie de handicap ne tient ni à une approche médicale (la reconnaissance commune de déficiences) ni à une approche sociale (l'expérience de l'inaccessibilité de l'espace public), mais bien à l'application à un ensemble d'individus d'un même label, d'instruments épars mais identiques et à l'inscription de ceux-ci dans un même "monde local de production de droits" ». Parmi ces instruments figurent notamment les barèmes d'indemnisation.

Mais l'effet majeur des processus historiques et institutionnels apparaît dans la distinction entre d'un côté les personnes handicapées et de l'autre les personnes âgées dépendantes. Quand la question de la dépendance apparaît dans le débat public au tournant des années 1970 et jusqu'à son institutionnalisation dans les années 2000, l'assimilation aux personnes handicapées va être rejetée (cette situation est assez spécifique à la France). Les causes sont plurielles : volonté de ménager les finances publiques car reconnaître les mêmes droits pour tous amènerait à un financement bien

5. Sur l'usage de l'adjectif, voir Frinault (2005).

6. Par opposition aux prestations de compensation ou encore aux financements publics des établissements.

supérieur à la situation actuelle ; *lobbying* des conseils départementaux qui vont s'opposer à la prise en main par la Sécurité sociale à travers un hypothétique « cinquième risque » (Frinault, 2013)... Mais la construction de la catégorie renvoie aussi à des enjeux professionnels. C'est la reconnaissance d'une spécialité médicale, la gériatrie, qui va revendiquer la production du discours légitime sur les besoins des personnes âgées dépendantes sans avoir à la partager avec les associations, comme c'est le cas dans le handicap. En effet, comme le rappelle Thomas Frinault, « c'est [...] dans le champ gériatrique que la "dépendance" émergea au cours de la décennie 1970. Nous avons alors affaire à un travail d'étiquetage réalisé par des médecins, réfléchissant sur les difficultés posées par les patients âgés dans les structures hospitalières » (Frinault, 2014:76).

Ces fragmentations entre catégories de population ont des effets bien sûr sur les personnes : ainsi, une personne handicapée devient-elle, à partir d'un certain âge, une personne âgée dépendante, ce qui peut l'amener à changer de lieu de vie, à ne plus percevoir les mêmes revenus, etc. Mais elles en ont aussi sur la cohérence du secteur médico-social. Les institutions, les procédures, les instruments d'évaluation des personnes, les parcours des professionnels sont en partie différents. La politique du handicap et la politique de la dépendance sont en ce sens, en partie autonomes.

II.3. Le médico-social entre compétence étatique et départementale

Le caractère hybride du secteur médico-social se manifeste aussi par le partage des compétences entre État et conseils départementaux ⁷. D'un côté, l'État a la responsabilité de la politique de santé même s'il s'appuie essentiellement sur les financements de l'assurance-maladie ; il est présent dans les territoires à travers les agences régionales de santé (ARS). D'un autre côté, le conseil départemental « définit et met en œuvre la politique d'action sociale en tenant compte des compétences confiées par la loi à l'État, aux autres collectivités territoriales ainsi qu'aux organismes de Sécurité sociale ; il coordonne les actions menées sur le territoire qui y concourent ⁸ ». On parle ainsi souvent du conseil départemental comme chef de file de l'action sociale, voire dans la doctrine juridique d'un « département-providence » (Lafore, 2004, 2013). Avec les premières lois de décentralisation, il a repris une partie des compétences et des services de l'État dans ces domaines ⁹. Chaque établissement médico-social est habilité à exercer en vertu d'un arrêté conjoint Agence régionale de santé (ARS)/

7. Ceci est aussi vrai de la catégorie sociale (Borgetto, 2010).

8. Article 49 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004.

9. En 1983, les directions départementales de l'action sanitaire et sociale qui avaient été créées en 1964 ont été scindées entre : 1) les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) – État rattachées au préfet et qui en 2010 intégreront les agences régionales de santé (ARS) et 2) les services départementaux placés sous l'autorité du président du conseil départemental.

Conseil départemental d'autorisation d'activité pour une durée de 15 ans. Au cours de ces 15 années, deux évaluations externes auront lieu. À ceci s'ajoute une évaluation interne tous les cinq ans. Les évaluations externes seront réalisées par un organisme habilité par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). C'est après réception de ce rapport que les autorités décideront conjointement de renouveler ou non l'autorisation de l'établissement social et médico-social (ESMS).

Cette situation a conduit à un partage du contrôle et du financement des établissements, essentiellement entre ARS et conseils départementaux. Par exemple, le financement d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est dit ternaire : les dépenses de soin sont financées par l'assurance-maladie, les dépendances médico-sociales sont financées pour partie par le département à travers la perception par l'établissement de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et les dépenses d'hébergement sont à la charge du résident¹⁰. D'où une double tutelle des établissements (aujourd'hui, ARS et conseil départemental). Ceci induit aussi des liens très forts entre réorganisation territoriale et politiques médico-sociales. L'un des enjeux contemporains est une forme de recentralisation technique menée par les administrations centrales.

III. Le New Public Management et la réduction de l'autonomie des secteurs

Dans la littérature en science politique, la vision en termes de secteur et encore plus l'emploi de la notion de référentiel ont tendance à s'estomper (Halpern, Jacquot, 2015). En effet, les chercheurs se penchent de plus en plus sur des phénomènes contemporains qui remettent en cause l'autonomie des secteurs. On va s'intéresser au gouvernement par les instruments (par exemple les finances publiques, les enveloppes budgétaires fermées...) mais aussi à la diffusion de nouveaux savoirs administratifs qui visent à redéfinir la manière dont sont construites les politiques publiques (encadré 3).

Les recettes prônées par le New Public Management (NPM) doivent donc se comprendre dans des contextes spécifiques mais aussi comme des tentatives d'élaborer des méthodes d'action transversales applicables dans tous les secteurs et de nature à réduire les oppositions locales ou professionnelles à la mise en place des politiques. Dans notre champ, la réforme des ARS contient cette double dimension (institution de gouvernance de la santé mais aussi de décloisonnement des différents secteurs qui la composent).

10. Sous réserve que la personne bénéficie de l'aide sociale si l'établissement est habilité.

Encadré 3

New Public Management et réforme de l'État

Le renforcement des contrôles de l'action publique, le recours croissant à des outils de quantification, la collaboration croissante avec des acteurs privés... tous ces éléments sont souvent associés au développement d'un savoir à la fois expert et idéologique regroupé derrière le terme de « New Public Management » (NPM), dont on pourrait, par exemple, mesurer la progression dans les corpus de formation de la haute fonction publique où il remplacerait le droit administratif comme « canon » de la définition des rôles des fonctionnaires. Ce mouvement a une dimension internationale et s'alimente d'ailleurs aussi d'une circulation d'idées et d'experts à travers diverses organisations internationales (pour une approche juridique, voir Supiot, 2015).

Cependant, cette lecture en termes de diffusion ne correspond que partiellement à la réalité et méconnaît les enjeux spécifiques qui font que la réception et la traduction du NPM diffèrent d'un pays à l'autre voire à l'intérieur d'un même pays, suivant qu'il sera approprié par des acteurs individuels ou collectifs dotés de stratégies propres. En résumé, il n'y aurait pas un New Public Management mais des New Public Management (Bezes, 2005, 2012).

En l'espèce, dans le cas français, l'histoire de cette traduction/acculturation est inséparable d'une lutte de long terme pour la définition orthodoxe du rôle de l'État. Pour Philippe Bezes, celle-ci oppose des acteurs centralisateurs (le ministère de l'Économie particulièrement à travers sa Direction du budget, le ministère de la Fonction publique et le ministère de l'Intérieur qui maîtrise l'interface préfectorale) avec les différentes administrations sectorielles ou locales. Au-delà de ce schéma global, des alliances à front renversé peuvent aussi se tisser entre segments administratifs et expliquer le cheminement spécifique des réformes. Par exemple, la réforme des ARS soutenue dans la logique centralisatrice de la révision générale des politiques publiques (RGPP) est aussi une défaite de l'administration préfectorale.

III.1. Les agences régionales de santé, un outil de déssectorialisation

La création des agences régionales de santé est, en soi, un projet politique aux multiples dimensions qui a déjà été largement analysé (voir notamment Pierru, Rolland, 2013). En premier lieu, le terme d'agence semble inadapté pour désigner un échelon d'administration déconcentré ¹¹. Ensuite, on peut voir dans cette réforme au moins trois objectifs :

- budgétairement, réduire le nombre d'agents en fusionnant des institutions et en mutualisant les ressources ;
- politiquement, permettre à l'État d'absorber la majeure partie du réseau de l'assurance-maladie au niveau régional, les caisses régionales d'assurance maladie (Cram, hors-caisse d'assurance retraite et de la santé

11. Juridiquement/sociologiquement.

au travail, Carsat) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) étant intégrées aux nouvelles structures ;

- fonctionnellement, favoriser les rapprochements des différents secteurs dans le but affiché de réduire le recours à l'hospitalisation classique.

Ces objectifs sont parfois conciliables mais pas toujours. L'élaboration de la réforme a été préparée par un certain nombre de rapports et de réflexions qu'on peut qualifier d'endogènes au champ de la santé. Mais le début de sa mise en œuvre coïncide avec le déploiement de la révision générale des politiques publiques. Cette dernière amène à rechercher des solutions rapides en privilégiant l'angle budgétaire. Elle met aussi en œuvre un projet de recentralisation très poussé déployé par un nombre restreint d'auditeurs soit consultants privés soit membres des inspections générales, notamment l'Inspection générale des finances (Lacouette-Fougère, Lascoumes, 2013). Cette double dimension centralisatrice et comptable explique l'implication du ministère des Finances dans la mise en place des agences, comme le rappellent Pierru et Rolland : « La présence de Bercy s'est fait sentir dès l'élaboration du nouveau format administratif : c'est, en effet le ministère des Finances qui s'est chargé de recruter les nouveaux directeurs des affaires financières, dotées par la loi HPST¹² d'une double casquette de gestionnaire et de contrôleur, qui les a encadrés pendant la préfiguration et qui demeurent leur premier interlocuteur » (Pierru, Rolland, 2013:58).

Si cette volonté de déssectorialiser ou décloisonner l'action publique est un objectif essentiel confié aux ARS, la réforme va néanmoins être limitée dans son ampleur par plusieurs facteurs. Tout d'abord, par la résistance au niveau national de l'assurance-maladie qui va préserver une partie de ses prérogatives : le niveau national reste toujours organisé en « tuyaux d'orgue » alors qu'il est demandé aux agences de « travailler en transversalité » (Pierru, Rolland, 2013:58). Ensuite, à l'intérieur même des ARS, les organisations dissoutes ont eu tendance à se reconstituer partiellement à travers le jeu des directions et des sous-directions. Logiquement, les agents de la Sécurité sociale ou de l'État ont conservé comme compétence les sujets qu'ils maîtrisaient de par leur expérience passée. Comme l'écrit Marion Gurruchaga, « la quasi-totalité des ARS a mis en place une organisation sectorielle. Les organigrammes reflètent la sectorisation de l'action publique, puisque l'organisation de l'agence reproduit la division du travail qui préexistait à la création des agences (hospitalier-ambulatoire, santé publique, médico-social), ce qui s'explique notamment par le savoir-faire des agents » (Gurruchaga, 2015:84).

12. Loi hôpital, patients, santé et territoires.

La segmentation se retrouve même au niveau des ressources humaines puisque les « personnels-État » sont embauchés dans des conditions juridiques différentes de celles des « personnels-Sécurité sociale ».

III.2. La mise en œuvre d'une logique de planification par le marché

La réforme hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a introduit plusieurs outils témoignant d'une volonté de renforcer la planification de l'offre de santé. L'outil principal est le plan régional de santé construit autour de trois ensembles : 1) le plan stratégique régional de santé ; 2) des schémas régionaux qui portent sur l'organisation des soins, la prévention et l'organisation médico-sociale ; 3) des programmes dont le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

L'outil de mise en œuvre des schémas et des programmes est l'appel à projets. Jusqu'au 31 juillet 2010, pour créer, transformer ou procéder à une extension d'un établissement ou service, les gestionnaires d'établissements sociaux ou médico-sociaux devaient obtenir une autorisation auprès de l'autorité compétente. Celle-ci rendait sa décision après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, l'autorisation ne s'accompagnait pas automatiquement d'un financement. Après cette date, la loi HPST transforme cette logique et introduit une procédure d'appel à projets lancée par l'autorité compétente en charge du financement et sur la base d'un cahier des charges. « Le but de cette nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux est de rationaliser les procédures, de resserrer les délais d'installation, d'assurer un examen comparatif des projets et de garantir le financement préalable des projets » (Marais, Rapegno, 2015:141). Surtout, il témoigne d'un renversement de logique et redonne la main à l'autorité publique qui institue la concurrence entre acteurs afin d'assurer sa maîtrise du processus¹³. Ce renversement de logique signifie plus spécifiquement pour les associations la transition d'une logique de médiation vers une logique d'opérateur (Lafore, 2010).

Cette démarche qui allie concurrence et planification est une des modalités du New Public Management « à la française » (Bezes, 2009). Toutefois, elle ne trouve pas son origine uniquement dans la loi HPST et ceci pour deux raisons. D'une part, Marie-Claude Marais et Noémie Rapagno ont démontré que cette tendance planificatrice n'a cessé de s'affirmer depuis la loi de 1975 et que la loi de 2009 n'en est que le prolongement. D'autre part, cette transformation « marchande » des associations, loin d'être subie, a été accompagnée voire anticipée sur le long terme par une « managérialisation » progressive des organisations (mise en place de directions générales, adoption de schémas d'organisation originaires du secteur privé, réduction

13. Toutefois, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (« loi ASV ») de 2015 limite ce mouvement en réduisant le nombre de situations où un appel à projets est requis.

de l'influence des organes élus et des bénévoles...) (Cret *et al.*, 2013). Ce changement dans les organisations est concomitant d'une transformation dans le secteur associatif engagée dès les années 1990. Les plus grosses structures ayant une capacité opérationnelle plus forte pour répondre aux appels d'offres, la « concurrence » instaurée par ces nouvelles procédures va surtout bénéficier aux acteurs les plus installés (Claveranne *et al.*, 2012). À cette transformation sociologique des associations s'ajoute la montée en puissance des établissements privés à but lucratif notamment à destination des personnes âgées dépendantes.

III.3. La réforme de la tarification et de la contractualisation

Les modalités de tarification des Ehpad et leur contractualisation avec les autorités publiques ont été réformées par les lois n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (« loi ASV », article 58) et n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016. Deux outils du NPM deviennent des éléments centraux de la relation des établissements avec les autorités dont elles dépendent. S'agissant de la contractualisation, les conventions tripartites (Cram puis ARS, département et établissement) qui étaient facultatives, au sens où elles supposaient le volontariat des établissements, sont remplacées par les contrats pluriannuels d'objectifs et moyens (CPOM) qui sont, eux, obligatoires depuis 2017. Ces derniers constituent la base du « dialogue de gestion » entre l'établissement et les autorités et il fixe aussi des objectifs en matière d'accompagnement. Toutefois, le principe d'annualité budgétaire des finances publiques limite l'engagement des autorités et traduit le déséquilibre des parties au contrat. S'agissant de la tarification, la nouveauté introduite en 2016 est l'application des états prévisionnels de recettes et dépenses (EPRD), un document soumis par les établissements à leurs autorités. L'EPRD est lui-même lié à la tarification à la ressource qui crée les conditions d'un pilotage par la ressource et non plus par les dépenses, en prévoyant le passage à un financement forfaitaire des soins. Celui-ci reposera pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent sur une équation tarifaire définie au niveau national qui tient compte du niveau de perte d'autonomie et de besoins en soins des résidents.

IV. L'englobement du champ médico-social dans le sanitaire

L'effacement des secteurs de politique publique peut prendre aussi une signification plus spécifique dans le cas du médico-social. En effet, ce dernier est souvent lié historiquement et fonctionnellement au secteur sanitaire qui peut apparaître comme un idéal d'excellence, de technicité ou de rationalisation procédurale. Plusieurs réformes institutionnelles et des

évolutions des normes professionnelles rendent crédibles une réduction de l'autonomie du médico-social par rapport au sanitaire.

Il faut reconnaître que cet argument est parfois difficile à démêler du précédent. En effet, l'antériorité du déploiement dans le secteur sanitaire des outils du NPM explique que les acteurs sanitaires soient souvent amenés à gérer des évolutions du champ médico-social au nom de leur expérience acquise pour ses outils (Hudebine *et al.*, 2017). Ainsi, dans les ARS, la mise en œuvre de la réforme de la tarification évoquée plus haut s'est surtout appuyée sur des acteurs du secteur sanitaire présents dans les directions « offres de soins ».

Par ailleurs, ce rapprochement est aussi porté par des réalités épidémiologiques. Par exemple, la prévalence accrue des maladies du grand âge chez les personnes accueillies en Ehpad ou l'amélioration du diagnostic psychique des personnes en situation de handicap justifient sur le plan technique une articulation plus grande entre ces établissements et les hôpitaux.

IV.1. Une élite commune ?

En science politique, l'autonomie d'un secteur tient en partie à l'existence d'une élite spécifique (encadré 2). S'agissant du secteur médico-social dans sa dimension publique ¹⁴, elle peut être recherchée du côté du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S, ou DESSMS), qui regroupe depuis 2008 les directeurs d'établissement social et médico-social (DESMS) et les directeurs d'établissement sanitaire et social (DESS). Or un débat récurrent dans les milieux professionnels concerne la fusion des corps de DESSMS et de directeur d'hôpital (DH). Cette tentative s'inscrit dans un contexte général de réduction du nombre de corps dans la fonction publique. Sur un total initial de 685 corps de la fonction publique, 300 ont été supprimés entre 2007 et 2011 à l'initiative de l'ex-RGPP.

Cette fusion est plutôt défendue par les syndicats affiliés à des confédérations interprofessionnelles. Ont ainsi appelé à la grève en 2016 pour réclamer la fusion : l'Union fédérale médecins ingénieurs cadres et techniciens (UFMICT-CGI), le syndicat national des Cadres hospitaliers Force ouvrière (CH-FO) et le Syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés (Syncass-CFDT). À l'inverse, le Syndicat des managers publics de santé (SMPS) qui représente les cadres (corps à gestion locale) et les directeurs (corps à gestion nationale) s'oppose à la fusion, comme le syndicat des directeurs d'hôpitaux. Ainsi le vice-président (DESSMS) du SMPS

14. Si on prend en compte les chiffres cités plus haut, les enjeux évoqués ici sont beaucoup plus importants dans le champ de la dépendance que dans celui du handicap compte tenu de la faible part des structures publiques dans ce dernier.

déclarait : « La fusion risque de créer une sous-catégorie de classe dans l'hospitalier. Il y aura les directeurs d'hôpitaux et les autres. Par ailleurs, *si on fusionne, on risque une sanitarisation des Ehpad*¹⁵ ».

Si cette fusion est pour le moment au point mort, les évolutions professionnelles et les déroulements de carrière amènent de plus en plus de DESSMS à travailler dans le secteur sanitaire. D'une part, la loi relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique de 2009 a introduit la notion de corps comparable et élargi les possibilités de détachement entre corps de niveau équivalent. Elle est applicable aux deux corps de direction et permet donc à un DESSMS de devenir DH. Ces mouvements sont d'autant plus faciles que la pyramide des âges est défavorable aux DH, dont les départs en retraite sont plus importants. Par ailleurs, les affectations des DESSMS ne sont pas limitées aux champs social et médico-social, comme l'indique François-Xavier Schweyer : « 30 % de la promotion 2016 de D3S occupent un poste de chef d'établissement dans le médico-social, 30 % deviennent responsables d'un pôle médico-social rattaché au sanitaire et 40 % sont adjoints dans un hôpital¹⁶ ».

IV.2. Des organisations qui englobent des établissements de différents secteurs

Ces déroulements de carrière entre sanitaire et médico-social sont aussi facilités par un mouvement de rapprochement des établissements sanitaires et médico-sociaux, même s'il existe des formes de coopération entre établissements médico-sociaux notamment à travers les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

Les rapprochements entre établissements sanitaires et médico-sociaux concernent particulièrement le secteur public. Ils peuvent prendre plusieurs formes juridiques et viser des objectifs différents : on trouve par exemple des formules de mutualisation appliquées à des services logistiques dans une optique de réduction des coûts. Le niveau d'intégration peut être plus poussé et notamment à travers des directions communes. Outre l'objectif financier, la coopération peut avoir pour but de « fluidifier » le parcours des usagers par exemple en évitant aux personnes âgées dépendantes accueillies en Ehpad une hospitalisation qui peut s'avérer traumatisante.

L'outil privilégié à l'heure actuelle par les pouvoirs publics est le groupement hospitalier de territoire (GHT) présenté comme un moyen de réformer la carte sanitaire française. Certes, l'inscription d'un établissement social ou médico-social (ESMS) autonome dans un GHT se fait sur la base du volontariat, contrairement aux établissements de soins que le

15. Souligné par l'auteur. Propos recueillis par Nadia Graradji, « Statut des D3S. Le bilan du ministère jugé "très décevant" », *Géroskopie*, n° 80, mai 2017.

16. Propos recueillis par Noémie Colomb dans *Direction[s]*, n° 148, décembre 2016.

directeur général de l'ARS peut contraindre à s'inscrire dans le GHT. De plus, les GHT n'ont pas la personnalité juridique. Il n'en reste pas moins que la recomposition du champ sanitaire est perçue par certains acteurs comme une opportunité d'avancer dans cette imbrication du sanitaire et du médico-social : « Le secteur médico-social n'est à première vue ni la cible ni une priorité de la stratégie de groupe portée par les groupements hospitaliers de territoire créés par la loi de modernisation de notre système de santé. Pourtant, à travers cette mutualisation des moyens que propose le GHT, il a tout à gagner des appuis techniques du secteur sanitaire et peut valoriser auprès de ce dernier un rôle d'expertise en faisant découvrir son savoir-faire en matière de prise en charge des publics les plus fragiles » (Tassery *et al.*, 2016). Ajoutons que le caractère volontaire de l'inscription des ESMS n'est pas garanti sur le long terme.

IV.3. Diffusion des normes et rôle des agences

Nicolas Belorgey a montré le rôle essentiel des agences ¹⁷ dans l'élaboration et la diffusion des nouvelles normes managériales dans le secteur hospitalier (Belorgey, 2010). Or le rôle de ces agences s'est étendu ces dernières années au champ médico-social.

Ainsi, l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) a été créée en 2009 par regroupement de trois organismes du domaine sanitaire ¹⁸, mais ses missions sont étendues au champ médico-social. Elle a pour objet « d'aider les établissements de *santé et médico-sociaux* à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses ¹⁹ ». Elle agit dans le champ de la formation et du conseil par le biais de cabinets privés qu'elle agréé et qui diffusent ses normes et ses valeurs. Certes, elle partage son influence avec l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) créée en 2007. Mais cette dernière est plutôt orientée sur les principes de prise en charge. Et surtout, l'Anap a renforcé ces dernières années son rôle à travers la construction du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (TDB) commun à 20 catégories d'établissements et services médico-sociaux (ESMS). Telle que présentée sur le site de l'Anap, ce dernier permet :

17. Entendu au sens strict, l'ARS n'est pas forcément une agence puisqu'elle s'apparente autant à un service déconcentré de l'État qu'à un lieu d'expertise indépendant de celui-ci. Dans le champ de la santé, la haute autorité de santé (HAS) ressemble plus à cette dernière définition.

18. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH).

19. Article L. 6113-10 du Code de la santé publique.

- un dialogue de gestion entre les structures, les ARS et les conseils départementaux ;
- le pilotage interne pour les ESMS ;
- de *benchmarker* entre ESMS de même catégorie ;
- de connaître l'offre territoriale pour les ARS et conseils départementaux.

L'outil coconstruit avec de nombreux acteurs du secteur médico-social et généralisé progressivement entre 2015 et 2018 renforcera l'acculturation du secteur médico-social à la vision de la performance défendue par l'Anap.

V. La promotion d'un discours réformateur endogène au secteur médico-social

Les éléments qu'on voudrait présenter maintenant font supposer à l'inverse que le secteur médico-social serait amené à perdurer. En reprenant les approches cognitivistes, cela suppose la mise en place d'un référentiel sectoriel. Ce dernier se doit d'être compatible avec le référentiel global qui énonce notamment la nécessité de la réduction des dépenses publiques et la supériorité des outils marchands dans l'allocation des ressources. Mais un référentiel sectoriel suppose aussi une formulation endogène qui garantisse sa légitimité pour les acteurs du secteur. Les enjeux ne sont pas seulement sémantiques. Les configurations institutionnelles, l'exercice du pouvoir au sein du secteur ou la délimitation des frontières sont affectés par l'adoption de ces « nouvelles » représentations.

V.1. La montée en puissance de la perte d'autonomie

Un des enjeux de la survie de la catégorie de médico-social consiste, comme on l'a vu, dans sa capacité à subsumer les notions de handicap et de dépendance et donc à dépasser la séparation entre populations et institutions qui en découlent. Un tel dépassement est difficile à imaginer tant cette division structure les modes d'accompagnement, de financement et d'indemnisation (Ramos-Gorand, Rapegno, 2016). Elle s'intègre aussi à des cultures professionnelles : elle structure notamment les spécialités médicales et le déroulement de carrière de beaucoup d'acteurs du médico-social. Néanmoins certaines évolutions institutionnelles récentes dessinent la possibilité de politiques de plus en plus imbriquées. Historiquement, une étape importante a été posée avec la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2003. Son article 8 énonce : « Il est institué une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. » La notion de perte d'autonomie trace un espace commun à la politique de dépendance et à celle du handicap, les

compétences de la CNSA existant dans ces deux champs aussi bien pour ses propres financements, la ventilation des crédits de l'assurance-maladie, l'animation de réseaux ou encore l'élaboration de référentiels.

À côté de cette réforme nationale impulsée par le pouvoir politique en réponse à la canicule de 2003, plusieurs initiatives institutionnelles au niveau local témoignent de l'usage croissant du terme d'autonomie et des convergences afférentes :

- la quasi-totalité des départements ont construit des directions de l'autonomie chargées à la fois des personnes âgées et des personnes handicapées ;

- les centres locaux d'information et de coordination (Clic) initialement destinés au champ gérontologique et les maisons départementales des personnes handicapées, groupements d'intérêt public, sont mis en liaison par plusieurs départements dans le but de créer des maisons de l'autonomie. Depuis la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, ces maisons peuvent être labellisées dans la CNSA si elles répondent à son cahier des charges.

Ces deux exemples témoignent d'un « isomorphisme institutionnel » à la fois normatif et mimétique, c'est-à-dire la généralisation de schémas testés par certains départements à la fois sous la pression des organisations professionnelles et des réseaux administratifs et la tendance des organisations d'un même champ à s'imiter (Frinault, 2014).

Le vocable d'autonomie semble ainsi être une ressource pour contribuer à l'unification du secteur médico-social.

V.2. La désinstitutionnalisation

Comme dans le cas de la qualité en santé, la thématique de la désinstitutionnalisation permet de conjuguer un impératif gestionnaire (elle peut justifier la fermeture de services d'hébergement) et en même temps de faire échapper les personnes accueillies à des institutions totales (Goffman, 1968). On peut ajouter à cette approche globale des constats spécifiques à certaines populations qui légitiment les évolutions du système comme la volonté des personnes âgées de finir leurs vies à leur domicile.

Les trajectoires nationales divergent fortement sur cette question ainsi que les différents sous-secteurs. Le secteur de l'enfance handicapée semble à ce titre un de ceux où cette démarche est la plus avancée. La désinstitutionnalisation est ici synonyme de scolarisation en milieu ordinaire. Les promoteurs de cette démarche peuvent s'appuyer sur un certain nombre de textes internationaux. Le comité des ministres du Conseil de l'Europe a notamment adopté le 3 février 2010 une recommandation relative à la « désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité » qui stipule : « Le placement en institution soulève de nombreuses

inquiétudes quant à sa compatibilité avec l'exercice des droits de l'enfant. Sauf circonstances exceptionnelles, aucun enfant ne devrait être placé en institution. Il convient, par ailleurs, de remplacer le placement en institution par des services de proximité dans un délai raisonnable et dans une démarche globale. » La désinstitutionnalisation est un processus continu s'inscrivant sur le long terme. Le texte souligne donc l'importance de garantir, tout au long du processus de transition, les droits des enfants handicapés et des jeunes adultes vulnérables placés en institution. En France, la loi du 8 juillet 2013 énonce le principe de la scolarisation de tous les enfants handicapés. Mais les modalités peuvent varier : l'inclusion individuelle signifie admission dans une classe « ordinaire » avec présence d'un accompagnant des élèves en situation de handicap (AESH) ; l'inclusion collective nécessite un partenariat entre ESMS et établissements scolaires avec des modalités différentes.

Pour l'aide aux personnes âgées dépendantes et les personnes majeures en situation de handicap, la question de la désinstitutionnalisation peut aussi se voir à travers le prisme d'un « virage ambulatoire » que rendent possible les différentes formes de services à domicile existantes.

Conclusion

Le médico-social est dans une situation plus enviable que le secteur sanitaire au regard de l'évolution des budgets. Si on s'en tient à une évolution nominale, l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam) médico-social a progressé de 63 % de 2006 à 2016 quand l'Ondam global a augmenté de seulement 28,8 % (CNSA, 2017). Certes, il faut pondérer ces chiffres au regard de l'évolution des besoins, mais on peut néanmoins considérer que les réformes engagées le sont dans un contexte moins contraint que d'autres champs des politiques de santé. Cette spécificité permet aussi de faire ressortir les autres aspects des évolutions contemporaines : la gouvernance du système, le type de services rendus aux populations, la répartition des compétences entre professionnels et au final, l'autonomie relative du secteur. Cette dernière peut être envisagée à travers les différents mouvements que nous avons évoqués. Qu'on envisage une fusion dans le sanitaire, une réaffirmation de l'autonomie intellectuelle du médico-social ou l'affaiblissement généralisé de la notion de secteur, il est fort probable qu'aucun de ces *scenarii* ne se déroule intégralement ni exclusivement. Mais chacun contient une clef d'explication des transformations en cours construite à partir d'une trajectoire historique. Ce que l'exemple du médico-social illustre, c'est la diversité des discours de justification des réformes contemporaines et finalement le caractère plus contingent qu'il n'y paraît de leur réussite.

Références bibliographiques

- Barnouin T., Darcillon T. (2017), « Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014 », *Études et Résultats*, n° 0999, Drees, <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er999.pdf>.
- Baudot P.-Y. (2016), « Le handicap comme catégorie administrative. Instrumentation de l'action publique et délimitation d'une population », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4, p. 63-87.
- Belorgey N. (2010), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.
- Belorgey N. (2013), « Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière », *Travail et Emploi*, n° 133, p. 25-38, <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5893>.
- Bezes P. (2005), « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, n° 126, p. 26-37, <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-6-page-26.htm>.
- Bezes P. (2009), *Réinventer l'État : les réformes de l'administration française, 1962-2008*, Paris, Puf.
- Bezes P. (2012), « État, experts et savoirs néo-managériaux. Les producteurs et diffuseurs du New Public Management en France depuis les années 1970 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, p. 16-37, <https://doi.org/10.3917/arss.193.0016>.
- Borgetto M. (2010), « La décentralisation du "social" : de quoi parle-t-on ? », *Informations sociales*, n° 162, p. 6-11, <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-6-page-6.htm>.
- Bruno I., Didier E. (2013), *Benchmarking : l'État sous pression statistique*, Paris, La Découverte.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2017), *Les chiffres clefs de l'aide à l'autonomie 2017*, http://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf
- Claveranne J.-P., Robelet M., Piovesan D., Cret B., Jaubert G., Guilhot N. (2012), *La construction sociale du marché du handicap. Entre concurrence associative et régulation publique (1943-2009)*, Rapport de l'Ifross, Université Lyon 3, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00756821v1/document>.
- Cret B., Robelet M., Jaubert G. (2013), « La (dé)construction politique des associations gestionnaires d'établissements », *Terrains et Travaux*, n° 23, p. 39-58, <https://www.cairn.info/revue-terrains-et-travaux-2013-2-page-39.htm>.
- Frinault T. (2005), « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, n° 72, p. 11-31, <https://doi.org/10.3917/pox.072.0011>.
- Frinault T. (2013), « Réforme française de l'allocation dépendance et gestion départementale : un jeu d'influences réciproques », *Gouvernement et action publique*, n° 1, p. 39-62, <https://doi.org/10.3917/gap.131.0039>.
- Frinault T. (2014), « Handicap et dépendance : entre différenciation du droit social et unification des politiques locales », in Martin P. (dir.), *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'État social*, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, p. 73-101.

- Goffman E. (1968), *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit.
- Gurruchaga M. (2015), « Les ARS à l'épreuve de la déssectorialisation de l'action publique », in Alam T., Gurruchaga M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé. Regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, GRALE/L'Harmattan, p. 75-90.
- Halpern C., Jacquot S. (2015), « Quelle actualité de la notion de secteur ? Aux frontières de l'action publique : l'instrumentation comme logique de (dé)sectorisation », in Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P. (dir.), *Une French Touch dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po, p. 57-84, <https://spire.sciencespo.fr/hdl:/2441/34h51tdfuu9b3876si5snsacbk/resources/halpern-jacquot-finale-65349.pdf>.
- Jobert B. (dir.) (1994), *Le tournant néo-libéral en Europe : idées et recettes dans les pratiques gouvernementales*, Paris, L'Harmattan.
- Jobert B., Muller P. (1987), *L'État en action : politiques publiques et corporatismes*, Paris, Puf.
- Jourdain A., Muñoz J., Hudebine H. (2017), « Les acteurs de la loi HPST confrontés à la recentralisation du secteur médicosocial », *Santé publique*, n° 29, p. 345-360, <https://doi.org/10.3917/spub.173.0345>.
- Lacouette-Fougère C., Lascoumes P. (2013), *Les scènes multiples de l'évaluation. Les problèmes récurrents de son institutionnalisation*, Liepp, Sciences Po, Paris, <https://evaluationvigie.fr/wp-content/uploads/2014/04/LIEPP-Rapport-3-scenes-multiples-201305.pdf>.
- Lafore R. (2004), « La décentralisation de l'action sociale. L'irrésistible ascension du "département providence" », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4, p. 17-34, <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-4-page-17.htm>.
- Lafore R. (2010), « Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale », *Informations sociales*, n° 162, p. 64-71, <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2010-6-page-64.htm>.
- Lafore R. (2013), « Où en est-on du "département-providence ?" », *Informations sociales*, n° 179, p. 12-27, <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-5-page-12.htm>.
- Marais M.-C., Rapegno N. (2015), « La loi HPST, l'aboutissement d'un processus de planification médico-sociale ? », in Alam T., Gurruchaga M. (dir.), *Collectivités, territoires et santé : regards croisés sur les frontières de la santé*, Paris, GRALE/L'Harmattan, p. 135-154.
- Muller P. (1990), *Les politiques publiques*, Paris, Puf.
- Ogien A. (2010), « La valeur sociale du chiffre. La quantification de l'action publique entre performance et démocratie », *Revue française de socio-économie*, n° 5, p. 19-40, <https://doi.org/10.3917/rfse.005.0019>.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- Pierru F. (2012), « Le mandarin, le gestionnaire et le consultant. Le tournant néo-libéral de la politique hospitalière », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 194, p. 32-51, <https://doi.org/10.3917/ars.194.0032>.
- Pierru F., Rolland C. (2013), « Les ARS : agences ou services déconcentrés de l'État ? », *Revue générale de droit médical*, n° 46, p. 39-47.

- Ramos-Gorand M., Rapegno N. (2016), « L'accueil institutionnel du handicap et de la dépendance : différenciations, conséquences territoriales et parcours résidentiels », *Revue française des Affaires sociales*, n° 4, p. 225-247.
- Rolland C., Pierru F. (2013), « Les Agences régionales de santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé publique*, n° 25, p. 411-419, <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-411.htm>.
- Supiot A. (2015), *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014)*, Paris, Fayard.
- Tassery M., De Bonnay P., Rouault B. (2016), « Quelle organisation médico-sociale au regard des GHT ? », *La Revue hospitalière de France*, n° 569, p. 36-43.

Textes juridiques

Journal officiel, Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, 1^{er} juillet 2004.

Travaux d'étudiants

Marion-Simonet (2016) *L'influence de l'association « le clos du nid » dans la construction de l'équipement médicosocial en Lozère*, note d'études sur les politiques publiques dans le cadre de la formation « directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social ».

Résumés des articles

Introduction

La santé, une clef de lecture centrale des sociétés

Philippe BATIFOULIER, Nicolas DA SILVA et Antoine MATH

La santé est un besoin fondamental et universel dont la satisfaction conditionne de façon cruciale le bien-être des populations. Elle occupe de ce fait une place centrale dans l'étude des problèmes économiques et sociaux et constitue un étalon majeur d'évaluation des transformations de la société. Les contributions rassemblées dans ce numéro spécial s'inscrivent dans cette démarche en analysant certaines de ces transformations à l'aune de leurs effets sur la santé des populations. Dans un contexte marqué par diverses formes de « privatisation » du secteur de la santé, ces contributions mettent en lumière les conséquences souvent négatives des politiques publiques, à la fois sur l'état de santé des populations mais aussi sur les conditions de travail du personnel soignant.

Les effets des politiques d'austérité sur les dépenses et services publics de santé en Europe

Antoine MATH

Cet article analyse l'évolution des politiques et des dépenses de santé depuis la grande récession (2008-2009) dans les pays européens. Dans un premier temps, l'article analyse les modalités des réformes et des mesures prises dans le secteur de la santé, en particulier depuis le tournant de l'austérité débuté en 2010, qu'il s'agisse de mesures visant à diminuer directement le volume et le prix des soins au moyen d'une limitation des emplois et des rémunérations dans le secteur de la santé ou à travers des réformes plus « structurelles ». La compression des dépenses publiques de santé a été d'autant plus forte que les mesures ont porté sur le facteur travail. Dans un second temps, l'article documente et analyse l'évolution des dépenses de

santé. Si la croissance des dépenses (totales et publiques) de santé a été très peu altérée durant la récession de 2008-2009, une rupture est intervenue dans tous les pays après 2009 (l'Allemagne faisant exception). Certains pays « périphériques » ont connu une baisse des dépenses de santé sans équivalent dans l'histoire contemporaine. L'article conclut sur les limites des politiques d'austérité appliquées au champ de la santé, non pas tant au regard de leurs effets sur le soin ou la situation sanitaire, mais au regard même de leur objectif de réduction des déficits publics. Les travaux montrent que les restrictions opérées dans les dépenses publiques de santé, mais aussi celles en matière d'éducation et de protection sociale, ont des effets récessifs désastreux et s'avèrent inefficaces, ou moins efficaces que des réductions d'autres dépenses publiques.

L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé

Nicolas DA SILVA

La réponse principale à la violente crise économique commencée en 2007 a été la mise en place et le renforcement de politiques de rigueur dans de nombreux pays. Or, les difficultés économiques marquent les corps et les vies de celles et ceux qui en souffrent. Dans ce contexte, mener une politique d'austérité ou de relance peut avoir des effets différenciés sur la santé de la population. Cet article a pour objectif de proposer un état de l'art sur la relation ambiguë entre conditions macroéconomiques et santé – est-ce la crise économique ou l'austérité qui détériore l'état de santé ? Si les travaux des économistes ont tendance à montrer que la crise économique est bonne pour la santé, une littérature plus récente issue de l'épidémiologie démontre qu'en cas de fluctuation économique la réponse politique est déterminante : quand la relance peut sauver des vies, l'austérité tue.

Le démantèlement méthodique et tragique des institutions grecques de santé publique

Noëlle BURGI

Le système national de santé grec a été démantelé par l'application d'un ensemble de mesures imposées depuis 2010 par les créanciers de la Grèce dans les secteurs de santé primaire, secondaire et pharmaceutique. Ce texte présente une analyse critique des principales mesures de compression budgétaire mises en place dans ces secteurs et introduit un débat sur des initiatives communautaires censées renforcer certains déterminants sociaux de la santé (indemnités de chômage, assurance maladie, revenu minimum garanti). Il apparaît que les politiques mémorandaires ont manqué le but

d'efficacité et d'efficacité affichée, mais peut-être pas le projet implicite de construire un « nouveau modèle social européen » réduit à quelques prestations tout juste suffisantes à la survie des dépossédés. En s'appuyant sur de nombreux travaux scientifiques, des entretiens en Grèce auprès de militants et dans des établissements de soin et une enquête en cours dans des quartiers ouvriers du Pirée, l'article conclut à l'épuisement – passager ? – des forces luttant pour la survie des droits sociaux démocratiques.

**Politique d'austérité et politique du médicament en France
et au Royaume-Uni : une analyse de leurs répercussions
sur le modèle de production pharmaceutique**

Philippe ABECASSIS et Nathalie COUTINET

Les politiques d'austérité instaurées en France et au Royaume-Uni depuis les années 1990, renforcées après la crise de 2008, ont conduit à une rationalisation drastique des dépenses de santé, en particulier pour les dépenses de médicaments qui représentent une part importante des dépenses de santé. Bien que les politiques menées dans les deux pays semblent très différentes, cette rationalisation a pris la forme d'une privatisation accrue, d'un durcissement des mécanismes de contrôle des prix des médicaments les plus coûteux et d'incitations à la consommation de médicaments les moins chers, comme les génériques. Les firmes pharmaceutiques n'ont pourtant pas beaucoup souffert de ces mesures. Si elles ont d'abord réagi en acceptant provisoirement de développer la production de médicaments génériques, elles ont, à partir de 2012, déployé un nouveau modèle de production de médicaments innovants à prix élevés, fondé sur les biotechnologies et la médecine personnalisée. Cette stratégie, menée avec la bienveillance des systèmes de santé, s'appuie sur une production externalisée permettant aux firmes de réduire leurs risques financiers et de réaliser d'importants profits.

Le chômage : un problème de santé publique majeur

Pierre MENETON, Marie PLESSZ, Émilie COURTIN, Céline RIBET, Marcel GOLDBERG et Marie ZINS

Les études disponibles dans plusieurs pays et les quelques données obtenues récemment en France suggèrent que les conséquences du chômage sur la santé vont bien au-delà de l'augmentation de la fréquence des suicides. L'incidence des pathologies chroniques, maladies cardiovasculaires et cancers en premier lieu, semble également fortement augmentée chez les chômeurs par rapport aux travailleurs. Les mécanismes par lesquels le chômage est susceptible de dégrader l'état de santé sur le long terme sont

encore à éclaircir : exposition accrue à des facteurs de risque comportementaux, accès réduit au système de soins, effets organiques plus directs sont autant de pistes possibles. D'ores et déjà, il serait souhaitable que le corps médical soit sensibilisé sur les risques encourus par les chômeurs afin de les aider à les réduire autant que faire se peut.

Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?

Samia BENALLAH et Jean-Paul DOMIN

Ce travail interroge les changements organisationnels qui se sont imposés au secteur hospitalier depuis le début des années 1990 et ce qu'ils sont susceptibles de produire sur le travail et la santé des personnels du secteur. Pour cela, nous étudions la logique des réformes menées sur la période (transformation du mode de financement des établissements, développement des procédures d'accréditation). Nous montrons que celles-ci sont mises en place dans un double objectif d'accroissement de la productivité du travail et d'amélioration de la qualité des soins et qu'elles s'imposent dans un environnement de travail déjà très contraint. À partir des trois dernières éditions de l'enquête Conditions de travail, nous analysons ensuite la manière dont ces réformes semblent se traduire sur les contraintes de rythme imposées aux travailleurs du secteur et les conflits de valeur auxquelles ces contraintes sont associées.

De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social

Annie DUSSET, Laura NIRELLO et Emmanuelle PUISSANT

Les politiques publiques gérontologiques se sont succédé depuis les années 1980, oscillant entre politiques sociales et médico-sociales, et politiques de l'emploi. Depuis deux décennies, mais avec une nette accélération depuis les années 2000, ces politiques publiques, intervenant aussi bien dans le champ de l'hébergement que dans celui du domicile, se caractérisent par un changement de référentiel : le référentiel industriel de ces secteurs tertiaires, qui se caractérise par « une recherche d'une standardisation poussée des procédés » (Gadrey, 1994:118), est désormais affiché au niveau politique national. Il s'accompagne d'une rationalisation importante de l'organisation des services et du travail, aussi bien dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) que dans les organisations d'aide à domicile ; la rationalisation étant perçue par les autorités locales de tarification comme un moyen de « maîtriser » les dépenses

publiques. L'article s'attache à analyser les répercussions de cette rationalisation sur les conditions de travail des salariées qui se dégradent.

**Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique :
l'exemple du secteur médico-social**

Gaël CORON

L'article analyse les évolutions du secteur médico-social au regard des transformations contemporaines de l'action publique qui ont justement comme effet de réduire les particularités des secteurs de politique publique. Après avoir rappelé la difficulté d'identifier le médico-social comme objet spécifique, trois *scenarii* sont évoqués pour son avenir : une forte réduction de son autonomie, un rapprochement fort avec le secteur sanitaire et la réaffirmation de son autonomie à travers la construction en cours d'un discours endogène. Chacun de ces *scenarii* s'appuie sur une analyse des évolutions récentes des politiques médico-sociales.

English Abstracts

Introduction

Health: A major Key to Understanding Societies

Philippe BATIFOULIER, Nicolas DA SILVA and Antoine MATH

Health is a fundamental and universal need, the fulfilment of which is a vital factor in determining the well-being of the population as a whole. It therefore plays a key role in studying economic and social problems and is a major benchmark in evaluating transformations in society. The articles in this special issue analyse such transformations in terms of their impact on the health of the population at large. In a context of various forms of privatisation in the health sector, the articles shed light on the often negative consequences of public policy, both on public health and the working conditions of employees in the healthcare sector.

The Impact of Austerity Policies on Health Expenditure and Health Services in Europe

Antoine MATH

The article analyses changes in health policy and expenditure since the major European recession of 2008-9. It starts by looking at the nature of the reforms and new measures in the health sector, particularly since the imposition of austerity measures in 2010, including those intended to

reduce the quantity and cost of treatment directly by limiting employment opportunities and remuneration in the health sector and more “structural” reforms. The squeeze on public health expenditure has been all the more powerful since the measures have impacted the labour factor. The article then records and analyses changes in health expenditure over time. While the growth in total and public health expenditure was little affected by the 2008-9 recession, a significant decline emerged in all countries after 2009, with the exception of Germany. Some so-called “peripheral” countries experienced a fall in health expenditure unparalleled in modern times. The article concludes with a study of the limits of austerity policies in the health field, not in terms of their impact on care or public health, but in terms of their objective in shrinking the public deficit. The research demonstrates that restrictions in public expenditure on health, education, and social protection have disastrous recessive effects and are less effective than reducing public expenditure in other areas.

The Impact of Macroeconomic Conditions on Health

Nicolas DA SILVA

The principal response to the violent economic crisis that started in 2007 was the implementation and strengthening of belt-tightening policies in many countries. Economic difficulties leave traces on the bodies and lives of those affected. In this context, austerity or economic growth policies can have diverse impacts on the health of the population. This article aims to study the uncertain relationship between macroeconomic conditions and health. Has health been more negatively impacted by the economic crisis or by the austerity that followed? While research by economists tends to demonstrate that economic crisis is good for health, more recent studies in epidemiology show that in unsteady economic times, the political response is vital. Policies aimed at kickstarting growth save lives, while austerity is a killer.

The Methodical Dismantling of Greek Public Health Institutions: A Modern Tragedy

Noëlle BURGI

The Greek national health system has been dismantled by a series of measures imposed since 2010 by the country’s creditors in the primary and secondary health and pharmaceutical sectors. The article offers a critical analysis of the main budget restriction measures implemented in these sectors and discusses community initiatives intended to strengthen key

social impact factors on health, including unemployment benefits, health insurance, and a guaranteed minimum income. It seems that such bail-out-driven policies missed their intended target of efficiency and efficacy, while perhaps supporting the implicit project to build a “new European social model” limited to a handful of benefits barely enough to keep the dispossessed alive. The article draws on much scholarly research, interviews with Greek activists and health workers, and a survey currently underway in working-class districts of Piraeus, Athens, to conclude that the forces fighting to protect democratic social rights have been (temporarily?) exhausted.

Analysing the Impact of Austerity and Medicine Policies on the Pharmaceutical Production Model in France and the United Kingdom

Philippe ABECASSIS and Nathalie COUTINET

The austerity policies implemented in France and the UK since the 1990s and ramped up following the 2008 crisis have led to a drastic rationalisation of health spending, particularly for medicines, which make up a significant proportion of health expenditure. While the policies on either side of the Channel may appear very different, rationalisation has taken the form of increased privatisation, tightening the mechanisms governing the cost of the most expensive treatments, and drives to promote cheaper medicines such as generic drugs. However, pharmaceutical companies have not particularly suffered as a result of these measures. While at first they agreed to temporarily expand the production of generic drugs, from 2012 on they unrolled a new production model developing innovative high-cost medicines based on biotechnology and personalised medicine. This strategy, developed with the approval of the respective national health systems, is based on outsourced production that reduces the company’s financial risk while making significant profits.

Unemployment as a Major Public Health Issue

Pierre MENETON, Marie PLESSZ, Émilie COURTIN, Céline RIBET, Marcel GOLDBERG and Marie ZINS

Studies from several countries and data recently compiled in France suggest that the impact of unemployment on health does much more than simply increase suicide rates. Rates of chronic disease, heart disease, and cancer all appear to be considerably higher in the unemployed than in the workforce. The mechanisms whereby unemployment is liable to lead to a long-term decline in health have yet to be uncovered: increased exposure to behavioural risk factors, reduced access to the health system, and more

direct organic effects are all possibilities. Health workers should be made aware of the risk to the unemployed to help mitigate its impact as far as possible.

The Impact of Hospital Reforms on Staff Working Conditions and Health

Samia BENALLAH and Jean-Paul DOMIN

The article explores the organisational changes imposed on the hospital sector since the early 1990s and their likely impact on staff working conditions and health. It looks at the logic of reforms implemented during the period, particularly changes to the way hospitals are financed and the development of accreditation procedures. It demonstrates that the reforms are implemented with the twofold aim of increasing productivity and improving the quality of care and that they have been imposed in a working environment that already operates under heavy constraints. Based on the three most recent surveys of working conditions, the article then analyses how the reforms appear to translate into constraints on the pace of activity imposed on workers in the sector and value conflicts associated with such constraints.

From Restricting Social Policy Budgets to Deteriorating Working Conditions in the Medico-social Sector

Annie DUSSUET, Laura NIRELLO and Emmanuelle PUISSANT

Public policy on elderly care has changed several times since the 1980s, varying from social and social health policies to employment policies. Over the past two decades, and with a clear increase in pace since the turn of the millennium, public policies on sheltered accommodation and keeping the elderly in their own homes have changed their frame of reference: the industrial reference of these tertiary sectors, characterised by “the quest for advanced standardisation of procedures” (Gadrey, 1994: 118), has now been incorporated into national policy. It is accompanied by significant rationalisation in the organisation of both services and labour, both in sheltered accommodation for the dependent elderly (EHPADs) and in home help services, rationalisation being seen by local pricing authorities as a way of controlling public expenditure. The article analyses the negative repercussions of rationalisation on the working conditions of the largely female workforce.

**Managerial Reforms and Redefining Public Action Categories:
The Example of the Medico-social Sector**

Gaël CORON

The article analyses developments in the medico-social sector in terms of the contemporary transformations of public action whose effect has been to reduce the specificities of public policy sectors. It starts by discussing the difficulty of identifying the medico-social sector as a specific object, then turns to three potential scenarios for its future: a considerable diminution in autonomy, a major rapprochement with the healthcare sector, and the affirmation of its autonomy by means of the ongoing construction of an endogeneous discourse. Each scenario is based on an analysis of recent trends in medico-social policy.

BULLETIN d'ABONNEMENT 2018

nom, prénom _____

fonction _____

adresse _____

tél. _____

e-mail _____

Désire m'abonner à :

- La Chronique internationale de l'IRES* au prix de 30,00 €.
- La Revue de l'IRES* au prix de 79,00 €.
- La Chronique internationale de l'IRES + Revue* au prix de 99,00 €.

Les étudiants (justificatif à l'appui) pourront bénéficier d'une remise de 50 % sur les abonnements et sur les publications achetées à l'unité.

Règlement par :

- Chèque bancaire (payable en France) à l'ordre de l'IRES
- Virement à l'ordre de l'IRES - Banque CDC
IBAN FR72 4003-1000-0100-0024-5046-D80 – BIC : CDCGFRPPXXX

date et signature

La Revue de l'IRES est une revue pluridisciplinaire publiée par l'Institut de Recherches Économiques et Sociales. Elle est destinée à nourrir la connaissance dans les domaines intéressant l'ensemble des organisations syndicales : marché du travail et politiques d'emploi, politique économique, revenus et protection sociale, conditions de travail et activité de travail, modes de gestion des salariés, relations professionnelles. S'adressant aux chercheurs, praticiens et experts venant de différentes disciplines (droit, économie, gestion, histoire, sociologie, sciences politiques), La Revue de l'IRES porte une attention particulière aux articles novateurs issus d'enquêtes empiriques ou mobilisant une méthodologie originale, ainsi qu'aux éclairages comparatifs internationaux sur les relations sociales.

Les articles proposés pour publication à La Revue de l'IRES sont évalués de façon collégiale par un comité de lecture formé du directeur de l'IRES, de la rédactrice en chef de la revue, d'un(e) rapporteur(e) interne et de la secrétaire de rédaction (acceptation pour discussion en réunion d'équipe, demande de modifications préalables ou refus). Lorsque le projet d'article est accepté, l'auteur en fait une présentation lors d'un séminaire composé des chercheurs de l'IRES et des conseillers techniques des organisations syndicales réunis en comité de lecture. À la suite de la réunion, une synthèse des remarques du comité de lecture est transmise à l'auteur pour modification avant l'envoi de sa version finale.

Les propos tenus par les auteurs n'engagent qu'eux et ne reflètent en aucun cas la position de l'IRES sur les thématiques traitées.

Le fait de soumettre un article à La Revue de l'IRES vaut accord autant pour la diffusion de son édition papier que son édition électronique (sur le site de l'IRES comme sur le site Cairn.info).

Modalités d'envoi : les articles, qui ne doivent pas excéder 60 000 signes (notes et tableaux compris), doivent être envoyés au secrétariat de rédaction de la revue (julie.baudrillard@ires.fr). Voir les consignes aux auteurs sur le site de l'IRES (www.ires.fr).

2017 72-3 ÉTÉ SUMMER

REVUE TRIMESTRIELLE
RELATIONS INDUSTRIELLES

RIIR

Revue trimestrielle bilingue publiée
depuis 1945 par le Département des
relations industrielles de l'Université Laval

INDUSTRIAL RELATIONS
QUARTERLY REVIEW

SYMPOSIUM

ÉDITEURS/EDITORS

MARTINE D'AMOURS, YANICK NOISEUX, CHRISTIAN PAPINOT
ET/AND GUYLAINE VALLÉE

Introduction (français/anglais)

Les nouvelles frontières de la relation d'emploi
New Frontiers of the Employment Relationship

MARTINE D'AMOURS, YANICK NOISEUX, CHRISTIAN PAPINOT
ET/AND GUYLAINE VALLÉE

ARTICLES

Zone grise d'emploi, pouvoir de l'employeur et
espace public: une illustration à partir du cas Uber

CHRISTIAN AZAÏS, PATRICK DIEUAIDE ET DONNA KESSELMAN

From Wellington to Quebec: Attracting Hollywood
and Regulating Cultural Workers

MAUDE CHOKO AND BRIDGET CONOR

Entre salariat et indépendance: analyse juridique et
économique de la relation franchisé-franchiseur

URWANA COIQUAUD ET ISABELLE MARTIN

La représentation collective au travail en contexte
d'externalisation des services publics d'aide à
domicile au Québec

LOUISE BOVIN

Winning Conditions of Precarious Workers'
Struggles: A Reflection Based on Case Studies
from South Korea

BYOUNG-HOON LEE AND SOPHIA SEUNG-YOON LEE

Quand le droit conforte les stratégies syndicales
reproduisant les arrangements institutionnels
sources de discrimination systémique

CAROLE YEROCHIEWSKI ET DIANE GAGNÉ

HORS THÈME/OTHER ISSUE

Young Workers' Perceptions of Trade Unions
in Portugal

ILONA KOVÁCS, JOÃO DIAS AND MARIA DA CONCEIÇÃO CERDEIRA

A bilingual quarterly published since
1945 by the Industrial Relations
Department, Université Laval

RI/IR EN LIGNE

RI/IR est disponible en ligne
sur le site Érudit :

www.erudit.org/revue/ri

Pour abonnement institutionnel,
contacter Érudit.

Pour consulter les règles de
publication ou vous abonner,
visitez notre site Internet :

www.riir.ulaval.ca

RI/IR ONLINE

RI/IR is available on line on
Érudit website at:

www.erudit.org/revue/ri

For an institutional subscription
to digitalized issues,
please contact Érudit.

Visit our website for Notes to
contributors or to subscribe:

www.riir.ulaval.ca

RELATIONS INDUSTRIELLES
INDUSTRIAL RELATIONS

Pavillon J.-A.-DeSève
1025, avenue des Sciences-Humaines
Bureau 3129, Université Laval
Québec (Québec) Canada G1V 0A6

TÉLÉPHONE : (418) 656-2468

COURRIEL / E-MAIL :
relat.ind@rtl.ulaval.ca

www.riir.ulaval.ca



TRAVAIL et EMPLOI

n° 150, avril-juin 2017

Genre et travail indépendant

INTRODUCTION

Genre et travail indépendant

Divisions sexuées et places des femmes dans le non-salariat
Sarah Abdelnour, Sophie Bernard, Julien Gros

ARTICLES

Des artisans d'art aux artisanes d'art

Ce que le genre fait aux métiers d'art indépendants
Anne Jourdain

Le prix du « retour » chez les agriculteurs « néo-ruraux »

Travail en couple et travail invisible des femmes
Madlyne Samak

Les Mompreneurs

Entre entreprise économique, identitaire et parentale
Julie Landour

Femmes salariées et non salariées : quelles différences de temps de travail ?

Amandine Barrois, François-Xavier Devetter

NOTES DE LECTURE

Michel Husson, *Créer des emplois en baissant les salaires ?*

Une histoire de chiffres

Éric Heyer

Julian Mischi, *Le Bourg et l'Atelier. Sociologie du combat syndical*

Alexandre Hobeika

Pour consulter *Travail et Emploi* en version numérique, rendez-vous sur les plateformes Cairn, Revues.org et les pages de la revue sur le site de la Dares : les articles de plus de deux ans y sont en accès gratuit et les notes de lecture librement consultables dès leur parution. Le texte intégral des articles les plus récents est disponible, en accès payant, sur Cairn.

Pour vous abonner à *Travail et Emploi* au format papier ou acheter un numéro, vous pouvez consulter le site de la Documentation française (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>) ou appeler le 01 40 15 70 00.

• Tarifs :

Le numéro : 20 €
L'abonnement un an (quatre numéros) :
France métropolitaine : 63 € TTC ;
Dom-Tom et RP : 69,70 € HT avion éco ;
Europe : 68 € TTC ;
autres pays : 71,70 € TTC avion éco.

• Adresse de la rédaction :

Revue *Travail et Emploi*
Dares-Mission animation
de la recherche
39-43 quai André Citroën
75015 Paris

L'IRES

L'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) a été créé en 1982 par l'ensemble des organisations syndicales représentatives françaises, avec le concours du gouvernement. La CFDT, la CFE-CGC, la CFTC, la CGT, la CGT-FO et l'UNSA-Education le gèrent en commun depuis cette date.

L'IRES est juridiquement constitué sous forme d'association. Son conseil d'administration est composé de neuf syndicalistes, neuf personnalités scientifiques et quatre représentants du Premier ministre. Son bureau regroupe six syndicalistes, un par organisation constitutive. La présidence est assumée à tour de rôle par le représentant de l'une d'entre elles. Le directeur est un universitaire.

Ses ressources sont assurées par une subvention publique de l'État et par des conventions de recherche.

Ses missions

L'Institut a pour vocation d'apporter aux organisations syndicales des éléments d'appréciation et d'analyse sur l'ensemble des questions économiques et sociales.

Pour réaliser ses missions, l'IRES procède selon deux modalités.

- D'une part, un centre de recherche et de documentation regroupe une trentaine de personnes : chercheurs, documentalistes et administratifs. Il se consacre à la réalisation d'un programme à moyen terme approuvé par le conseil d'administration.

- D'autre part, il soutient l'effort de recherche propre à chaque centrale. Pour cela, après accord du conseil d'administration, il finance des programmes réalisés par des équipes choisies par chacune des organisations. Les résultats de ces recherches sont mis à la disposition de l'ensemble d'entre elles. On peut se les procurer auprès de chaque centrale. L'ensemble de ces activités est regroupé sous l'appellation Agence d'Objectifs.

Les thèmes plus précis de recherche privilégient les questions relatives au travail, aux stratégies économiques, à la protection sociale et aux relations professionnelles.

Conseil d'administration de l'IRES

Neuf syndicalistes

Membres du Bureau :

Marie-Laurence BERTRAND, CGT

Fabrice COQUELIN, UNSA-Education

Christophe COUILLARD-BELLUSCI, CGT-FO

Bernard IBAL, CFTC

Frank LOUREIRO, CFDT

Franck MIKULA, CFE-CGC

Membres du Conseil :

Fabrice CANET, CGT

Marylise LÉON, CFDT

Sophie TASQUÉ, CGT-FO

Quatre représentants du Premier ministre

Jean-Marc AUBERT, *Directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES*

Didier BLANCHET, *Directeur des études et des synthèses économiques, INSEE*

Selma MAHFOUZ, *Directrice de l'animation*

de la recherche, des études et des statistiques, DARES

Michel YAHIEL, *Commissaire général, France*

Stratégie

Neuf personnalités scientifiques

Mario CORREIA, *Maître de conférences*

à l'université de Méditerranée

Gilles FERREOL, *Professeur*

à l'université de Poitiers

Cécile GUILLAUME, *Maître de conférences à l'université de Lille 1*

Donna KESSELMAN, *Professeure*

à l'université Paris-Est Créteil

Bernard LAURENT, *Professeur à*

l'École de management de Lyon

Nasser MANSOURI-GUILANI,

Enseignant à l'université

de Marne-la-Vallée

Sandrine MICHEL, *Professeure*

à l'université Montpellier I

Angel PINO, *Professeur à l'université*

Michel de Montaigne Bordeaux 3

Frédéric REY, *Maître de conférences*

au Cnam - laboratoire Lise-Cnrs