



POLITIQUE DE RÉGULATION ET SYSTÈMES D'INFORMATION

JEAN DE KERVASDOUÉ *

Dis-moi ce que tu mesures, je te dirai ce que tu gères ! Cette phrase pourrait constituer un axiome de l'enseignement de la gestion, qu'elle soit gestion d'entreprise ou gestion d'État. L'inverse au premier abord semble couler de source, mais ce n'est pas le cas, tout au moins quand il s'agit d'entités complexes comme un secteur ministériel. La notion de « gestion » est, en effet, une notion élastique pour les activités hors marché. Le ministre de la Santé gère-t-il le système de santé ? Il en a indiscutablement la responsabilité politique, mais l'expérience récente montre, par exemple, qu'il ne se sent pas l'obligation de parvenir, dans l'année, à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. Équilibrer les comptes constituerait la première responsabilité d'un gestionnaire d'entreprise privée.

La mise à mort des entreprises déficitaires par le marché n'a pas son équivalent dans le secteur public, la façon pour le marché d'être impitoyable n'est pas la même que celle de la politique. Il existe dans les deux cas des mises à mort, mais les règles de l'économie de marché sont mieux connues, plus prévisibles. On les découvre à la fois plus diverses et plus incertaines dans le secteur public et, tout particulièrement, dans le domaine de la santé. Les systèmes d'information s'en ressentent car un système d'information n'est concevable que si l'on pense avoir de bonnes raisons de s'informer. Cette apparente lapalissade n'est cependant pas triviale : l'histoire récente est suffisamment riche pour rappeler que notre monde transformé par les hommes évolue et, qu'en général, il ne prévient pas. Il suffit de se souvenir des « affaires » du sang

* Professeur au CNAM.



contaminé, de l'hormone de croissance, de l'encéphalopathie spongiforme bovine, de la canicule...

RÉGULATION ET INFORMATION

Tout mécanisme de régulation est une « théorie » du changement social au sens où il présuppose une relation de causalité entre des concepts : en agissant sur X, Y ou Z, une modification sur A, B ou C est provoquée. La « théorie » qui sous-tend la plupart des politiques publiques est le plus souvent très simple, par exemple : en augmentant le prix du tabac, la consommation de cigarettes diminue ou, pour prendre un exemple dans un autre domaine, en accroissant le nombre de policiers, la délinquance baisse... Le fait que l'hypothèse qui sous-tend une réglementation soit simple ne veut pas nécessairement dire qu'elle soit juste, mais que l'efficacité empirique de la théorie concernée peut être évaluée, non pas en fonction de critères que choisirait l'évaluateur, mais à l'aune des objectifs qui ont conduit à sa mise en œuvre. La « théorie » peut donc être « falsifiée » au sens popperien du terme.

D'une politique de régulation naissent le plus souvent un système d'information et un mécanisme de régulation qui permet de l'apprécier. Il ne s'ensuit pas nécessairement que l'évaluation soit systématique et que les informations existent au moment où se met en œuvre la régulation. Toutefois, c'est parfois possible en France qui, cependant, ne prévoit pas toujours, comme au Royaume-Uni, l'évaluation de chaque nouveau mécanisme de régulation.

Une politique simple est souvent facile à évaluer, par exemple : à partir de la connaissance du nombre de lits hospitaliers ouverts et de leur lieu d'implantation, nous avons pu montrer que la carte sanitaire n'avait ni limité le nombre de lits d'hôpitaux (elle a même contribué à en créer), ni véritablement réduit les inégalités géographiques préexistantes à l'instauration de cette carte (1970). Démontrer l'inefficacité d'un mécanisme de régulation et l'inexactitude de la théorie qui le fonde ne suffit pas à la remettre en cause. L'actuelle politique de santé en France est aussi un ramassis de lieux communs infondés¹. Pour ne citer que quelques exemples, malgré ce qui est affirmé :

- le ticket « modérateur » n'a jamais rien modéré, ni « responsabilisé » personne, il en sera ainsi de la contribution d'un euro par consultation ;
- la liberté clinique (l'absence de contrôle des pratiques des cliniciens) ne mène pas nécessairement à la qualité des soins ;
- collecter des données médicales n'est ni gratuit, ni source d'économie si personne n'a le pouvoir de modifier les pratiques constatées quand elles sont dangereuses, inutiles ou inadaptées ;
- une augmentation du tarif des consultations ne réduit pas leur nombre ;



- le paiement à l'acte est à l'origine de nombreux conflits d'intérêts ;
- accroître le nombre de médecins ne résout pas la question de leur implantation géographique.

Lieux communs et idées fausses perdurent pour des raisons politiques et idéologiques. Néanmoins, ce triste constat ne doit pas décourager ceux qui s'efforcent d'évaluer objectivement la réglementation en vigueur. La carte sanitaire a mis plus de 30 années à disparaître, mais elle a disparu... pour être remplacée par un mécanisme plus discutable encore, tout au moins sur le plan de l'équité.

Évaluer permet de prendre position sur l'efficacité vraisemblable de telle ou telle mesure, et parfois de rappeler à la très respectable autorité ministérielle qu'une causalité présumée n'est jamais un substitut de l'évidence empirique.

L'évaluation d'un quelconque mécanisme de régulation dans le domaine de la santé pose tous les problèmes de l'évaluation en sciences sociales², et, notamment, ceux de la mesure qui n'est jamais anodine³. Il n'y a pas d'information *in abstracto*, d'information dissociée d'une politique et donc d'une théorie du changement social. Contrairement à une croyance répandue, parfois chez les statisticiens eux-mêmes qui voudraient laisser croire à une existence « naturelle » des chiffres, il n'y a pas d'information sans théorie qui la sous-tende et pas de système d'information adapté pour celui qui ne connaît pas l'usage qu'il pourrait en faire. Collecter des données sans but, en pensant que cela pourrait servir un jour, est une erreur épistémologique et un formidable gâchis. Il en sera ainsi du dossier médical personnel s'il n'existe pas simultanément d'administrateur de ce dossier qui en interprète en permanence le contenu et en tire les conclusions qui s'imposent, ce qui ne sera pas gratuit.

Une information n'est de qualité que si elle est utilisée. Quand une grande institution hospitalière prétend faire encore de la comptabilité analytique et enregistre exactement pour un de ses hôpitaux le même nombre de repas une année après l'autre - occurrence aussi improbable que de gagner le gros lot au loto - il est vraisemblable que cette information n'est jamais utilisée. La production d'information devient alors un rite bureaucratique.

Une information n'existe jamais par elle-même. Elle ne peut être comprise que si ceux qui en prennent connaissance maîtrisent la théorie qui la sous-tend. Ce truisme n'est pourtant pas un lieu commun beaucoup pensant qu'il suffit d'informer. Par exemple, avec le programme de médicalisation du système d'information (PMSI), la gestion hospitalière devient de plus en plus technique. Le charme du « point ISA⁴ » échappe à ceux qui n'en connaissent ni la définition, ni le mode de calcul. Il en est également ainsi du taux de cholestérol ou du nombre



de globules blancs ou rouges en médecine... Pour les « comprendre », il convient d'apprendre ou disposer d'un traducteur qui vous indique si le chiffre produit est moyen ou extrême, favorable ou défavorable... Une information ne peut jamais être détachée des concepts et donc de la théorie qui, au sens originel du terme, la comprend.

La plupart des crises récentes proviennent de la manifestation de phénomènes peu ou mal connus, si bien que les premières mesures prises se sont révélées souvent inadaptées, faute d'avoir pu les apprécier. Ces crises successives, aux lourdes conséquences politiques, furent d'abord des crises de la connaissance. Elles ont été interprétées par les médias et l'opinion comme des erreurs de gestion et condamnées comme telles. L'esprit du temps évite de reconnaître que l'on pourrait ne pas savoir. En conséquence, pour symboliquement réparer ce qui était un manque de compréhension, se construit une pléthore de règles et d'institutions nouvelles. Paradoxalement, elles éloignent l'attention collective d'une régulation rationnelle d'un domaine qui demeure beaucoup plus stable que ne le laissent penser les zélotes du progrès et les catastrophistes des crises sanitaires.

La classe politique s'investit alors dans la communication et feint d'organiser des réponses aux problèmes qu'elle ne maîtrise pas. Elle se réfugie dans le symbolique, dans l'affectif et se trouve incapable de bâtir un constat darwiniste, à savoir que les hommes ont créé de nouveaux milieux, un monde nouveau qui sélectionne les êtres adaptés comme, par exemple, ceux qui vivent dans la climatisation. Ils disposent, en effet, d'un environnement en pleine expansion qui, de plus, grâce aux avions, fait chaque jour le tour du monde ; on peut leur prédire un bel avenir. Personne n'a conçu en tant que tel ce milieu qui devient nôtre. Par essence, des problèmes inédits se posent et nous surprennent.

Tentant de maîtriser ce qu'elle n'appréhende pas, la classe dirigeante détourne l'attention du public et s'investit dans ce qu'elle croit comprendre de ce qu'a retenu le public. Oubliant ses responsabilités pédagogiques, elle contribue ainsi à créer les problèmes de demain. Par exemple, si la vague de chaleur de l'été 2003 a conduit beaucoup de personnes âgées aux urgences hospitalières, si beaucoup y sont mortes, la prévention des conséquences sanitaires des futures vagues de chaleur viendra d'abord de la réorganisation d'une médecine de ville, plus proche de la population, notamment dans les grandes villes et non pas d'un quelconque renforcement des urgences. Ce déficit conceptuel contribue à inonder le secteur de règles souvent onéreuses, mais aussi inapplicables simultanément. Cette régulation bureaucratique devient alors source de délinquance et d'insécurité : un règlement inappliqué est au minimum une faute.

Pléthore et absence de règles coexistent et la régulation classique qui



devrait concerner la qualité des services et leur efficacité ne progresse guère. Les comptes de la santé sont construits à grand-peine 6 mois après la fin de l'année échuë, bien trop tard pour servir à une éventuelle gestion.

LES DIFFÉRENTS ORDRES DE LA RÉGULATION

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 légitimité et la nature même de règlement. Toute régulation sanitaire peut être rattachée à un de ces types.

La régulation médicale a une légitimité construite sur l'état du savoir empirique du moment. « Tout ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique », a dit Jean Bernard. En principe !

Si la régulation économique dans un secteur marchand consiste principalement à élaborer et organiser la concurrence, dans un secteur administré s'ajoute un élément essentiel : la « fabrication » de prix, qui ne peuvent résulter d'un équilibre offre - demande, faute de marché. Il en est ainsi dans le secteur de la santé du prix des médicaments et des tarifs rémunérant les professions et institutions de santé.

La régulation bureaucratique spécifie des règles et des procédures. Elle interdit ou promeut tel ou tel comportement. En matière de gestion hospitalière, elle rentre (malheureusement) dans la « boîte noire » de la gestion et précise, par exemple, qui recruter, comment, dans quelles conditions accorder une promotion, à qui... pour n'évoquer, très succinctement ici, que le secteur des ressources humaines. Cet envahissement bureaucratique nous a conduits à souligner que les hôpitaux étaient plus administrés (le respect des règles) que gérés (la recherche d'un objectif).

La régulation médicale fait l'hypothèse de l'évolution permanente du savoir des acteurs, la régulation économique celle de la « rationalité » - au sens de la théorie économique - du régulé, enfin la régulation bureaucratique présuppose son obéissance, sa conformité à une norme établie de l'extérieur. Le recrutement des élites françaises fait pencher notre administration du côté de la régulation bureaucratique.

LES GRANDES FAMILLES DE LA RÉGULATION DANS LE SYSTÈME DE LA SANTÉ ET LEURS SYSTÈMES D'INFORMATION

La régulation du système de santé touche quatre espaces, quatre mondes : ceux de la santé, de la médecine, de l'économie et des territoires.

La santé

Dans le domaine de la santé, les principaux systèmes d'information concernent :

- l'épidémiologie générale (espérance de vie à la naissance et aux différents âges, avec ou sans handicap..., causes de mortalité...) dont les sources sont celles de la démographie générale (registre des naissances) et de l'analyse des causes de décès ;
- l'épidémiologie spécifique de telle ou telle maladie (diabète, grippe, tuberculose, Sida...) dont on mesure l'incidence (le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée) et la prévalence (le nombre de personnes concernées dans la population) ;
- la connaissance des facteurs de risques, qu'ils soient infectieux (virus, bactéries, êtres unicellulaires, champignons, insectes...) ou non infectieux (tabac, alcool, consommation alimentaire, usage de toxiques, accidents de la route et accidents domestiques...).

La médecine

a) À la jonction de la médecine et de la santé, se trouve d'abord la morbidité déclarée, qu'elle soit hospitalière ou de ville :

- la morbidité hospitalière, grâce au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), est aujourd'hui bien connue, elle permet de faire de grandes avancées en stratégie et planification hospitalière, même si le PMSI n'a pas été d'abord conçu pour cet usage ;
- la morbidité de la médecine de ville est toujours aussi balbutiante, tant pour les médecins cliniciens (généralistes et spécialistes, y compris les chirurgiens), que pour ceux qui pratiquent des actes médico-techniques (radiologues, biologistes, radiothérapeutes...).

b) Les « facteurs de production » de la médecine sont, en revanche, bien connus :

- nombre, nature et localisation des professions de santé ;
- nombre et nature des lits hospitaliers ;
- équipements biomédicaux...

c) Comme quelques indicateurs de production physiques longtemps suivis : nombre de journées, de séances, d'actes, coefficient d'occupation...

Soulignons à cette occasion la très grande importance des nomenclatures, celles du PMSI qui classent notamment les séjours en groupes homogènes (GHS) et celle de l'assurance maladie pour la médecine de ville : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Cette dernière nomenclature répertorie et classe les actes en fonction de leur complexité relative, en principe. De fait la NGAP n'a pas été profondément modifiée depuis... 1972, beaucoup d'actes sont côtés « par



assimilation » et les prix relatifs ne correspondent plus à la médecine d'aujourd'hui. Ce sujet aussi central qu'austère est à l'origine du mécontentement de nombreux professionnels de santé. Certains ont ainsi, pendant de longues années, pu bénéficier d'une rente injustifiée, d'autres en revanche ont été pénalisés, les chirurgiens notamment. En principe nomenclature hospitalière et nomenclature de la médecine de ville devraient se fondre dans une nomenclature unique : le catalogue des actes médicaux (CDAM). Ce catalogue est arrêté depuis bientôt 4 années, mais butte toujours sur ces conséquences tarifaires : les rentes sont aussi des revenus et les intéressés (les radiologues, notamment) n'ont aucune envie de voir baisser les leurs du fait d'une révision de la nomenclature.

Facteurs de production et indicateurs de production permettent d'illustrer d'anciennes inégalités, qu'il s'agisse de lits d'hôpitaux par habitant, de médecins, de pharmaciens ou, de façon plus étonnante, de scanners ou d'appareils de résonance magnétique nucléaire. En effet, leur existence est postérieure à la carte sanitaire qui avait pour objet de n'autoriser des appareils qu'en fonction d'indices, en principe similaires sur tout le territoire national. La démographie médicale est aussi bien connue et donne lieu à d'infinis débats. L'information ne suffit pas. Il arrive qu'elle soit interprétée bien différemment d'une personne à l'autre.

Si on connaît donc les conditions nécessaires à la production de soins médicaux : médecins, infirmières, appareils divers, lits d'hôpitaux, on ignore, en ville, l'essentiel de cette production c'est-à-dire l'activité médicale par elle-même et, tout particulièrement, les raisons pour lesquelles les Français consultent les praticiens de ville.

d) On ne sait rien de systématique de la « qualité » des soins médicaux, tant en ville qu'à l'hôpital.

L'économie

La collecte des données en économie de la santé a fait de très grands progrès, mais le système a encore de très sérieuses limites.

Pour l'essentiel, la source majeure qui permet de suivre l'évolution des seules dépenses d'assurance maladie (et non pas donc des dépenses de santé) provient du suivi des dépenses mensuelles de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)⁵. Elle fournit l'évolution des dépenses du régime général du mois n-3⁶ comparé aux mois précédents ainsi qu'un récapitulatif sur l'année calendaire et des calculs de moyenne glissante sur 12 mois. Les dépenses prises en compte sont aujourd'hui répertoriées selon la date de prescription et non plus de remboursement. Les évolutions sont corrigées de leur variation saisonnière. Ce rapport est publié 3 semaines après la fin de chaque mois. En outre, un « Rapport de l'exécution de l'ONDAM » et un « Rapport



de gestion » (du régime général de l'assurance maladie) sont publiés en août de l'année n+1 toujours par la Caisse d'assurance maladie.

Ces rapports sont aujourd'hui de grande qualité et fournissent des informations claires, même si l'on peut regretter, notamment pour les rapports annuels, leur publication tardive. Nous sommes loin des performances, dans ce domaine, des grandes entreprises du secteur concurrentiel.

Ces publications permettent de suivre, notamment, l'évolution des cinq enveloppes de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) :

- les dépenses d'hospitalisation publique,
- les cliniques privées,
- les établissements médico-sociaux,
- la dotation du développement des réseaux,
- les soins de ville.

Un « ONDAM métropole » est également produit.

À l'intérieur des soins de ville, les honoraires des professions de santé (généralistes, spécialistes, dentistes, sages-femmes, infirmières, kinésithérapeutes...), les médicaments, « produits et prestations » ainsi que les indemnités journalières sont distingués tant en valeur qu'en volume.

8

Le rapport annuel (et non pas mensuel) permet également le suivi des recettes, ce qui autorise de prétendre que le déficit actuel est bien structurel : la croissance seule ne permettra pas d'atteindre l'équilibre des dépenses de l'assurance maladie.

Ces documents suffisent pour un éventuel ajustement, une gestion, de l'assurance maladie si des outils existaient ou, plus exactement, existaient encore : ceux imaginés par le « Plan Juppé », les ordonnances d'avril 1996 n'ont véritablement jamais fonctionné.

Mais venons aux limites de ces données.

Le champ est partiel : les chiffres publiés représentent, en effet, le seul régime général de l'assurance maladie. Il ne s'agit donc, ni des dépenses de toute l'assurance maladie, ni des dépenses de soins, ni des dépenses de santé dont les comptes ne sont publiés qu'une fois l'an, en général au mois de septembre de l'année n+1 !

Il n'y a aucune distinction territoriale à l'exception de la distinction « Métropole - DOM ». L'évolution relative des dépenses de santé, de soins ou d'assurance maladie des différentes régions n'est pas connue et, aujourd'hui, dans l'état actuel du système d'information, il est tout simplement impossible de reconstituer des comptes régionaux de la santé. Pourtant des transferts considérables induits par cette politique existent, comme des différences de moyens, de pratiques médicales et de résultat sanitaire⁷.



Le point de vue dominant est celui de l'assurance maladie, et donc, si l'on mesure les honoraires remboursés aux spécialistes par exemple, on n'estime pas directement l'évolution de leur revenu. Ces chiffres ne sont pas bâtis pour élaborer une politique de rémunération des professions de santé. Nous avons été surpris, en publiant l'analyse comparée du revenu des professions de santé sur la période 1980-2000⁸, de constater que nous éclairions par cette analyse les débats du Conseil d'administration de la CNAMTS. En effet, ces chiffres, favorables aux professions de santé en dépit d'un quasi doublement de leur effectif, étaient pour les membres de ce conseil une découverte.

Cette cécité économique touche aussi les dépenses par classe de médicaments et par entreprise. Ils ne sont pas suivis mensuellement. Cet état de fait convient parfaitement aux industriels.

Le système actuel privilégie le financeur et semble négliger le producteur libéral (les établissements de soins sont maintenant bien connus). Pour ce qui est de l'utilisateur - assuré social - ses comportements sont de mieux en mieux analysés grâce à la constitution d'un « échantillon permanent de bénéficiaires ». Il permet de comprendre à partir d'un panel l'évolution de la consommation médicale.

Les territoires

Ces données épidémiologiques, médicales et économiques permettent des recherches passionnantes en géographie de la santé. Toutes les études, certaines anciennes, d'autres plus récentes⁹ relèvent de fortes inégalités de moyens sur le territoire national. Ces inégalités perdurent : la carte des lits d'hôpitaux est aussi celle des indigents de la commune d'avant la guerre de 1940, à l'époque les hôpitaux étaient encore et surtout des institutions destinées à héberger les pauvres malades. Les inégalités d'implantation des médecins du début du XXI^{ème} siècle sont très comparables à celles constatées à la fin du XIX^{ème}, leurs cartes se superposent presque parfaitement et sont notamment liées à l'implantation des facultés de médecine ! L'inégalité de l'implantation des cardiologues sur le territoire national est connue depuis de longues années, mais les très grandes variations des rémunérations, des prix et de pratiques de ces spécialistes d'un département à l'autre, sans que celles-ci soient associées aux pathologies cardiaques des Français ont été plus récemment mises en évidence¹⁰, sans aucun effet sur l'action publique.

De plus récentes études documentent les variations territoriales de la nature même de l'activité hospitalière : le cancer ne frappe pas partout de la même façon¹¹. Grâce au PMSI, on a pu apprendre que les taux



d'interventions chirurgicales et les pratiques médicales variaient fortement sur le territoire national, sans qu'il soit toujours facile de comprendre les causes de ces variations, apparemment peu liées à ce que l'on sait de la morbidité¹².

En résumé, on peut prétendre qu'en dehors de l'aspect économique, l'appareil statistique du secteur de la santé est de qualité, il manque toutefois trois informations majeures :

- la description de la morbidité en médecine de ville,
- la connaissance de l'activité des professions de santé au-delà du très succinct codage des actes en « lettre-clé » (le B pour les biologistes, le K pour les chirurgiens, le Z pour les radiologues...),
- des indicateurs de la qualité des soins prodigués au moins pour les soins les plus courants.

PRODUCTION ET PRODUCTEURS DE STATISTIQUES DANS LE CHAMP DE LA SANTÉ

Ils sont très nombreux. Toutefois, grâce aux orientations de la « Formation Santé, Protection sociale » du Conseil national de l'information statistique (CNIS) et grâce aux excellents travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé et de la Protection sociale, l'ensemble des sources et des rapports sont maintenant répertoriés, classés par thème et, pour beaucoup, directement téléchargeables sur le site du ministère. Il faut signaler et souligner ici la grande ouverture de ce service et la qualité de ses publications.

Les principaux producteurs de données dans le domaine de la santé sont :

- le ministère de la Santé et de la Protection sociale et notamment, mais pas exclusivement, la DRESS,
- l'INSEE,
- les Caisses d'assurance maladie (CNAMTS d'abord, mais aussi MSA et CANAM) et leurs services déconcentrés,
- l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé).

Mais les producteurs de données sont aussi nombreux que les acteurs du système. Signalons, notamment, les observatoires régionaux de la santé, les équipes de l'INSERM, les assureurs complémentaires (mutuelles et assureurs), le fond CMU... Quelques domaines d'opacité demeurent et notamment l'activité des nombreuses agences nationales.

QUI LIMITE QUI : LA RÉGULATION OU L'INFORMATION ?

Derrière ces sources multiples, il reste peu de choses à accomplir pour disposer en France d'un système complet, tout au moins du point de vue de la collecte. Les investissements à accomplir sont dérisoires par rapport aux enjeux, mais encore faudrait-il que les données existantes soient utilisées et que les contrôles puissent être suivis d'effets.

Les causes de la crise du système de santé sont bien connues et tiennent, notamment, à l'extrême liberté des professionnels de santé et des utilisateurs du système, nous tous donc. Les données actuelles sont grandement suffisantes pour commencer à agir avec pertinence. On serait même capable de passer du macroéconomique au micro-économique : « ... on ne peut qu'être surpris du fait que les caractéristiques spécifiques du patient (sexe, âge, ALD ou non) qui ont un lien très fort avec le niveau de consommation médicale de ces malades n'expliquent aucunement les importants écarts de prescriptions d'un médecin à l'autre... 10 % de ces praticiens ne prescrivent que 45 € ou moins à chaque consultation, tandis que 10 % prescrivent plus de 110 € »¹³. Mais comme le dit très justement le même rapport : « l'efficacité des contrôles, tant de l'activité des professionnels de santé que des bénéficiaires a pour limite les actions qui peuvent être mises en œuvre... Les seules actions efficaces dont dispose l'Assurance maladie sont les actions pénales et le contentieux ordinal... Il n'existe pas aujourd'hui de possibilité d'actions intermédiaires simples à mettre en œuvre de type sanctions financières qui pourraient s'appliquer pour des faits plus importants que ceux relevant d'une mise en garde, mais ne relevant pas, pour autant, de sanctions ordinales¹⁴ ».

Autrement dit l'assurance maladie est paralysée et d'ailleurs les gouvernements récents se sont ingéniés à limiter les quelques pouvoirs réels que possédait le contrôle médical de l'assurance maladie, au nom du « libéralisme » : les comités paritaires locaux ont été supprimés par la loi de financement pour la Sécurité sociale de l'année 2003. Le facteur limitant est donc plus la nature de la réglementation que les informations disponibles. Par exemple, un directeur d'une Caisse primaire d'assurance maladie d'un département du sud de la France me disait connaître les prescriptions des 350 médecins de son département. À l'époque (2001), l'un d'entre eux s'ingéniait pour n'inclure dans ses prescriptions que 0,1 % de médicaments génériques, un autre dépassait 30 %. Il ne pouvait ni encourager l'un, ni s'étonner auprès de l'autre.

Certes, le système d'information doit progresser, mais cette progression n'est ici, comme ailleurs, ni une condition nécessaire, ni une condition suffisante pour agir.



NOTES

1. Jean de Kervasdoué, « Lieux communs et idées fausses en politique de santé », *PMP*, volume n°19, n°2, juin 2001.
2. Donald T. Campbell et Julian C. Stanley, *Experimental and quasi-experimental design for research*, Rand Mc Nally, Chicago, 1963. Jean de Kervasdoué, « Pour une évaluation des politiques publiques », *Les Annales des mines*, Paris, juillet - août 1981.
3. Pour prendre un exemple fameux dans un autre secteur que celui de la santé, si l'on mesure la criminalité par le nombre de délits déclarés à la police, on sait aussi que le nombre de déclarations augmente avec le nombre de commissariats ; la variable que l'on peut chercher à expliquer (la baisse de la criminalité) peut donc dépendre de la cause présumée (le nombre de policiers) par un simple effet de mesure (inverse dans ce cas).
4. Indice synthétique d'activité qui mesure la productivité relative des hôpitaux.
5. « Point de conjoncture » - La statistique mensuelle en date de soins - CNAMTS. Pour passer des dépenses du régime général aux dépenses de l'assurance maladie, il est utilisé un coefficient correcteur.
6. La publication de mai donne les statistiques du mois de février.
7. Ouvrage cité note n° 5.
8. Philippe Ulmann, « La crise des professions de santé a-t-elle une origine économique ? », in Jean de Kervasdoué, *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, 2003.
9. Jean de Kervasdoué et Henri Picheral, « Santé, médecine, économie et territoire - Le carnet de santé de la France en 2004 », Dunod, La Mutualité française, Paris 2004.
10. Jean-Paul Letouzey, Jean de Kervasdoué *et al.*, *Cardiologie 2000, Livre blanc sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires en France*, SANESCO, Paris 1996.
11. Jean-Marc Macé, in ouvrage cité note 5.
12. Jean-Marie Rodrigues et ... in « Le carnet de santé de la France en 2003 », Dunod et la Mutualité française, Paris 2003.
13. Rapport sur l'exécution de l'ONDAM 2003, CNAMTS, août 2004, page 105.
14. Ouvrage cité note 10, page 76.