

INTRODUCTION

JEAN DE KERVASDOUÉ*

Si en matière de politique de santé, et notamment en matière de financement des soins médicaux, les pays de la planète font face aux mêmes problèmes, ils ne les résolvent pas tous de la même manière même quand ils partagent les mêmes valeurs. Il est pourtant rare que les politiques publiques s’inspirent d’exemples étrangers. Il arrive plus fréquemment que leurs caricatures servent de repoussoir, c’est notamment le cas en France, aux États-Unis et au Royaume-Uni où la vigueur des propos est inversement proportionnelle à la connaissance de ces pays. Pour les autres États, l’ignorance est abyssale ; aussi l’article de *Kieke G. H. Okma et Tim Tenbensel* vient combler un vide. Il donne aux lecteurs francophones la possibilité de découvrir les réformes des systèmes de santé dans douze pays. Certains sont proches (Pays-Bas, Slovénie, Suisse, etc.), d’autres sont plus lointains (Chili, Ghana, Nouvelle-Zélande, Singapour, etc.). Outre les nombreuses tentatives de mise en place d’une concurrence par le financement qui ont – au mieux – accouché d’une souris, le lecteur découvrira la plus ou moins grande facilité de réformer, l’importance du temps (toujours plus long que prévu) et le fossé quasi universel qui sépare la réalité du discours pour une « santé axée sur le consommateur ». En France, on parle de « mettre le patient au centre du système de santé », certes, mais sans être aussi grandiloquant, il ne serait pas mauvais que quelqu’un décrochât le téléphone quand on appelle un service hospitalier.

L’article de *Théodore R. Marmor* était destiné à un public étatsunien où, en matière de financement des dépenses de soins médicaux, le débat idéologique sur l’assurance maladie fait toujours rage. En outre, y règne une profonde confusion entre assurance « sociale » et assurance « médi-

* Membre, Académie des technologies ; chroniqueur, Le Point.fr ; professeur émérite, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM). Contact : jean@kervasdoue.com.

cale ». L'auteur reprend ici et actualise le thème central d'un ouvrage majeur qu'il a publié en 1992¹. Cet article sera l'occasion pour les Français de revenir aux questions fondamentales des assurances sociales et de découvrir que les États-Unis aussi sont plus solidaires qu'on ne le pense et engageant chaque année de très importantes dépenses sociales. En effet, pour ce qui est des soins médicaux, comme en France, ces dépenses publiques représentent environ 8 % du PIB.

Jean de Kervasdoué rappelle que la France s'est prise à deux fois pour créer un système universel d'assurance maladie. Depuis l'origine, les questions financières sont aussi permanentes que mal résolues car il n'y a pas de lien entre les facteurs macroéconomiques qui assurent des ressources et les déterminants des dépenses de soins (démographie, progrès techniques, épidémies, prévention, etc.). Aussi, après avoir rappelé les raisons éthiques et économiques de l'inadaptation des mécanismes de marché pour ajuster l'offre à la demande des soins médicaux, il souligne une fois encore que le seul moyen de peser sur une demande potentiellement infinie est d'utiliser des mécanismes de rationnement. Toutefois, contrairement au Royaume-Uni, la France a le rationnement honteux, implicite et donc aveugle ; si bien que la sophistication de ses politiques en matière de régulation des dépenses de soins dépasse rarement la brutale application d'une règle de trois ; aussi, par période, le système explose. Puis, de nouveau, le gouvernement au pouvoir, avec les mêmes acteurs, s'assoit sur le couvercle et tente de faire rentrer le rhinocéros dans une cage à lapin. Il pourrait en être autrement, comme l'indique la longue liste de réformes trop longtemps attendues.

Rémi Pellet plaide pour une réforme fondamentale, une étape ultime : la budgétisation du financement de l'assurance maladie. Elle simplifierait le travail parlementaire et mettrait fin à l'hypocrisie de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie). En effet, il n'est pour l'instant qu'un « objectif », comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel en 1993, car les cotisations versées aux régimes obligatoires de Sécurité sociale « ouvrent vocation à des droits aux prestations et aux avantages servis par ces régimes ». Comme il s'agit de droits, on ne peut pas préjuger de la manière dont ils seront exercés. Ce même raisonnement avait conduit à la fin du siècle dernier à parler pour les hôpitaux publics de « dotation » globale et non de « budget » global. Bien entendu, tous les acteurs ne parlaient à juste titre que de budget ! À ce stade de l'évolution du rôle de l'État dans le financement et l'organisation du système de soins, la budgétisation aurait également l'avantage de la clarté. Les arguments juridiques et politiques ne manquent pas pour enfin y parvenir.

Suivent deux articles, l'un par *Didier Bazzocchi* et l'autre par *Étienne Caniard*. Ils portent sur le devenir des assurances complémen-

taires « santé », une spécificité française. Les deux auteurs ont joué un rôle majeur dans ce domaine économiquement (1 % du PIB) et politiquement important car il influence l'accès aux soins et joue un rôle essentiel pour le remboursement des soins de ville. Toutefois, ces géants économiques sont devenus des nains politiques, l'assurance maladie leur ayant progressivement nié tout rôle effectif dans la régulation des dépenses de soins médicaux, les ayant en outre privés de tout accès aux données de santé des personnes qu'elles assurent. Quant à la générosité gouvernementale en matière d'audition, d'optique et de soins dentaires, elle se fait à leurs dépens. Tandis que les cotisations augmentent, qu'apparemment les lunettes et les soins dentaires sont remboursés à 100 %, paradoxalement le reste à charge moyen de l'optique augmente en 2020. La question de l'avenir des OCAM se pose. Faut-il, comme certains le souhaitent, les fusionner avec l'assurance maladie et réaliser une « grande Sécu » ? Les auteurs en analysent les éventuelles futures conséquences tant pour les Français que pour les professionnels de santé.

Maryaline Catillon analyse en détails le profond déclin de la recherche biomédicale française. En vingt ans (2000-2020), elle a perdu quatre places et est passée du 5^e au 9^e rang mondial et se trouve notamment déclassée par l'Italie, l'Inde et le Danemark. Les signes récents de cette déliquescence sont tristement manifestes et les raisons connues : à commencer par la baisse des investissements matériels et humains. Ainsi, entre 2010 et 2020, la chute des crédits de recherche aura été en euros courants de plus de 25 %. La rémunération moyenne des chercheurs est aujourd'hui de 37 % inférieure à celle de la moyenne des pays de l'OCDE ; or dans ce domaine, la concurrence internationale est particulièrement forte. Enfin les infrastructures sont très en deçà de celles des pays comparables : en France, on finance trop les projets et pas assez les équipes. Comme l'ont signalé de très nombreux rapports, la structure de la recherche publique est très complexe, les lourdeurs administratives considérables et la gouvernance utilisent peu les méthodes de biométrie pourtant accessibles. *Maryaline Catillon* propose de les utiliser, mais aussi de décloisonner les disciplines notamment à l'échelon du doctorat. À ce jour, il n'y a pourtant guère de signes d'espoir car les décisions récentes en matière financière sont très loin de se comparer à celles des pays concurrents ; quant au nombre de doctorants, il baisse.

Laurence Hartmann et Jean de Kervasdoué plaident pour une analyse rationnelle des politiques de prévention, thème majeur de toutes les déclarations ministérielles et de toutes les lois « santé » depuis le début du siècle. Les auteurs constatent cependant que ces invocations permanentes sont peu suivies d'effet et, quand c'est effectivement le cas, la

mesure est rarement évaluée. L'article plaide donc pour que l'État développe en la matière des analyses coûts/bénéfices, afin de sélectionner dans ce vaste champ les mesures les plus efficaces et les moins liberticides, et insiste pour que, une fois ces politiques mises en œuvre, elles soient évaluées.

Joseph White s'attaque avec succès à une croyance universelle. En effet, il émet de profondes réserves aux prétendus bienfaits de l'informatisation de la santé et notamment l'informatisation du dossier médical. Nul doute que cet article fera du bruit car si en imagerie et dans le domaine du diagnostic les apports de l'informatique sont considérables, le bilan est beaucoup plus mitigé pour la clinique : les données sont trop longues à saisir, trop nombreuses et pas synthétisées. L'informatique est une drogue attirante pour tous sauf pour les patients et les professionnels de santé. Son utilisation est un « *unholy mess* », un « joyeux bazar » pour traduire cette expression en français sans être grossier. Il y a des erreurs d'enregistrement, trop d'alertes, les données sur la qualité des soins sont faibles et surtout rien ou presque n'existe sur l'essentiel à savoir : l'état du patient. De surcroît, l'informatique est le prétexte pour transférer aux médecins des tâches administratives, la manière de les poursuivre 24 heures sur 24 et la cause de nombreux *burnout*. Aron Wildavsky – qui fut à Berkeley le professeur de Joseph White – rappelait toujours que « les organisations existent pour supprimer des données » pas pour noyer la hiérarchie sur des montagnes de chiffres ininterprétables et de qualité incertaine. Du fait de l'informatique, il y a donc bien dans les hôpitaux des « morts par des milliers de clics » !

12

Karine Chevreul et Morgane Michel, après avoir rappelé que les personnes précaires ont pour les mêmes pathologies des durées de séjour à l'hôpital plus longues, montrent sur un échantillon important de patients de l'AP-HP que la durée de séjour baisse au fur et à mesure que la position socioéconomique du patient s'accroît. La différence est suffisamment significative pour que le système de tarification en tienne compte. En effet, aujourd'hui, pour l'essentiel, l'activité dite « court séjour » des établissements hospitaliers utilise un système de facturation globale à la pathologie. Celles-ci sont classées en « groupes homogènes de séjour » et n'ont qu'un seul tarif.

Alain Sommer et Jean de Kervasdoué s'attaquent à un sujet austère mais essentiel dans la gestion des hôpitaux publics : à savoir l'usage opérationnel de la comptabilité. Cet article montre d'abord que le regroupement dans un même ensemble d'activités différentes, comme le court et le long séjour, l'enseignement et la recherche, la psychiatrie et les autres disciplines médicales, ne permet pas de mesurer correctement les contributions et les charges de chaque entité au fonctionne-

ment de l'hôpital. Les hôpitaux sont des conglomérats. De surcroît l'utilisation du coût complet n'est justifiée que quand l'unité d'œuvre est appropriée, ce qui est loin d'être toujours le cas. L'article plaide surtout pour que l'on mesure non pas les coûts complets des actes et des séjours, mais la contribution à la marge brute de chaque service clinique et médicotechnique. Enfin, il montre en quoi peut être néfaste la référence permanente au budget construit en cours d'année précédente sur des bases toujours incomplètes, alors que le seul outil qui vaille est le suivi mensuel de l'activité et sa comparaison aux années précédentes.

Gérard de Pouvoirville analyse comment différents pays occidentaux régulent l'industrie pharmaceutique, industrie mondiale, dans la fixation des « prix » (de fait presque toujours des tarifs) des médicaments qu'elle met sur le marché. La logique de ces entreprises est aujourd'hui de ne plus tenir compte dans les négociations du coût cumulé de leurs recherches, de la fabrication de la molécule et du marketing, autrement dit du prix de revient, mais de faire des propositions de prix qui dépendent des capacités à payer du financeur ; en France : l'assurance maladie. Si cette discutable logique industrielle est mondiale, elle s'adapte plus ou moins bien à la logique des pays qui eux n'utilisent pas d'autres références. En France, on compare les bénéfices cliniques (l'amélioration du service médical rendu, ASMR) du nouveau produit aux produits existants pour traiter de la même maladie. En Angleterre, l'approche est utilitariste et l'on y chiffre le coût du traitement par année de vie gagnée et si ce coût dépasse un certain niveau (autour de 80 000 livres sterling), le produit n'est pas prescrit à l'intérieur du NHS. Quant à l'OMS, la référence du juste prix est tout autre puisqu'il s'agit du revenu par habitant. Chacun jugera des avantages et des inconvénients de chaque méthode dont l'application se passe toujours loin des feux de la rampe.

NOTE

1. Theodore Marmor, *America's Misunderstood Welfare State: Persistent Myths, Enduring Realities*; Basic Books, 19 août 1992.

