

Le Ministère de la Santé sous la Ve République :
de l'ombre aux projecteurs des médias,
par Pierre Gauthier, membre titulaire, séance du 1^{er} avril 2019

Remarque liminaire : ce Ministère, ce qu'il fait ou ce qu'il fait faire- c'est un Ministère qui fait faire plus qu'il ne fait- ce qu'il fait bien, ce qu'il ne fait pas ou fait mal, concernent directement la vie quotidienne de nos compatriotes. Un Ministre de la santé, Jacques Barrot, écrivait en 1980 qu'il est « intégré aux aspects essentiels de la vie quotidienne des français et de l'économie de notre pays ». On dit parfois qu'il les accompagne du berceau à la tombe, on peut même dire qu'il commence à le faire dès la conception, et parfois même avant.

1. De quoi parlons-nous ? Et qu'est-ce qu'un Ministère

- D'abord un ensemble immobilier, dans le VII^e arrondissement de Paris, entre l'Ecole Militaire et l'Avenue de Ségur, pas loin des Invalides et du Champ de Mars. La construction de cet ensemble immobilier a été lancée en 1928 pour accueillir du public, les bénéficiaires des premières Assurances Sociales. Il a été construit, vite et bien, par l'architecte Guillaume Tronchet ; la partie qui donne sur la place de Fontenoy est classée. Après une extension importante dans les années 1960, mal entretenu, surpeuplé, cet ensemble s'était dégradé et avait acquis une triste réputation : « Mi Kremlin, mi Bicêtre », écrivait un ancien Directeur des Hôpitaux. D'autres le comparaient à la cité des 4000 à La Courneuve. Des travaux importants ont été fort heureusement lancés à la fin des années 1990 et l'ensemble est maintenant d'un niveau très acceptable.
- C'est ensuite, et surtout, un Ministre, un homme ou une femme qui exprime une politique. Le Ministère de la Santé est sans doute celui qui a eu le plus de Ministres femmes. En tout 85 Ministres depuis 1920, en 100 ans, dont beaucoup sont totalement oubliés, 30 sous la III^e République, 21 sous la IV^e et 34 sous la Ve.
- C'est une composante d'un gouvernement, d'une équipe en principe solidaire. Les grandes décisions sont préparées par un Ministère mais prises ailleurs : à Matignon, au Parlement, à l'Elysée souvent.
- C'est aussi une organisation peuplée de fonctionnaires, d'hommes et de femmes, au nombre d'environ 17 000, regroupés dans des services qui sont les uns à Paris, les services centraux, les autres sur le terrain, les services dits autrefois extérieurs ou déconcentrés (c'étaient les DDASS et les DRASS), aujourd'hui services territoriaux. Les services centraux sont organisés en Directions. Au cœur du Ministère de la Santé, une direction emblématique, la Direction Générale de la Santé.
- Un Ministère c'est enfin une histoire, celle qui fait l'objet du présent article est courte et mouvementée ; elle a, je crois, un sens. Et elle se déroule pour l'essentiel sous la 5^e République

2. une courte préhistoire de ce Ministère mal aimé est indispensable pour comprendre la période contemporaine : créé en réponse aux crises sanitaires ce Ministère a, en effet, été la cible permanente d'oppositions politiques et idéologiques qui contestaient son existence même.

- on dit que Georges Clémenceau, interpellé au mois d'octobre 1918 sur l'action de son gouvernement face à l'épidémie de grippe dite espagnole – qui fit autour de 500 000 victimes- ne savait pas qui, dans son gouvernement, était en charge de ce problème et à défaut de mieux fit appel au service de santé des armées.

- un décret du 27 janvier 1920 créa, sous le gouvernement d'Alexandre Millerand, un Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, composé de services venant, certains du Ministère de l'Intérieur, d'autres du ministère du Travail. Son premier titulaire est Monsieur Jules Breton, neveu du peintre éponyme, fils de notables de Courrière, dans le Pas de Calais, élu du Cher, socialiste blanquiste dans sa jeunesse, créateur en 1923 du salon des arts ménagers

- on soulignera que ce Ministère « socio-hygiéniste » a déjà compétence sur des champs entiers de politique sociale : l'application des lois d'assistance, la Mutualité, le logement social avec une « division des Habitations à Bon Marché et de l'Épargne », et même un service du Pari Mutuel (il fallait bien des recettes). Dès sa création donc le Ministère de la Santé aura compétence en matière de politique sociale : ce caractère ne fera que se renforcer avec le temps.

- ce n'est que le 28 mars 1930 que, sous l'impulsion politique d'André Tardieu, Président du Conseil, sera créé un véritable Ministère de la Santé Publique, confié d'abord à un M Désiré Ferry (un personnage pour Barrès : « publiciste », député de Lorraine, trois fois blessé entre 1914 et 1918, mort pour la France en 1940) puis au docteur Henri Queuille, élu corrézien au profil très différent

- cette création est venue tard, très tard, trop tard : la question de l'organisation de la santé publique en France était posée dans le débat politique au moins depuis cette épidémie de variole qui fit plus de 58 000 morts – dont Nana, l'héroïne de Zola- dans les années 1870-1871 (autour de mille morts en Tarn et Garonne) : il fallut trente ans, en raison d'obstructions et de manœuvres dilatoires, pour faire voter la grande loi relative à la protection de la santé publique du 15 février 1902 qui imposait l'obligation de vaccination antivariolique (avec beaucoup de retard sur les pays voisins) mais réaffirmait que la santé – et à l'époque c'était d'abord la lutte contre les épidémies et les fléaux sociaux (c'est-à-dire l'alcoolisme, la tuberculose, les maladies mentales, les maladies vénériennes....)- était une compétence essentiellement communale.

- l'opposition à la création d'un Ministère de la Santé Publique est donc venue d'abord de là, d'élus locaux, hostiles à toute création de postes de fonctionnaires empiétant sur leurs pouvoirs.

Ainsi un sénateur, élu de Constantine, Monsieur Alcide Treille, dénonçait-il en séance le 16 décembre 1897 « une recrudescence nouvelle et inconsidérée du fonctionnarisme d'Etat (...) un accroissement notable et inévitable des charges de l'Etat... des départements et des communes...et une menace sérieuse pour la sûreté et la liberté des citoyens »(1)

L'opposition est venue aussi du corps médical, la réserve ironique de l'Académie de médecine étant relayée par le raidissement des syndicats médicaux, qui créent la CSMF en 1927 et ne percevaient la santé publique que comme une ingérence bureaucratique dans l'activité médicale (opposant en quelque sorte Panacée, la déesse guérisseuse à sa sœur Hygie, déesse de la santé et de la propreté, toutes deux filles d'Asclépios, ou Esculape)

- cette administration, mi ignorée, mi méprisée, est née et a grandi dans l'indigence : 137 employés en 1920, huissiers, cyclistes et concierges compris, 232 en 1938, pour la France entière, moins de 3 agents par département !

- faut-il alors s'étonner si, face à des questions majeures de santé, la France en était réduite à compter sur l'aide internationale : le Professeur Jacques Frexinos rappelle dans son ouvrage sur l'Histoire de la Médecine à Toulouse le rôle de la philanthropie américaine et, je cite, « de la Fondation Rockefeller

qui se substitua pratiquement dans l'entre-deux guerres à l'administration française pour assurer le financement de la santé publique et notamment de la lutte anti tuberculeuse» (2).

- les choix politiques faits au moment de la Libération n'ont rien arrangé pour le Ministère de la Santé. Trois options étaient à cette époque ouvertes :

.celle, suivie par la Grande Bretagne à la suite du rapport Beveridge, de la création d'un grand service national de santé

.celle, qui tentait des gens comme le professeur Robert Debré, qui fut un des animateurs du Front National de la Santé sous l'occupation, comme aussi Alfred Sauvy, de la création d'un Ministère de la Santé Publique et de la Population tourné vers la lutte contre les fléaux sociaux, la malnutrition, le rachitisme infantile, la poliomyélite et sur les questions de démographie

.celle enfin développée par Pierre Laroque visant à passer des assurances sociales à la sécurité sociale, outil de redistribution indispensable dans l'état où était le pays à la Libération. Pour Pierre Laroque, « le plan de sécurité sociale ne tend pas uniquement à l'amélioration de la situation matérielle des travailleurs, mais à la création d'un ordre nouveau dans lequel les travailleurs aient leurs pleines responsabilités »(3)

.c'est cette option qui l'emporta, avant même que la libération soit effective, notamment dans le programme du Conseil National de la Résistance du 15 mars 1944, « Les jours heureux » où le mot de santé ne figure qu'une fois en 7 pages. Dans un discours de 1945 Pierre Laroque justifie ce choix en soulignant que le corps médical n'aurait pas accepté sa fonctionnarisation.

Toujours est-il que le Ministère de la Santé sous la 4^e République se trouva confronté à deux puissants partenaires, la Sécurité Sociale, qui finançait les soins et avait donc un regard sur leur organisation dans ses discussions permanentes avec les représentants du corps médical, et l'Ordre des Médecins, création vichyssoise, dissout en 1944 mais recréé, « démocratisé », un an plus tard par le gouvernement provisoire sur proposition du Ministre communiste de la Santé, François Billoux.

Le professeur Eugène Aujaleu, né dans le Tarn et Garonne, à Negrepelisse sera en 1956 le premier Directeur Général de la Santé et en 1964 le premier directeur de l'INSERM. Ses services étaient encore dans un Hôtel de la rue de Tilsitt, à côté de l'Arc de Triomphe.

Il reste qu'à cette époque « la santé était perçue comme une dépense illégitime de l'Etat, l'assurance maladie devait financer les soins, la prévention était considérée avec dérision, la santé publique méprisée... » et que le Ministère de la Santé se caractérisait par des « conditions de travail déplorables dans les services déconcentrés comme dans les administrations centrales, manque de moyens... et insuffisance notoire des effectifs »(4).

Trente ans plus tard, encore, en Juillet 1992, Simone Veil n'hésitait pas à déclarer que ce Ministère était « totalement sous administré, notamment la Direction Générale de la Santé »(5)

Et dans son rapport public pour 1991-1992, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) estimait que la Direction Générale de la Santé était réduite à l'état de squelette dans la mesure où elle n'avait « ni le centre nerveux – une capacité d'expertise digne de ce nom- ni les muscles – des relais déconcentrés suffisants- indispensables pour assurer convenablement et de façon permanente les missions qui lui sont assignées »

Pour autant il était clair, à la fin de la 4^e République que l'ambitieux Plan de Sécurité Sociale avait en partie échoué : la protection offerte n'était universelle que pour les salariés, l'ambition du régime unique s'était heurtée à la mosaïque de régimes spéciaux souvent fort anciens, et des mutuelles, et les prestations n'avaient rien d'uniforme.

C'est de cette situation – un Ministère de la Santé sans moyens et une Sécurité Sociale en panne- qu'a hérité la 5^e République

3. notre système de santé et de protection sociale – les deux étant étroitement liés- s'est mis en place sous la 5^e République dans une démarche pragmatique.

Si l'on veut résumer en quelques mots les 25 premières années de la 5^e République on dira qu'en même temps, à la faveur des ressources apportées par la croissance de notre économie sous les « trente glorieuses »,

- était lancée une grande politique hospitalière
- était mise en place une couverture d'excellente qualité, en général, contre le risque maladie permettant un accès facile à la médecine de ville

ces deux politiques souffrant toutefois d'une articulation très insuffisante

A la fin de cette période, émergera la personnalité emblématique d'une grande Ministre, Simone Veil.

C'est peut-être de cette période, très idéalisée, que les français ont gardé une certaine nostalgie

3.1. l'année 1958 a vu l'adoption de textes fondamentaux pour l'organisation de l'Hôpital dans notre pays, les ordonnances des 11, 13 et 30 décembre 1958, prises sous l'impulsion du Pr Robert Debré mais préparées bien avant le changement de régime, notamment par le Pr Aujaleu.

La plus connue de ces ordonnances créé, par convention entre les hôpitaux régionaux et les facultés de médecine, les Centres Hospitaliers et Universitaires, les CHU, mais c'est bien une révolution que vont connaître l'ensemble de nos hôpitaux (lesquels n'étaient plus réservés aux indigents que depuis une quinzaine d'années).

Ces hôpitaux vont connaître deux décennies que l'on peut qualifier rétrospectivement d'euphoriques, avec :

- une politique d'humanisation qui permettra de supprimer autour de 100 000 lits de salles communes
- une politique de rénovation et de développement des établissements, assortie de subventions importantes de l'Etat (entre 1963 et 1978, le nombre de lits hospitaliers de court séjour passe de 257 000 à 331 000, soit une progression de 28% en quinze ans). C'est l'époque, bien oubliée, où l'on planifie dans ce pays, l'époque des Plans.
- Avec aussi de très nombreuses créations d'emplois dans les hôpitaux, et en particulier l'arrivée en grand nombre de médecins exerçant à temps plein.

La fonction assignée à l'Hôpital, et notamment aux hôpitaux universitaires, est de promouvoir, et diffuser les progrès de la médecine au bénéfice de tous.

Cette période qui paraît, rétrospectivement, un peu « euphorique » prend fin avec les chocs pétroliers et l'arrivée des contraintes budgétaires annoncée par une circulaire de juillet 1979. Les hôpitaux seront invités à continuer à faire mieux avec des ressources non réduites mais contraintes, et à réaliser des gains de productivité.

Tel sera l'objectif d'une série de réformes hospitalières. A partir du début des années 80, les ressources des hôpitaux ne sont plus apportées par l'archaïque et inflationniste prix de journée mais par une dotation globale ; les effets pervers de ce dernier système conduiront, vingt ans après, à passer au système dit de la T2A –la tarification à l'activité- qui a lui aussi des effets pervers, du reste prévisibles dès le départ, et que l'on va, semble-t-il, essayer de corriger.

Certains appelaient de leurs vœux un « hôpital-entreprise » qui était probablement un contre sens ; l'accumulation des réformes et le poids de différents lobbys ont conduit, à l'opposé, à « bureaucratiser » l'Hôpital. Le Ministère de la Santé s'occupait, au début de la 5^e République, essentiellement des constructions hospitalières. Il a maintenant une propension à intervenir,

lourdement, dans la gestion des hôpitaux – en principe établissements autonomes- : syndicats et associations d’usagers l’y poussent en permanence.

D’autres ont vu, non sans quelques raisons, derrière ce développement de l’Hôpital, un risque pour notre système de santé d’hospitalo-centrisme, d’autant que les soins ambulatoires étaient gérés, sans grande relation avec l’Hôpital, par d’autres, avec une autre culture, dans un cadre juridique très différent

3.2. Cet hôpital qui commençait à soigner s’est progressivement fermé aux populations qu’il accueillait traditionnellement– souvent fort mal- sans les soigner : vieillards, infirmes, enfants abandonnés, filles-mères, vagabonds, pour utiliser une terminologie qui n’a plus cours, fort heureusement.

Pour accueillir, prendre en charge, accompagner ces populations fragiles, ont été créés, essentiellement à partir des années 1960, un ensemble d’établissements et de services, d’institutions et d’acteurs, constitutifs de ce qu’on appelle le secteur médico-social, et lancé un certain nombre de grandes politiques.

Ces établissements et services ont été créés par des collectivités locales mais le plus souvent par des initiatives privées : œuvre caritatives, organismes de sécurité sociale, mutuelles, associations de parents révoltés contre les situations inacceptables que l’on trouvait dans les « hôpitaux hospices » et l’insuffisance, à cet égard, des politiques publiques.

Deux lois du 30 juin 1975, préparées, sous l’autorité de Simone Veil, par René Lenoir, secrétaire d’Etat, auteur d’un petit livre remarqué sur « les exclus » ont, l’une organisé le développement et le financement de cet ensemble, l’autre mis en place pour la première fois une politique globale en faveur des personnes handicapées.

En même temps sont posées les bases, toujours actuelles, de grandes politiques : la politique de maintien à domicile –on dirait aujourd’hui d’inclusion- des personnes âgées, par un rapport, en 1962, de Pierre Laroque, déjà cité, celle de protection de l’enfance par le rapport de Jean Louis Bianco et de Pascal Lamy en 1980, plus connus pour d’autres travaux.

En termes purement quantitatifs, cet ensemble complexe et multi formes que constitue le secteur social et médico-social représente plus de 30 000 établissements et services, plus d’un million de lits et places, près d’un million d’emplois. Par exemple, pour les seules personnes âgées dépendantes, on dispose de 750 000 places, cette capacité d’accueil s’étant accrue de 51% ces dix dernières années.

L’objectif des politiques publiques dans ce secteur est maintenant ciblé sur les politiques dites d’inclusion et sur l’amélioration de la qualité des prises en charge, la « bientraitance », qui passe forcément par des moyens financiers à renforcer et donc à trouver.

3.3. C’est sous la 5^e République que le Plan de Sécurité Sociale trouve sa pleine application avec en particulier la généralisation d’une couverture de bonne qualité contre le risque maladie qui permet à la majorité des français d’accéder à des soins quasi gratuits

Cette couverture est parachevée, il aura fallu 55 ans pour y arriver, par la création de la Couverture maladie Universelle (CMU) par la loi du 27 Juillet 1999 (avec un point noir, le régime social des indépendants –RSI). Il aura été nécessaire pour cela de :

- réaliser, dans des conditions difficiles et peu satisfaisantes à l’arrivée, la couverture sociale des exploitants agricoles, et une étape décisive sera franchie entre 1960 (création du BAPSA) et 1961 (création de l’AMEXA, assurance maladie des exploitants agricoles)
- et mettre en place, dans le cadre d’un dispositif conventionnel entre les caisses de sécurité sociale et les professions de santé, des tarifs de remboursement opposables à ces Caisses : la

première convention nationale est signée fin 1971. Concluant 25 ans de palabres pénibles entre caisses et syndicats médicaux, elle assure aux assurés sociaux un bon niveau de remboursement dans une conciliation entre un haut niveau de liberté pour les médecins et une prise en charge par la collectivité des dépenses qu'ils prescrivent.

- Les syndicats de médecins libéraux ont obtenu, pour jouer le jeu conventionnel, des contreparties significatives : outre la prise en charge de cotisations sociales, l'intégration dans la loi, (loi du 3 juillet 1971, à l'article L 162-2 du code de la sécurité sociale), des grands principes de la médecine libérale posés en 1927 au congrès de la CSMF, auxquels le législateur de 1971 a cru bon d'ajouter la liberté d'installation.
- Les relations conventionnelles entre les caisses d'assurance maladie et les représentants du corps médical (désormais divisés en plusieurs syndicats dont un syndicat de médecins généralistes) seront marquées par une forte conflictualité, alimentée d'un côté par le niveau effectivement très bas de la rémunération de certains actes et notamment de la lettre C, de l'autre par l'impossibilité pour les gestionnaires, quelle que soit leur couleur politique, de rester passifs devant l'envol des dépenses.
- Sous la pression de la montée, et des dépenses remboursées par les caisses, et du déficit de celles-ci (ce déficit cumulé a atteint plus de 200 Milliards d'€)(6), le dispositif de 1971 est progressivement mis à mal :
 - o Indépendamment même de la survivance d'un secteur de soins pas ou peu remboursés, comme les prothèses dentaires ou auditives, et l'optique. Des engagements ont été pris à cet égard au plus haut niveau
 - o D'un côté par les divers plans d'économie qui ont créé divers forfaits et participations des patients non couverts par l'assurance maladie obligatoire, mais par les mutuelles (qui se voient de plus en plus sollicitées)
 - o D'un autre côté, depuis 1980, par la création d'un secteur à honoraires libres qui s'étend progressivement.
 - o Les soins, plus exactement le petit risque, sont donc de moins en moins gratuits pour la grande majorité des français.

Les débuts de la 5^e République ont été marqués par un épisode conflictuel, bien oublié maintenant, celui des ordonnances dites Jeanneney du 21 août 1967. Il s'agissait d'une réorganisation de la Sécurité Sociale, désormais divisée – on n'a pas hésité alors à parler de démantèlement- entre plusieurs caisses nationales, les syndicats perdant au passage la place prépondérante qu'ils avaient dans les Conseils d'Administration. La construction de 1945 n'était pas parfaite, loin de là et il était indispensable d'adapter l'institution Sécurité Sociale à la forte croissance qui l'attendait.

3.4. Au terme de cette période de grandes réformes, émerge la forte et emblématique personnalité d'une grande Ministre, Simone Veil

Les médias et l'opinion l'ont découverte lors des débats plus que tendus qui ont précédé la loi sur l'IVG – qu'il lui avait été demandé de présenter au lieu et place du Garde des Sceaux – la loi n°75-17 du 15 janvier 1975. Mais l'œuvre de cette femme courageuse, à la personnalité et au destin exceptionnels, ne saurait se résumer à cette seule loi. Chargée du Ministère de la Santé, en deux passages, pendant 7 ans et 4 mois, un record, elle a attaché son nom à une série de réformes dont le souvenir reste encore présent : la première loi sur la lutte contre le tabagisme du 9 juillet 1976, le programme d'humanisation des hôpitaux et hospices, les lois de 1975 sur le secteur médico-social et en faveur des personnes handicapées, notamment.

Rappelons aussi quelques textes très importants, que l'on qualifierait aujourd'hui de « sociétaux », adoptés dans cette première partie de la 5^e République : la loi du 31 décembre 1970 sur la lutte contre la toxicomanie, la loi dite Newirth du 28 décembre 1967 sur la régulation des naissances.

Signalons enfin que les débuts de la 5^e République virent des réformes importantes, et réussies, de l'organisation territoriale de l'Etat : ce furent la réforme de 1964, avec la création des DDE, des DDA et des DDASS, et la réforme des services régionaux à partir de 1977 qui vit la création des DRASS.

4. à partir des années 1980, notre système de santé et de protection sociale connaît une série de crises graves face auxquelles le Ministère de la Santé est en première ligne

4.1. la première de ces crises est financière : le déficit, chronique, croissant, de la Sécurité Sociale

Entre les débuts de la 5^e République et aujourd'hui la part des dépenses de protection sociale dans le PIB – la richesse nationale- a doublé (moins de 15% en 1959, plus de 31% en 2015). Les dépenses de soins représentaient 3,5% du PIB en 1960, nous sommes à plus de 11%, à la deuxième place mondiale derrière les Etats Unis.

La Sécurité Sociale, et notamment sa branche maladie, est en déficit chaque année depuis le début des années 1990 (avec une embellie entre 1997 et 2003). On nous annonce un retour vers l'équilibre en 2019 mais il est encore de 1,2 Mds€ en 2018.

Le constat est suffisamment connu pour qu'il soit utile de s'y attarder. Il faut par contre revenir sur les causes de ce déficit et les réponses qui ont été apportées.

Les dépenses augmentent plus vite que les recettes. C'est ce que les spécialistes appellent dans leur jargon l' « effet ciseaux ». C'est un point essentiel :

Les recettes étaient, et sont encore largement des cotisations assises sur la masse salariale et elles évoluent comme celle-ci : elles sont donc malades du chômage.

Les dépenses ont une dynamique propre, poussées par un certain nombre de facteurs lourds comme :

- L'extension de la protection sociale à des catégories sociales qui avaient peu ou pas cotisé
- Les phénomènes démographiques : la croissance de la population et son vieillissement
- L'arrivée à « maturité » des régimes de retraite : les retraités ont maintenant des pensions complètes
- L'explosion de l'offre de soins : il y avait 30 000 médecins en France en 1945, il y en avait 210 000, sept fois plus, en 2005
- Le coût du progrès médical, enfin

Alors que faire devant un déficit ? Augmenter les recettes ? Réduire les dépenses ou plutôt leur rythme de progression ? Bénéficier de l'aide internationale comme dans l'entre-deux guerres ? Emprunter et laisser se creuser une dette que l'on reportera sur les générations suivantes ?

Les plans d'économies successifs auxquels tous les Ministres ont attaché leur nom (Durafour-1975, Barre- 1976, Veil-1977, Barrot-1978, Questiaux-1981, Beregovoy- 1982 et 1983, Dufoix-1985, Séguin-1986 et 1987, Evin-1989 et 1990, Bianco- 1991, Veil-1993)(7) ont tout essayé : faire payer plus (taxes diverses, dé plafonnement des cotisations, forfaits hospitaliers), dépenser moins (mise de prestations familiales sous condition de ressources, augmentation du ticket modérateur sur le petit risque), transférer certains remboursements sur les mutuelles, déshabiller Pierre pour habiller Paul (transfert de points de cotisation de la branche famille sur la maladie), bloquer le prix de la consultation médicale, réduire par le numéris clausus l'entrée dans les études médicales et par le MICA le nombre de médecins, etc, etc...

Nous étions, et sommes encore, devant un « tonneau des Danaïdes » : après chaque plan de financement le déficit se creusait à nouveau. Il avait atteint 71 Mds de francs en 1995, il est remonté à plus de 10 mds d'€ après la crise financière de 2008.

Trois grandes mesures se détachent dans ce feuilleton, les plus marquantes car les plus courageuses et les plus impopulaires :

- Le Plan Séguin, fin 1986, qui joua sur le volet communication (les états généraux, la baleine...), et essaya de mettre de l'ordre dans les remboursements à 100%

- La création de la CSG, contribution sociale généralisée, par le gouvernement Rocard (loi de finances pour 1991) : elle remplace des recettes par cotisation assises sur la masse salariale et donc pénalisant l'emploi et la compétitivité par une recette fiscale d'assiette plus large. Elle a marqué le passage d'une sécurité sociale professionnelle à une sécurité sociale réellement universelle.
- Les ordonnances Juppé, et la réforme constitutionnelle qui les accompagna, enfin, sont parties du constat que les dépenses de la Sécurité Sociale dépassaient celles de l'Etat, qu'elles progressaient de façon apparemment inexorable entraînant des déficits non maîtrisés ; il était donc légitime que leur financement relève d'une délibération de la représentation nationale, d'un choix politique fondamental. C'est l'objet de l'ONDAM, objectif national – qui est aussi et surtout un plafond- des dépenses de l'assurance maladie, voté chaque année par le Parlement.
- « cette exigence démocratique, a écrit M Didier Tabuteau, un pilier des cabinets des Ministres de la Santé dans des gouvernements de gauche, ne peut être assimilée à un quelconque rationnement des soins. Elle traduit simplement l'existence de contraintes et la nécessité d'assurer collectivement et de manière responsable leurs conséquences » Et il rappelle fort justement : « la maîtrise des dépenses de santé a provoqué d'innombrables conflits, déstabilisé gouvernements et organisations syndicales, créé un sentiment d'exaspération chez les professionnels de santé et d'inquiétude chez les assurés sociaux »(8)

Avec le Plan Juppé, l'Etat, c'est-à-dire d'abord le Ministère de la Santé, finit de reprendre la main, et de se substituer pour l'essentiel aux partenaires sociaux auxquels la construction de 1945 avait confié la gestion de la Sécurité Sociale, et de l'Assurance maladie en particulier

Mais il faut voir dans ce retour de l'Etat moins le résultat d'un dessein politique tracé a priori que celui d'un processus historique incertain, voire chaotique, dès lors qu'on veut éviter deux risques majeurs pour ne pas dire inacceptables :

- Celui de la progression infinie des prélèvements obligatoires
- Et celui de laisser à nos successeurs une dette insupportable

4.2. au cours de cette période qui suit les années 1980, le Ministère de la Santé est donc au cœur d'un grand nombre de conflits, à telle enseigne que les manifestations se bousculent, se font même concurrence avenue de Ségur, devant le cabinet du ou de la Ministre.

Déjà les ordonnances Jeanneney avaient provoqué une grève générale et le plan Séguin, dit-on, fait perdre à son camp les élections qui ont suivi, les présidentielles de 1988.

L'opinion a gardé le souvenir du conflit infirmier de 1988, parti de l'opposition de cette profession à une ouverture plus large aux aides-soignants, et de ses rebondissements successifs, avec le campement protestataire installé avenue de Ségur, pendant un an ou deux, par un groupe d'infirmiers.

Elle a aussi gardé en mémoire l'opposition au Plan Juppé, qui a bloqué le pays pendant plusieurs semaines fin 1995.

Pensons aussi à tous les conflits qui ont ponctué les différentes réformes des études médicales, qui se répercutaient sur les hôpitaux.

Et aux mouvements sociaux périodiques qui ponctuent la vie des hôpitaux et des cliniques ; pensons aux mouvements d'ambulanciers, qui peuvent bloquer la circulation dans tout le 7^e arrondissement de Paris et sur le boulevard périphérique.

Mais aussi aux conflits autour de l'organisation des gardes médicales et autour des restructurations hospitalières (les plus médiatiques furent Paimpol, à Carhaix, plus près de chez nous à Saint-Affrique)

Pensons enfin à tous ceux liés aux crises sanitaires avec en particulier le scandale du sang contaminé

43. les crises sanitaires : le drame du sang contaminé a marqué pour notre système de santé une rupture sans précédent

Le Figaro du 26 octobre 1991 n'a pas hésité à titrer : « sang et sida, un crime d'Etat » ! Et plusieurs anciens Ministres, dont un ancien Premier Ministre, se sont retrouvés devant la Cour de Justice de la République

Les arrêtés de juillet 1985 ont été, à juste titre mis en cause : on a même parlé de transmission administrative du Sida à cause du retard apporté à la mise en service d'un test de dépistage, et de la distribution prolongée de produits non chauffés et contaminés aux hémophiles, dont les effectifs ont été décimés. Deux dimensions du scandale ont été peu évoquées dans le débat de l'époque : les contaminations par le virus de l'hépatite C et les contaminations post transfusionnelles.

Les erreurs ont été multiples depuis la technique du « poolage », les défauts de la sélection clinique des donneurs de sang, les collectes en prison ou dans les rues de Paris...

Le Dr Aquilino Morelle, auteur d'un ouvrage important sur cette affaire, écrit que « le scandale du sang contaminé est révélateur de la très grande faiblesse institutionnelle, politique et culturelle de la santé publique en France ». « Parce qu'elle a, trop longtemps, été ignorée, méprisée, la santé publique s'est rappelée à nous avec une violence et une cruauté inouïes, à travers la mort de plusieurs milliers de personnes, provoquant une véritable secousse sismique dans la société française, secousse qui a déchainé les passions et même fait vaciller le pouvoir politique» (9)

Faute de moyens (la Direction Générale de la Santé n'avait qu'un agent à mi-temps, sans formation médicale, pour suivre la transfusion sanguine) le Ministère de la Santé avait de facto délégué ses missions à une association, le CNTS, comme il le fit à France Hypophyse pour l'hormone de croissance ou à France Transplant pour les greffes d'organe, comme le Ministère du travail le fit pour l'amiante, se privant de toute véritable expertise et s'exposant au risque de défaillance de ces « sous-traitants »

Et on découvre alors, progressivement, que le champ de la sécurité sanitaire est immense, qu'il va de la vache folle à la légionellose et aux enfants nés sans bras, en passant par le glyphosate, les infections nosocomiales et les « accidents » médicamenteux : les médias et l'opinion y sont particulièrement sensibles, les Ministres tout autant, qui savent que toute erreur ou négligence de leur part peut les conduire devant les juridictions et qui ont fait introduire le principe de précaution dans la constitution. Cette hyper sensibilité s'est traduite par l'épisode cocasse et coûteux de l'alerte à la grippe H1N1 en 2009-2010

Le scandale du sang contaminé fut un révélateur, il a marqué aussi une rupture, très nette à partir de 1992, avec le votes de lois importantes de santé publique en 1993, 1998 et 2004, avec la création d'Agences spécialisées – sur lesquelles je vais revenir - avec la reconnaissance, bien tardive, de la santé publique, dans laquelle le dynamisme et l'obstination d'un Ministre, Bernard Kouchner, ont été peut-être déterminants.

On découvre que la santé publique ne se réduit ni aux actions de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé, ni même aux interventions du système de santé, on découvre qu'elle relève d'une démarche collective, profondément politique, qui embrasse des champs aussi vastes et divers que la limitation du sucre ou du sel dans l'alimentation, la surveillance de la pollution de l'air dans les villes ou de la qualité des eaux d'alimentation ou de baignade, le contrôle de l'emploi des pesticides, la sécurité routière... Le Ministère de la Santé n'est plus seul, à prêcher dans le désert, comme il le fut longtemps...

La sécurité routière, grand chantier présidentiel en 2002 et exemple de politique de prévention réussie, où à force de réglementations impopulaires, de progrès technologiques, d'amélioration de l'équipement routier, d'actions de prévention mais aussi de répression, on a fait tomber le nombre de

morts sur les routes par an de plus de 16 000 au début des années 1970 à 3 500 en 2018. Mais comment oublier que les accidents de la route ont fait depuis 1960, 350 000 morts dans ce pays, presque autant que la grippe espagnole de 1918 ?

La santé publique déborde ainsi le champ stricto sensu de la santé et de son Ministère pour s'intéresser à l'économique et au social. Son objectif premier est d'assurer la protection de la population en préservant et améliorant son état sanitaire.

La santé publique est bien par nature régaliennne : la sécurité sanitaire, qu'on appelait autrefois la salubrité publique, se trouve placée au centre de la notion d'ordre public

On parle en ce moment des risques que représente l'habitat insalubre ou dégradé : la première loi dans ce domaine, fort mal appliquée bien entendu, remonte au 13 avril 1850 et fit suite à l'épidémie de choléra de 1849

Ces mesures sont souvent dénoncées comme liberticides.

La loi Evin contre le tabac et l'alcoolisme fut déferée à ce titre devant le Conseil Constitutionnel qui s'appuya sur le préambule de la constitution de 1946 pour la valider.

Plus récemment l'interdiction des distributeurs d'aliments sucrés ou chocolatés dans les collèges a été en 2004 dénoncée par certains comme une immixtion intolérable de la santé publique dans l'alimentation..

Le grand homme politique anglais, conservateur, qu'était Disraëli, n'hésitait pas à déclarer en 1878 à la Chambre des Communes que « le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'Etat ». Il avait un siècle d'avance sur ses homologues français.

5. pour caractériser la période contemporaine, on peut dire que, enfin reconnu et renforcé, le Ministère de la Santé est confronté à de nouveaux et redoutables défis.

Les gouvernants au plus haut niveau ont maintenant compris que laisser ce Ministère sans grands moyens les exposait à un risque judiciaire permanent. Ils sont attentifs à l'hyper sensibilité des médias et de l'opinion aux crises sanitaires. Et les dépenses de protection sociale, rappelons-le, dépassent celles du budget de l'Etat.

Pour toutes ces raisons le Ministère de la Santé a vu ses moyens renforcés, ce Ministère est progressivement remonté dans la hiérarchie des Ministères et il a eu la chance d'être dirigé par des Ministres assurés d'une stabilité certaine

5.1 sous la troisième République, un Ministre de la Santé durait moins d'un an, sous la 4^e environ 8 mois : inutile dans ces conditions d'essayer même de lancer une politique. Sous la 5^e République, c'est plus de deux ans : une trentaine de Ministres en 60 ans et la tendance est à l'allongement de leur espérance de vie ministérielle.

Les deux mandats ministériels de Simone Veil représentent 7 ans et 4 mois, celui de Mme Touraine 5 ans ; ensuite viennent Bernard Kouchner, sur plusieurs mandats, et Raymond Marcellin (4 ans), Jacques Barrot, Roselyne Bachelot et Edmond Hervé (plus de 3 ans).

Avec des Ministres bénéficiant d'une réelle stabilité, ce Ministère commence à exister, il pèse davantage dans les discussions au sein du gouvernement : au début de la 5^e République, des Ministres pourtant connus comme Robert Boulin, Raymond Marcellin, Jean Noël Jeanneney ne figuraient qu'au 15^e rang de hiérarchie gouvernementale, mesdames Touraine, hier, et Buzyn, aujourd'hui, sont bien installées au 5^e rang.

Si les expériences d'un grand Ministère Social regroupant santé et travail (Jeanneney, Schumann, Séguin) ont fait long feu, ces ensemble étant trop vastes et trop lourds pour être gérables, les Ministres de la Santé, toujours en charge de la protection sociale et de l'action sociale, sont souvent entourés

d'une nébuleuse de secrétariats d'Etat permettant un affichage politique en direction de certaines catégories de population, de soulager le Ministre et une plus grande présence ministérielle sur le terrain.

5.2 Avec les crises sanitaires, les drames qui les ont accompagnées, leurs retombées médiatiques et politiques, on n'a donc pas pu faire autrement que de donner enfin au Ministère de la Santé des moyens qu'il n'avait jamais eus

D'abord des moyens budgétaires classiques : ainsi la Direction Générale de la Santé a-t-elle vu doubler ses effectifs en dix ans ; mais ces moyens ont été vite amputés par la fameuse technique du « rabot »

Ensuite, et surtout, des moyens par la création d'Agences. De quoi s'agit-il ? D'établissements nationaux spécialisés bénéficiant d'une large autonomie

Pourquoi ces Agences ?

D'abord pour montrer à l'opinion que face à une crise, on « met le paquet » avec ces outils souples et réactifs, permettant à l'Etat de recruter les experts qu'il n'avait pas. Et les arbitrages gouvernementaux ont donné aux Agences les moyens qu'ils avaient refusés aux administrations classiques. A chaque crise sanitaire répondait la création d'un Agence.

Il y eut aussi un effet de mode, venue des Etats Unis : le modèle à suivre était la CDC d'Atlanta, ou la FDA. Les institutions européennes ont -elles aussi- créé des Agences.

Ce phénomène de création d'Agences, qui a marqué la période 1990-2010- n'est pas propre au Ministère de la Santé : il y en a eu dans tous les secteurs (pensons à Pôle Emploi ou à Météo France), et, dans un rapport de 2012, l'Inspection Générale des Finances en comptait 1244. Là où le Conseil d'Etat n'en voyait que 103.

On a reproché à ces Agences leur nombre excessif, d'être facteur de complexification de l'action administrative ou de débordements budgétaires (pensons à la rémunération de leurs dirigeants), d'échapper parfois au contrôle de l'Etat, voire de contribuer au démembrement de celui ci

On les confond souvent avec les Autorités Administratives Indépendantes, type Médiateur de la République, Commission Nationale Informatique et Liberté ou Conseil Supérieur de l'Audiovisuel, qui comme leur nom l'indique sont totalement indépendantes.

Depuis une dizaine d'années, le paysage s'est stabilisé. On ne crée plus de nouvelles Agences, on en regroupe. Autour du Ministère de la Santé, à son initiative et sous son autorité, avaient été créées une vingtaine d'Agences, il en reste une quinzaine(10). Et deux Autorités Administratives Indépendantes, la HAS (Haute Autorité de la Santé) et l'Autorité de Sureté Nucléaire.

Et c'est sous la forme d'Agences que les services territoriaux de ce Ministère ont été réformés : création des Agences Régionales de l'Hospitalisation par une ordonnance de 1996, puis des Agences Régionales de Santé, au champ considérablement élargi, par la loi du 21 juillet 2009, mises en place le 1^{er} avril 2010 ;

En définitive, comme l'a écrit M Didier Tabuteau dans la revue Sève, « l'émergence des agences sanitaires a permis de constituer pour la première fois une administration de la santé dotée de moyens et en mesure d'acquérir une légitimité scientifique en France et en Europe » « cette organisation, ajoute-t-il, est venue combler le vide auquel l'histoire de la santé publique en France avait donné naissance. A un système de soins foisonnant, efficace, prestigieux mais hégémonique répondait une administration de la santé déficiente, sans légitimité et ballotée par des crises sanitaires à répétition »

5.3 C'est donc mieux armé que ce Ministère doit répondre aux défis redoutables qui l'attendent. J'en distinguerai cinq :

- le premier est celui de l'ouverture presque totale sur l'Europe et le monde entier. La libre circulation au sein de l'Europe, c'est celle des professionnels de santé, qui rendait absurde le système de numéris clausus à l'entrée dans les études médicales, lequel va heureusement être bientôt supprimé. C'est aussi la libre circulation des marchandises (la vache folle anglaise, le cheval roumain, la vache malade polonaise...) annonciatrice de futures crises sanitaires. L'ouverture au monde, inéluctable, c'est l'importation sans doute inévitable de pathologies venues d'ailleurs (ce fut le cas pour le SIDA mais pensons au Chikungunya, à la dengue, à la grippe aviaire...)

-le second défi est celui de la montée des maladies chroniques, en particulier les maladies neuro dégénératives et le diabète (+5% par an) et de la dépendance, avec des maladies qu'on ne sait pas encore guérir comme la maladie d'Alzheimer. Soigner ne suffit plus, il faut accompagner des patients au long cours, développer l'éducation thérapeutique du patient. Un problème très grave monte, avec l'apparition de bactéries multi résistantes aux antibiotiques (12 000 morts par an !).

-les cultures changent, Internet vient souvent bouleverser la relation soignant-soigné. C'est le troisième défi

Du côté des soignants la question du temps de travail non seulement est venu fragiliser les Hôpitaux mais a réduit considérablement la disponibilité de la médecine de ville. La question dite des déserts médicaux est née moins d'une erreur collective autour du durcissement puis du maintien du système absurde du numéris clausus à l'entrée dans les études médicales que d'un changement radical de l'attitude du corps médical par rapport au temps de travail. Il y a cinquante ans, la question ne se posait même pas, le temps de travail des médecins était illimité ; aujourd'hui les jeunes médecins – qui sont en majorité des dames- considèrent qu'il n'y a aucune raison pour qu'ils travaillent plus longtemps que les autres. Il y a certes plus de médecins mais le temps médical disponible a baissé alors que la demande de soins a augmenté avec la population et son vieillissement. Il en résulte de façon mécanique l'arrivée de l'impensable, un rationnement des soins par la file d'attente, ce qu'on reprochait hier au NHS britannique !

Du côté des patients cette nouvelle culture est bien entendu marquée par le consumérisme. Le nouveau patient se veut un consommateur exigeant et informé. La juridisation des relations médecin – patient progresse même si on reste très loin des excès observés aux EE.UU. Les patients ont des exigences nouvelles et légitimes : besoin d'être informés, de pouvoir accéder à leur dossier médical, exigences qu'ils expriment aussi par rapport à la douleur, et aux soins palliatifs. La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » répond au moins partiellement à leur attente.

-quatrième défi, celui de la crise du financement qui n'est pas réglée de façon durable, et ne le sera probablement jamais.

Michel Foucault a écrit que « le problème soulevé est ...celui de la mise en rapport d'une demande infinie avec un système fini...Il va falloir décider que telle maladie, tel type de souffrance ne bénéficieront plus d'aucune couverture, que la vie même dans certains cas ne relèvera plus d'aucune protection...C'est à cet endroit qu'une certaine rationalité devient elle-même scandale ». Nous n'en sommes fort heureusement pas là mais il est certain que nous sommes condamnés à vivre dans une tension permanente entre les recettes et les dépenses de notre système de santé : quels efforts sommes-nous d'accord pour consentir, et qui doit les consentir ? Combien accepterons-nous, par exemple, de payer pour répondre au défi de la dépendance des personnes très âgées, pour donner enfin aux EHPAD les moyens de bien faire leur travail ?

Au demeurant la question du financement sera de plus en plus croisée avec celle de la qualité. Toutes les prestations fournies ne se valent pas. Le public – et même les professionnels- sont friands des « palmarès » et classements publiés régulièrement. Certains rêvent d'un juste prix, qui rémunérerait la qualité. Comme l'écrit dans la Revue Sève M Gilles Johanet, procureur général près la cour des Comptes et ancien directeur de la Caisse Nationale d'Assurance maladie, « nous vivons le crépuscule d'une époque que l'on croyait simple, où le laisser faire pour chacun préservait l'illusion de la qualité pour tous ». Il ajoutait : « justifier la croissance des dépenses par le vieillissement et le progrès

médical a toujours pour effet, sinon pour objet, de faire l'impasse sur l'énorme potentiel de gains de productivité (et de qualité) du système de soins »

Le fait est que les études conduites au niveau international indiquent que notre système de santé - encore l'un des meilleurs au monde dit-on - est aussi un des plus coûteux à performances comparables. Comment font donc les autres pour faire aussi bien avec moins ?

-cinquième et dernier défi que je n'aurai garde d'oublier et que les professionnels connaissent bien, celui de la bureaucratie, et de sa manifestation la plus visible, la réunionnisme. Le Ministère de la santé saura-t-il renoncer à la logorrhée législative et réglementaire dénoncée par le Conseil d'Etat dès 1990. Cette réalité de la bureaucratie a un double inconvénient, d'abord de rendre le système inintelligible pour les citoyens normaux, ensuite de stériliser un temps médical qui serait mieux employé auprès des patients.

Et rappelons que la loi importante en cours de discussion sortira à peine 3 ans après une autre loi ambitieuse, la loi Touraine du 26 janvier 2016, et ses 227 articles, et moins de dix ans après la grande loi Bachelot du 21 juillet 2009 – plus de 80 pages au Journal Officiel.

Sommes-nous, pour apporter une conclusion forcément provisoire à ce propos à la fois trop long et trop bref, en bonne santé ? Là est quand même la question fondamentale et pour chacun d'entre nous, et pour le Ministère qui l'a en charge ?

La question est bien étudiée depuis une trentaine d'années. Les études publiées indiquent que l'état de santé des français continue à s'améliorer mais à un rythme moins soutenu, l'espérance de vie n'augmente plus depuis quelques années(11) (dans de grands pays, elle baisse) et des zones d'ombre persistent. Le baromètre Santé Occitanie 2016 sur l'état de santé ressenti indique que 69% des plus de 15 ans se jugent en bonne ou en très bonne santé, et 7% seulement en mauvaise ou très mauvaise santé (mais en même temps, 38% des personnes interrogées ont un problème de santé chronique et 26% déclarent des limitations dans leurs activités habituelles).

Voilà bien des défis lancés à un Ministère qui garde des dimensions très modestes : 17 000 collaborateurs (hors Agences), sensiblement moins que l'Agriculture, à peine plus que les Affaires Etrangères ou la Culture.

Notes :

1. Aquilino Morelle, la défaite de la santé publique, Forum, Flammarion, 1996, p 227
2. J.Frexinos, Histoire de la médecine à Toulouse, Privat, 2015, p 236
3. Pierre Laroque, in Revue Française du Travail, n°1, avril 1946
4. Didier Tabuteau, Les contes de Ségur, les coulisses de la politique de santé, Ophrys santé, 2006, pp 38 et 39
5. Interview à Ouest France, juillet 1992
6. Voir J de Kervasdoué et Roland Cash, fin 2016, il restait 135 Mds de dette à amortir. Voir aussi www.cades.fr
7. Michel Lépinay, Secu, faillite sur ordonnance, Calmann Levy, pp 257 et suivantes
8. D Tabuteau, p 167
9. Aquilino Morelle, la défaite de la santé publique,
10. Le rapport de M.Yves Bur, député, en dénombrait 18
11. Le Monde, mercredi 20 février 2019

