



ÉDITORIAL

LES RECHERCHES EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ PRÉSENTÉES DANS CE NUMÉRO REMETTENT EN CAUSE QUELQUES LIEUX COMMUNS

JEAN DE KERVASDOUÉ *
YVES ULLMO **

Le premier demi-siècle de recherche en économie de la santé ne fut pas stérile. Certes, il ne fournit pas de recettes miracles. Il ne tranche pas brutalement en pointant sans nuance ce qui pourrait être la seule, la bonne façon d'organiser les soins ou de financer les dépenses médicales. Plus modestement, mais avec force, ces recherches indiquent clairement qu'il existe des voies sans issues, des problèmes sans solutions, des lieux communs qui apparaissent comme des vérités, mais qui demeurent sans aucun fondement empirique. En revanche, il existe des solutions qui fonctionnent sans que leur réussite ne soit due au hasard car elles produisent des effets similaires, d'un pays à l'autre, à des époques différentes. Ce numéro spécial de la *Revue d'économie financière* a pour objectif de contribuer à les rendre accessibles à notre public traditionnel et, nous l'espérons aussi, aux acteurs du système de santé. Puisse-t-il remettre en question quelques truismes onéreux et suffisamment étonner ses lecteurs pour sortir quelques débats franco-français de leurs ornières nationales où l'idéologie prime sur la recherche des faits et où la force de l'expérience est d'autant plus souvent invoquée qu'elle n'est jamais testée. Ce numéro ne nuit pas à la santé et pourrait même être remboursé par la Sécurité sociale.

* Professeur au CNAM.

** Conseiller-maître à la Cour des comptes.

Le premier article, rédigé par Philippe Ulmann, pose la question de savoir s'il est possible d'abord, souhaitable ensuite, de maîtriser les dépenses de santé. Un regard vers les autres pays riches permet de répondre positivement à la première question : oui, il est possible de maîtriser la croissance des dépenses de santé, si l'on entend par « maîtrise » une croissance qui n'est pas plus rapide que celle de la richesse nationale. La plupart des pays occidentaux y arrivent, même s'il existe quelques mauvais élèves : les États-Unis d'abord, la France ensuite et, jusqu'à une date récente, l'Allemagne¹. Mais la question de la maîtrise ne se réduit pas au chiffre de la part des dépenses de santé dans la production intérieure brute, elle pose la question du lien entre, d'une part, le comportement économique des acteurs (la microéconomie) et, d'autre part, les dépenses globales et leur financement (macroéconomie). De plus, elle est indissociable de la notion d'équité. Le lecteur découvrira que les systèmes nationaux de santé (ceux qui sont financés par l'impôt) sont les plus efficaces et les plus équitables, que les mécanismes de régulation qui associent une négociation simultanée sur les prix et les volumes (et pas seulement sur les prix comme en France) sont ceux qui permettent le mieux de tenir, avec tous les systèmes de paiement prospectif (capitation, paiement à la « pathologie »...), les objectifs de maîtrise. En outre, et peut-être surtout, Philippe Ulmann rappelle, après d'autres, qu'il convient de distinguer la question de la croissance (la croissance des dépenses de santé n'a aucune raison, au contraire, d'être condamnable par principe, même si elle est financée sur fonds publics), de celle de la nature de la croissance (les dépenses de soins produisent-elles de la santé ou du bien-être ?) et de celle, enfin, du financement de la croissance éventuelle de ces dépenses. La critique actuelle de la croissance française porte surtout sur le second point, c'est-à-dire la nature de la croissance (dépenses pharmaceutiques et hospitalières) car leur efficacité est incertaine, même si cette croissance crée des emplois, excuse suffisamment invoquée pour tenter de les justifier. Cet argent mal employé a un coût d'opportunité : le même argent pourrait, s'il était investi ailleurs (handicap, dépendance), conduire à plus de bien-être collectif.

L'article de Diane Lequet-Slama, après avoir rappelé la diversité des systèmes de santé occidentaux, en privilégiant dans cette distinction la modalité dominante de financement (impôt, cotisations sociales, système mixte ou financement privé), montre que les réformes récentes ont cherché à introduire plus de concurrence et/ou plus de décentralisation. Si l'on a beaucoup parlé de concurrence par le financement (Allemagne, Pays-Bas...), cette concurrence est, de fait, limitée. De plus, quand elle est efficace, elle devient aussi productrice d'inégalité, ce qui conduit rapidement les responsables politiques à en limiter la portée. En



revanche, la décentralisation en Europe du Sud (Italie et Espagne) a été importante, si l'on en juge par les responsabilités transférées en matière d'organisation des services de santé et de production de soins. La plupart des pays occidentaux, suivant en cela les États-Unis, ont également mis en œuvre, sous une forme ou une autre (paiement prospectif, calcul de dotation) des mécanismes de tarification à la pathologie. Ils fonctionnent. Rappelons, à ce stade, qu'au-delà de la rhétorique des réformateurs de ces pays qui savent mieux se vendre que les Français, souvent critiques de leur système, les systèmes de santé des pays occidentaux sont relativement stables depuis un demi-siècle à l'exception notable du Canada. En outre, quand on parle de concurrence, les zélotes du marché sont surpris de découvrir qu'après les États-Unis, le pays où il existe le plus de concurrence entre les établissements publics et privés est... la France, même si cette concurrence ne se fait pas par les prix.

Les deux articles suivants de Michel Grignon et de Dominique Polton sont particulièrement importants et utiles car ils font le point, en langue française, des recherches mondiales sur les bienfaits éventuels de cette fameuse concurrence par le financement et la production de soins. Michel Grignon rappelle, fort à propos, les principales raisons économiques qui justifient le financement socialisé des dépenses de soins : aversion au risque, non accès au crédit des plus malades, asymétrie d'information de tous. L'assurance maladie par répartition est non seulement plus équitable, ce qui est facile à imaginer, mais plus efficace, ce qui n'était rien moins qu'évident *a priori*. Cette démonstration constitue certainement l'apport principal des recherches en économie de la santé. Toutefois, un financement socialisé et le marché ne sont pas antinomiques : « il n'y a, de fait, aucune impossibilité théorique à ce qu'un professionnel de santé assume une responsabilité médicale et financière sur un groupe de patients », c'est le cas au Royaume-Uni. Mais, comme le rappelle Grignon, ceci n'est possible que s'il y a évaluation et « le véritable enjeu n'est pas d'offrir plus (voire d'imposer) plus d'évaluation, mais de faire en sorte que celle-ci soit reconnue, valorisée et utilisée par ses bénéficiaires (les professionnels) ».

Dominique Polton décrit comment les *Health Maintenance Organizations* (HMO), la forme la plus aboutie des organisations de « gestion des soins » (*managed care*), sont passées sur une période d'un quart de siècle du succès au rejet manifesté, non seulement par leur mauvaise presse, mais aussi par des baisses significatives de leur part de marché. Après avoir rappelé le raisonnement théorique convaincant qui a conduit à modifier la législation américaine afin de rendre possible la mise en œuvre de cette concurrence, elle présente les résultats des recherches empiriques qui démontrent globalement les bienfaits des HMO, tant du point de vue de la baisse relative des coûts que de la

qualité des soins, même si ces bienfaits globaux pénalisent, dans certaines circonstances, les populations les plus fragiles. Mais la réalité empirique finit toujours par remettre en cause les modèles, les raisonnements, même les plus élaborés. Notamment ces organisations de *managed care* n'ont pas réussi à mettre en concurrence les producteurs de soins. En outre, leur concentration financière a conduit à des monopoles locaux : « leur déclin est inscrit dans leur dynamique », dit Dominique Polton. Enfin, elle montre que la régulation concurrentielle ne joue pas sur la tendance d'évolution et que plus personne aux États-Unis ne souhaite aujourd'hui maîtriser les dépenses de santé, ce qui se constate dans les chiffres étonnants de la croissance de ces dépenses ces dernières années. En outre, il est vraisemblable que se prépare une rupture de la fragile solidarité nord-américaine avec l'instauration des *Health saving accounts*. Selon ce système, l'assureur finance, par exemple, les 1 000 premiers dollars de dépenses de soins, entre 1 000 et 1 500 dollars les dépenses sont à la charge de l'assuré, puis une nouvelle forme de couverture (avec ou sans franchise, avec ou sans nouveau plafond...) se déclenche au-delà de 1 500 dollars. L'argent qui n'est pas dépensé est reporté sur un compte personnel l'année suivante. Un tel système intéresse d'abord les jeunes en bonne santé. Notre avenir ?

12

Pour ce qui est du financement socialisé de la France, Rémi Pellet rappelle que l'assurance maladie fut historiquement conçue comme une assurance professionnelle qui s'efforçait de compenser les revenus des assurés en cas de maladie. En effet, ce n'est qu'en 1958 que les remboursements de frais de soins ont dépassé en importance financière les indemnités journalières. L'assurance maladie fut d'abord une assurance de salaire. Le plafonnement des cotisations demeure ainsi jusqu'au milieu des années 1980 et la France est ce curieux pays « qui a cherché à atteindre les objectifs de Beveridge avec les moyens de Bismarck », autrement dit d'organiser la solidarité avec un système de cotisation social d'abord régressif puis, récemment, proportionnel. Il y a 20 années à peine, des recettes fiscales se substituaient enfin aux cotisations salariales, et, selon Rémi Pellet, « la fiscalisation de l'assurance maladie devrait être accentuée... elle ne mérite aucune des critiques que les partenaires sociaux lui adressent », qu'il s'agisse « d'étatisation », de « débudgétisation », de « privatisation », de « nationalisation » ou de « paupérisation ». Rémi Pellet reprend un à un ces arguments et montre leur absence de fondement, puis il analyse les avantages et inconvénients des assiettes fiscales classiques (impôt sur les sociétés, la C3S, la TVA...) et d'éventuels nouveaux prélèvements fiscaux (CO2 Energie, Excédent brut d'exploitation des entreprises - EBE, taxe à la valeur ajoutée qui exclurait la déductibilité des investissements...).



Avec Laurent Caussat et Denis Raynaud, le lecteur change de point de vue. Ces auteurs montrent comment la solvabilisation de la demande de soins par l'assurance maladie augmente la consommation de ces soins. Ce rappel n'est pas aussi trivial qu'il pourrait paraître, d'autant que, rappelant l'étude de la Rand Corporation, les auteurs précisent que «... l'application d'un taux de co-paiement de 95 % jusqu'à un certain seuil de dépenses permet de réduire les dépenses de plus de 30 % par rapport à la gratuité des soins. Cependant, un taux de co-paiement de seulement 25 % permet de réduire les dépenses de près de 20 % »... « En France, au niveau individuel, le bénéfice d'une assurance médicale complémentaire induit 29 % de dépenses de ville supplémentaires ». Certes, il est important de chiffrer cette demande induite par la gratuité, mais ces consommations sont-elles partiellement ou totalement justifiées ? Les auteurs n'y répondent pas. Or, il semblerait, comme l'a montré l'exemple des soins dentaires en France dans les années 1980 et 1990, que quand les patients payent trop de leur poche leur sous-consommation est nuisible pour leur santé.

Étienne Caniard et Christine Meyer-Meuret dressent un très intéressant panorama de l'assurance complémentaire santé dans une France où le reste à charge demeure très important et où le rôle financier de l'assurance complémentaire ne cesse de croître, notamment dans le domaine du médicament. Ce domaine privilégié des mutuelles voit cependant apparaître un nouvel acteur : les institutions de prévoyance. Toutefois, le législateur a toujours été très ambigu à l'égard des assureurs complémentaires qui «... doivent, dans leurs négociations balbutiantes avec les professionnels de santé, se plier à la fois aux contraintes du droit de la concurrence et aux respects des principes vieux de presque un siècle, de la médecine libérale... Il est ainsi difficile d'organiser des négociations (qui pourraient devenir des « ententes »), d'intervenir sur le contenu des prestations (« liberté de prescription »), d'agir par des réseaux de professionnels labellisés (assimilé à une restriction de la « liberté d'accès »), de faire du contrôle de la qualité (qui demeure une prérogative des ordres professionnels)... ». Les auteurs plaident pour « un nouveau modèle de coopération entre acteurs publics et marchés de l'assurance santé, pour leur action, à la fois commune et différenciée » et voient dans la loi du 13 août 2004 des raisons objectives d'espérer.

Denis Piveteau rappelle que le « panier de soins », c'est-à-dire «... l'ensemble des produits et des actes que ce système d'assurance rembourse, en tout ou partie, à ses affiliés » ne peut se limiter à un simple catalogue d'actes ou de produits, valable quel que soit le contexte médico-social de l'assuré. Seules comptent véritablement les conditions médicales dans lesquelles sont prescrits ces actes. Rappelons, d'ailleurs, à cette occasion



que, pour cette raison, les pays (Pays-Bas) ou les États Nord-américains (Oregon) dans lesquels il y a eu des discussions sérieuses sur le contenu du panier de soins, ces discussions furent décevantes au sens où peu de produits furent sortis de la liste.

Mais en France, qui en cela suit les Pays-Bas, l'Allemagne et le Japon, l'actualité n'est pas à la restriction du panier de soins, mais à son extension. Il en va ainsi, notamment, de la prise en charge de la dépendance dont traite, dans son article, Nicole Roth. On pourrait également prendre un exemple plus récent, celui de la maladie d'Alzheimer, dont les coûts passent par décision ministérielle du secteur social au secteur sanitaire. Nicole Roth retrace comment la France est passée progressivement de l'allocation compensatrice pour tierce personne à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), en passant par l'allocation dépendance. Le nombre de bénéficiaires, à législation identique, ne cessera de croître jusqu'en 2040. Mais la législation demeurera-t-elle constante ? Cela est peu probable. La solvabilisation de la demande va très certainement créer des besoins d'aide nouveaux dans un contexte où il n'y a pas de propres techniques et où des « gisements d'emploi » sont promis par les pouvoirs publics.

Les trois articles suivants abordent des questions de régulation de trois grands secteurs de la production de soins : les hôpitaux, les professionnels de santé et l'industrie pharmaceutique.

Roland Cash présente la révolution que constitue la tarification à l'activité (T2A) des établissements de soins durant sa première année de mise en œuvre. La France qui, au début des années 1980, avait pris de l'avance dans ce domaine, car l'on pensait dès 1983 que ces méthodes serviraient à calculer la dotation globale de ces établissements, a dû attendre 2003 et la décision de Jean-François Mattei pour voir aboutir enfin cette réforme du mode de financement des hôpitaux. L'argent va enfin pouvoir suivre le malade, car chaque établissement ne recevra des ressources financières qu'en fonction de son activité. Toutefois, la tarification à l'activité ne sera mise en place que progressivement et des incertitudes demeurent sur le « rapprochement » du financement des secteurs publics et privés de l'hospitalisation que prévoyait déjà la loi du 31 décembre... 1970 ! Outre le calendrier encore imprécis, beaucoup de points techniques majeurs de cette réforme peuvent encore évoluer, à commencer par le calcul des tarifs des « groupes homogènes de malades ». Ils sont aujourd'hui construits en référence à la moyenne des coûts constatés, ce qui est à la fois conservateur et n'a pas beaucoup de sens médical. Malgré ces imperfections, cette réforme est d'importance essentielle, même si l'on peut craindre qu'un mécanisme de recettes variables soit, à assez court terme, peu compatible avec un système de gestion administratif extrêmement rigide, notamment dans la gestion



des ressources humaines des établissements de soins, qu'il s'agisse de médecins ou des autres catégories de personnel.

Lise Rochaix permet d'aborder de manière simple et exhaustive le sujet essentiel et tabou par excellence : le mode de rémunération des médecins. Il existe, dans ce domaine aussi, une importante bibliographie internationale qui démontre sans ambiguïté que les mécanismes de paiement à l'acte induisent une surproduction de ces mêmes actes et, qu'en revanche, les paiements prospectifs (forfaits) n'accroissent guère la motivation du corps médical. La lumière est donc à rechercher vers des systèmes mixtes comme, par exemple, les tarifs modulés des médecins québécois qui associent incitation individuelle et enveloppes fermées ; c'est aussi le cas en Allemagne où, rappelons-le, ce sont les caisses de médecins qui répartissent à leurs membres l'argent versé par les caisses d'assurance maladie. Des mécanismes analogues existent également aux États-Unis pour les médecins payés par *Medicare*. Les particularités du système français expliquent l'inflation des actes : existence du secteur II, opacité du système d'information sur l'activité des médecins, absence de payeur unique, prise en charge intégrale du ticket modérateur par l'assurance complémentaire, accès direct à tous les médecins... « Cet ensemble de caractéristiques confère au système un caractère inflationniste marqué ». L'inflation des actes médicaux n'est pas consubstantielle à la pratique de la médecine, elle ne s'explique pas non plus, tout au moins pour l'essentiel, par le vieillissement de la population et les progrès de la médecine. Il est donc envisageable de la maîtriser un jour. En outre « maîtrise » n'est pas synonyme de réduction des revenus (les généralistes britanniques sont mieux rémunérés que leurs homologues français). Encore faut-il trouver un accord politique et des institutions capables de mettre en œuvre les mécanismes connus. Nous avons, en France, jusqu'à présent, globalement échoué, même s'il existe quelques exceptions remarquables (les biologistes).

Christine de Mazières et Valérie Paris présentent la réglementation pharmaceutique française dans toute sa complexité. Elles illustrent sa particulière instabilité et son absence de politique par la recherche qui n'incite pas les grandes firmes multinationales à installer dans notre pays autre chose que des antennes commerciales. « La régulation à la française mêle objectifs financiers et industriels ». Elle vise le panier de médicaments couverts (assez peu) et le taux de remboursement (beaucoup). En revanche, elle ignore l'évaluation médico-économique. Le fondement objectif des prix est « difficile » : « ...les trois-quarts des médicaments inscrits sont sans ASMR (amélioration du service médical rendu) et pour un médicament sur dix, la fixation d'un niveau d'ASMR a été impossible, faute d'éléments comparatifs ». Certes, il existe un développement, encore modeste en valeur des génériques, mais

« le pouvoir régulateur demeure encore trop faible en France face à l'industrie, notamment en ce qui concerne l'évaluation des médicaments et l'information des prescripteurs et des patients ».

Toutes ces politiques ne peuvent pas se bâtir sans information. Après avoir rappelé que tout règlement est aussi une théorie du changement social, Jean de Kervasdoué rappelle que « dans le secteur de la santé, coexistent trois types de régulation : la régulation médicale, la régulation économique et la régulation bureaucratique. Ces qualificatifs distinguent la source de la légitimité et la nature même du règlement ». Ces mécanismes peuvent s'appliquer à la santé et/ou à la médecine. Ce qui frappe en France, à part la méconnaissance réelle de l'activité des médecins libéraux, est surtout la pauvreté des données économiques. On ignore tout des dépenses de santé des différentes régions françaises ou du coût de la prise en charge des malades cardiaques ou des cancéreux. Pour le reste, des progrès considérables ont été accomplis notamment, mais pas uniquement, dans le secteur hospitalier où, grâce au PMSI, on sait qui est hospitalisé pourquoi et à quel prix. Les services de la DREES, avec l'Insee et l'Irdes, publient d'excellentes études capables d'éclairer les choix publics. Les lacunes ne sont pas techniques, Jean de Kervasdoué pense, en effet, qu'elles ne doivent rien au hasard : les gouvernements successifs, et notamment le gouvernement actuel, ont fait du non contrôle de la profession médicale un des axes de leur politique. Quand l'argent n'est pas compté, c'est qu'il ne compte pas. On n'ignore pas par hasard de tels montants : en 2004, le déficit de l'assurance maladie, pas le budget, est du même montant que le budget de l'enseignement supérieur et de la recherche de notre pays (14 Md€) ! Les systèmes d'information sont les reflets d'une politique, pas l'inverse.

Le dernier article, rédigé par Didier Sicard, tient une place bien particulière. En effet, l'auteur n'est pas un économiste, mais un professeur de médecine interne. Il donne donc un éclairage original sur l'évolution de la demande de soins. Les économistes la remarquent quand ils parlent « d'effet génération », ils constatent, en effet, que les générations qui se succèdent ne partagent pas la même conception de la médecine. Cela se voit dans les chiffres de croissance par habitant de la consommation de soins, mais comment interpréter cette croissance, quelles en sont les raisons profondes ? « Réguler une demande de soins concourant à la santé « qui n'a pas de prix » apparaît toujours étrange ; comme si une rationalité de comportement face à l'angoisse existentielle pouvait être obtenue par un discours de maîtrise ». De plus, et peu d'entre nous en sont conscients, le transfert des ressources médicales de la maladie à la prise en charge de la santé, actuellement marginal dans le financement d'une politique de santé publique qui cherche à se



ÉDITORIAL

définir, fait que la demande est potentiellement infinie, d'autant que l'innovation technologique rend cette nouvelle exigence possible, « que la médicalisation des comportements est sans limite », « qu'il est difficile pour un médecin de signifier à un malade ou à une personne qui se pense malade que le recours à sa science est inutile... (d'autant plus que) quand l'avantage matériel de l'institution (paiement à l'acte) se confond avec le principe de prudence, tous les verrous de sécurité sautent ».... « Il suffit de quelques mots, toujours les mêmes, sécurité, précaution, pour que la raison, ou plutôt le discernement, s'esquivent ». Entre la régulation des dépenses de santé et la politique de santé publique existe un hiatus conceptuel et pratique que les évolutions récentes ne font qu'illustrer. À lire, car Didier Sicard montre comment « la santé et l'argent ne supportent pas leur exigence mutuelle » ! Ce travers est spécifiquement français.

NOTE

17

1. En ce qui concerne l'Allemagne, soulignons que le déficit qui a conduit la majorité parlementaire et l'opposition à rechercher un accord pour revenir à l'équilibre était un déficit de 3,4 Md€ en 2002, soit quatre fois moins que le déficit français de l'année 2004 !

