

PROGRÈS DE LA MÉDECINE
ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ :
FAUT-IL LIMITER LES DÉPENSES
MÉDICALES ?

L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ est dominée par un thème majeur qui fait l'objet d'un consensus partagé par la majorité des économistes et des membres de la classe politique¹ des pays occidentaux, y compris les États-Unis : il faut contrôler les dépenses de santé et rendre leur croissance compatible avec celle de l'économie. 79

Ce point de vue, le plus souvent présenté comme une « évidence » implicite, pourrait être qualifié de contribution de la majorité de mes confrères, et de moi-même, à la « pensée unique », d'autant plus qu'il est paradoxal à plus d'un titre. En effet, pourquoi considérer, dans un pays donné, que quand l'achat de biens (automobiles, ordinateurs personnels, téléphones portables...) ou de services (assurances, voyages...) augmente, et avec eux la richesse nationale, le bien-être de la société et de ses membres s'en trouve accru, alors que ce ne pourrait pas être le cas du secteur contribuant le plus directement à ce bien-être, et de ce fait le plus noble, permettant à la très grande majorité d'entre nous de vivre plus vieux tout en restant le plus longtemps possible en pleine possession de ses moyens ? Pourquoi la croissance des dépenses de santé doit-elle être assimilée à une charge collective supplémentaire, alors que les services et industries de santé contribuent aussi à la richesse nationale en produisant de la valeur ajoutée ?

La réponse immédiate à ces questions consiste à constater que les services de santé sont financés par les cotisations sociales et l'impôt, ce qui n'est pas le cas de l'automobile ou des vacances, et que c'est à l'évidence la nature du financement qui conduit à les qualifier de charge

1. Tout au moins quand on regarde leurs actes et non pas leurs déclarations.

collective. Il suffirait donc de financer les dépenses de santé par des assurances privées, choisies par chaque Français, pour que les labels de « charge », de « prélèvements obligatoires », aux connotations négatives, disparaissent et que soient associés aux dépenses de santé des concepts économiques plus positifs : on ne parlerait plus que de « valeur ajoutée », dans un secteur « en pleine expansion » contribuant à la « croissance de l'économie » et au « bien-être de la population ». Pourquoi ne pas franchir ce pas alors qu'il semble si simple ?

80 Cette question est d'ailleurs souvent posée par les médecins, qui ont un point de vue de nature différente. Pour eux, il importe d'abord de répondre à la demande de leurs malades en leur donnant accès aux meilleurs outils diagnostiques et thérapeutiques, tout en étant justement « honorés » compte tenu de leur expertise, de leur responsabilité, des contraintes de leur fonction et des longues années d'études qui réduisent d'autant leur vie active. Les dépenses de santé sont donc ce qu'elles sont. Les médecins ne répondent-ils pas aux « besoins » de leurs patients, en les faisant bénéficier des dernières et spectaculaires découvertes de l'industrie biomédicale, en les traitant avec humanité et, quand cela s'impose, en les accompagnant jusqu'au dernier souffle ? Contribuant au bien-être de leurs malades, atténuant leur souffrance, favorisant leur autonomie, il leur paraît aussi scandaleux qu'absurde de réduire les dépenses de santé et, si l'assurance maladie n'a pas d'argent, pourquoi alors ne pas privatiser tout ou partie du financement des dépenses de soins ?

La Sécurité sociale a été créée il y a plus de cinquante ans, ce qui représente plus de deux générations. Les raisons qui ont conduit à instaurer ce qui, à l'époque, était considéré par la très grande majorité comme un véritable progrès social ont été depuis oubliées, sauf par les plus démunis. Les bénéfices de la couverture sociale apparaissent comme « naturels », ses effets ne sont donc plus perçus et l'assurance maladie obligatoire apparaît aux yeux d'un nombre croissant de nos concitoyens comme un archaïsme désuet, à ranger dans la même catégorie que la nationalisation des banques ou des entreprises industrielles. Il nous a paru utile, tant qu'il en était encore temps, de tirer partie non seulement des idées des fondateurs, mais aussi de cinquante-cinq années d'histoire française et internationale pour souligner l'importance, non seulement sociale, mais aussi économique, d'un financement collectif des dépenses de santé. Il nous a également semblé intéressant de chercher à savoir s'il était logiquement possible de trouver des mécanismes qui concilient le point de vue du corps médical et celui de l'équilibre des finances publiques. Faut-il plafonner les dépenses de santé et, si oui,

pourquoi ? Si ces dépenses sont plafonnées, comment rendre compatibles cette limitation et la nécessaire émulation, pour ne pas dire concurrence, des professionnels, des industriels et des institutions de santé et, ce faisant, contribuer à leur efficacité ?

« PRÉLÈVEMENT OBLIGATOIRE »

Soulignons tout d'abord que les conventions comptables permettant de définir la notion de « prélèvement obligatoire » sont teintées d'un arbitraire qui n'a rien d'innocent et qui camoufle une idéologie aux conséquences politiques très concrètes. La notion de prélèvement obligatoire regroupe ce que l'État, au sens large du terme, prélève pour le fonctionnement des activités régaliennes : police, justice, armée... et ce qu'il collecte pour le redistribuer ensuite : retraites, allocations familiales, dépenses d'assurance maladie, RMI... ou pour offrir à toute la population des services gratuits : notamment l'éducation.

81

A l'évidence, l'argent collecté pour faire vivre l'État et celui destiné à donner une traduction concrète du terme de solidarité devraient être classés dans des catégories distinctes. L'affectation de l'argent public reflète les différences dans l'organisation sociale des pays occidentaux, elles sont souvent profondes. Il faut avoir vécu en Amérique du Nord pour savoir que, dès la naissance d'un enfant, ses parents mettent de l'argent de côté pour pouvoir payer ses études et que, même si les bourses existent, certains parents n'arriveront pas à offrir à leurs enfants l'éducation à laquelle ceux-ci pourraient prétendre. En outre, si aux États-Unis toute entreprise de plus de vingt-cinq salariés est tenue d'offrir à ses employés une assurance maladie, cette dépense imposée n'est pas comptabilisée dans les prélèvements obligatoires, pas plus que ne l'est l'assurance automobile en France, « obligatoire » pour tous les propriétaires d'un véhicule à moteur. Ayant, dans ces deux cas, le choix de l'assureur, ces dépenses sont considérées, par convention, comme des dépenses « marchandes » et ne font donc pas partie des prélèvements obligatoires. Peu importe alors, quand on cherche à remettre en cause la solidarité nationale, qu'il coûte effectivement plus cher à une entreprise américaine de payer l'assurance maladie de ses employés qu'à une entreprise française de cotiser au régime maladie de la Sécurité sociale, puisqu'en ayant changé de catégorie comptable le dogme de l'économie libérale est respecté. C'est à la lumière de ces définitions arbitraires qu'il convient de réinterpréter l'apparente « bonne performance » des États-Unis (30 % de prélèvements obligatoires) et la performance plus

« médiocre » de la France (plus de 46 %), que l'on retrouve en compagnie des pays d'Europe du Nord pour son niveau de prélèvements.

Il peut paraître surprenant pour les idolâtres de la concurrence de constater qu'aux États-Unis non seulement les mécanismes de marché n'ont pas permis de réduire les dépenses de santé, mais encore que les indicateurs de santé le plus souvent utilisés, comme l'espérance de vie à la naissance, placent ce pays au dix-septième rang des pays occidentaux, très loin derrière le Japon et les pays de l'Union européenne.

LES COÛTS DU MARCHÉ

82 Plus généralement, et contrairement à ce que laisserait prévoir une analyse économique simpliste, plus les habitants d'un pays contribuent directement au financement de leurs dépenses de santé, plus le système est onéreux. Il est, de surcroît, inéquitable, mais la justification de ce dernier qualificatif est plus facile à comprendre car, quel que soit le niveau auquel se situent les primes, il y aura toujours une partie de la population qui ne pourra pas les payer et qui, n'étant pas couverte, n'aura pas accès au système de soins, d'où la création aux États-Unis d'un système de financement spécifique pour les plus démunis : le programme Medicaid.

Le marché n'existe pas pour les insolubles ; il n'y a pas non plus de marché de l'assurance quand le risque a une occurrence quasi certaine, comme c'est le cas des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans. Le marché ne va donc concerner qu'une partie de la population, celle qui est en activité, qui a un emploi et entre vingt et soixante ans. Or, à cet âge, les dépenses de soins sont en moyenne beaucoup plus basses que celles d'une population, toutes classes d'âge confondues. La consommation de soins suit en effet une courbe dite « en J », les soins médicaux, et donc les dépenses qui y sont associées, concernant surtout les enfants de moins de trois ans et les personnes de plus de soixante ans. Les soins coûtant donc, en moyenne, moins cher pour les actifs, il est possible de proposer aux membres de ces classes d'âge soit une baisse de cotisation, soit une meilleure couverture, soit, le plus souvent, les deux à la fois. Qui n'accepterait d'être mieux couvert à un meilleur prix ? Cette meilleure couverture se traduit toujours par une meilleure rémunération des médecins, des hôpitaux ou cliniques, et donc par une augmentation du coût des facteurs de production, très largement compensée par la baisse du niveau de risque. Mais il est politiquement intenable, sur une longue période, de rémunérer différemment les médecins des riches et

ceux des pauvres, ou ceux des actifs et ceux des inactifs ; les prix des uns rattrapent donc un jour ceux des autres : ils augmentent et, avec eux, le coût du système et des programmes sociaux qui pèsent alors d'un poids de plus en plus lourd². Dans ces conditions, c'est le marché lui-même qui nourrit l'inflation et l'exclusion. Les États cherchent alors à le régler en interdisant toute discrimination due à l'âge ou au fait que l'on soit atteint de telle ou telle maladie. Ils imposent de par la loi la définition d'une couverture minimale et, en réduisant la concurrence, condamnent l'intérêt qui pourrait résider dans le recours au marché.

Enfin, il faut rappeler que l'existence de financeurs concurrents et multiples augmente très sensiblement le coût de la gestion de l'assurance maladie : s'il représente 2 % au Canada, il est de 5,6 % en France (nous avons plusieurs régimes obligatoires) et de 18 % aux États-Unis³. Compte tenu de ces coûts de gestion américains, il faudrait, si un tel système était institué en France, que les compagnies d'assurance fassent plus de 13 % d'économies sur les dépenses de soins (médecins, hôpitaux, cliniques, médicaments...), ce qui représente plus de 80 milliards de francs, pour offrir un service comparable à celui financé par la Sécurité sociale. Qui peut croire que ces assureurs réduiraient d'abord les honoraires des médecins ? Si c'était réellement le cas, ils n'en trouveraient aucun avec qui contracter. Les dépenses augmenteraient donc.

La description de ces mécanismes, succinctement résumés, n'est pas le fruit des réflexions d'un intellectuel en chambre, mais les conclusions partagées des observateurs des systèmes de santé nord-américain et européens⁴. Cette analyse explique les différences empiriques constatées et permet de comprendre pourquoi le Canada, qui a décidé d'instaurer un système d'assurance maladie universelle en 1980, atteint aujourd'hui un niveau de dépense très inférieur à celui des États-Unis

2. Un mécanisme économique analogue s'est déclenché au moment de la privatisation de TF1 : les journalistes et les animateurs y étant mieux rémunérés que dans les chaînes publiques, leurs confrères se sont mis en grève et ont alors obtenu une augmentation de leur rémunération ou échappé au salariat en créant des sociétés qui contractent avec les chaînes publiques. Le coût global s'en est trouvé accru pour le bénéfice des uns et la plus grande tristesse de tous les autres, qui paient la redevance.

3. Quand on y ajoute le bénéfice des compagnies d'assurance ou des réseaux HMO (*Health Maintenance Organizations*), ce coût peut s'élever jusqu'à 27 %.

4. Robert C. Evans, *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*, Montréal, Butterworth, 1984 ; Theodore Marmor *et al.*, *America Misunderstood Welfare State : Persistent Myths, Continuing Realities*, New York, Basic Books, 1992 ; G. H. Okma, « *Studies in Dutch Politics, Policies and Law* », Ph. D, université d'Utrecht, faculté de médecine, 1997.

et n'a pas, dans ce domaine, d'exclus, alors que ses indicateurs de santé le placent parmi les trois premiers pays du monde, ce qui est loin d'être le cas de son grand voisin du sud. La cause devrait donc être entendue, si seule comptait l'interprétation des faits empiriques, mais l'idéologie qualifiée de « libérale⁵ » du corps médical rejoint en apparence un libéralisme, cette fois réel, des entreprises d'assurance qui voient là leur marché d'avenir. Il serait trop tard, le moment venu, pour invoquer la méprise entre deux acceptions fort différentes du libéralisme.

AVEC LA CARTE GÉNÉTIQUE...

84 Quelle que soit l'importance de ces arguments chez ceux qui sont encore sensibles au raisonnement scientifique, le dernier thème que nous allons évoquer risque de trouver plus d'écho dans la presse et l'opinion que ceux que nous venons d'aborder. Vraisemblablement, d'ici à une dizaine d'années, du fait des progrès de la recherche en génétique, chaque être humain pourra connaître les maladies qu'il sera susceptible de contracter tout au long de sa vie. Cette connaissance nouvelle lui permettra de régler son comportement en conséquence, car il ne s'agira pas, sauf exception, de déterminisme mais de risque vraisemblable contre l'occurrence desquels il sera souvent possible de se prévenir. Cette information disponible, même si son obtention coûte plusieurs dizaines de milliers de francs, sera recherchée par le plus grand nombre. Nous souhaiterons tous savoir si nous sommes plus ou moins sensibles aux effets de tel ou tel toxique⁶, si nous sommes porteurs du risque d'être un jour atteint de tel ou tel cancer ou, plus vraisemblablement, d'une maladie cardio-vasculaire. Si l'assurance maladie est financée par le marché, les assureurs demanderont systématiquement cet examen. Ils y seront, de fait, contraints, car l'assuré, connaissant son risque, choisira sinon le contrat qui lui sera le plus favorable et, faute d'information symétrique, la compagnie perdra systématiquement de l'argent sur chaque contrat et sera rapidement conduite au dépôt de bilan. La communication des informations issues de la carte génétique sera donc une des conditions de la signature d'un contrat d'assurance. Les polices varie-

5. Elle ne peut pas l'être au sens économique pour de très nombreuses raisons, mais une seule suffira : l'existence du monopole de cette profession sur l'exercice de la médecine suffit à exclure l'usage de ce terme !

6. Certains êtres humains peuvent vraisemblablement fumer impunément, par exemple, même si la race humaine est, en moyenne, très sensible aux effets pathogènes du tabac.

ront alors selon la classe de risque. Les porteurs de « bons gènes » refuseront de payer pour les autres, moins favorisés par la nature. Il est d'ailleurs peu vraisemblable que cette information se cantonne au seul secteur sanitaire, elle pourrait diffuser très rapidement aux employeurs, aux banquiers... Il nous paraît donc crucial, si nous voulons à la fois bénéficier de cette très importante information et conserver un minimum de cohésion sociale, de maintenir à tout prix un système de financement universel de l'assurance maladie tout en laissant à chacun la liberté de partager ses informations personnelles avec ses seuls médecins.

Soulignons enfin, qu'il s'agisse d'assurance au premier franc ou de délégation de gestion des régimes universels, que les problèmes sont identiques. Même s'il existe, comme en France, une interdiction de principe de sélection des risques, les moyens indirects de sélection des risques ne manquent pas. Il suffit, par exemple, de choisir les entreprises ou les quartiers de résidence pour changer de classe de risque. Une interdiction absolue de sélection qui se traduirait par la création de caisses de compensation réduirait, comme nous l'avons vu, tout bénéfice réel de l'assurance, dont l'essence même est de sélectionner. La privatisation éventuelle de l'assurance maladie, prônée aujourd'hui par certains hommes politiques de la droite parlementaire, n'est pas une solution justifiée par l'expérience européenne ou nord-américaine mais, au contraire, source de problèmes actuels et à venir d'importance politique majeure. Rappelons enfin aux avocats de cette solution que, pour organiser la « boîte noire » que serait un système concurrentiel, il faut imaginer un appareil législatif d'une complexité inouïe dont on n'a pas commencé à concevoir, en France, le premier article.

85

LA TENTATION DU MARCHÉ

Le recours au marché de l'assurance pour financer ou gérer le risque santé ne réduirait pas la charge des entreprises, ce serait très vraisemblablement l'inverse qui se produirait. Cette solution n'a toutefois pas que des inconvénients politiques : elle serait saluée par les cambistes mondiaux, du fait de la baisse automatique des prélèvements obligatoires et de l'ouverture de nouveaux marchés aux entreprises cotées en bourse ; mais ce n'est pas la raison première pour laquelle cette solution n'est plus aujourd'hui impensable en France : elle permettrait au pouvoir politique de transférer à d'autres la responsabilité de négocier avec le corps médical et se sortirait, ce faisant, d'un problème que ni la droite, ni la gauche ne sont parvenues à résoudre depuis plus de soixante-dix ans.

La question de la croissance éventuelle des dépenses de santé n'a d'importance que si le financement est public car, dans l'autre alternative, c'est le marché qui s'équilibre, sans décision externe. Si c'est le Parlement qui prend la décision du niveau des dépenses de soins, il importe de comprendre pourquoi celles-ci ont crû dans le passé et si ces mêmes raisons, ou d'autres, continueront à peser sur les dépenses à venir. Nous ne ferons ici qu'un inventaire succinct, ayant eu l'occasion dans plusieurs ouvrages de traiter de ce sujet⁷, mais rappelons, une fois encore, qu'il n'est pas possible de comprendre la dynamique de croissance des dépenses de santé si on limite l'analyse des services de soins à leur rôle curatif, en oubliant leur rôle humain et social. La médecine n'est pas faite que de techniques, mais aussi et surtout d'hommes et de femmes qui, quand ils le peuvent, soignent et toujours prennent en charge ceux que leurs forces quittent et que la vie abandonne. Ce ne sont pas, comme on le dit trop souvent, les progrès spectaculaires de la médecine qui sont onéreux, mais d'abord le fait que la société ait transféré à des institutions sanitaires et sociales ce qui relevait de la responsabilité des familles.

Les raisons de croissance des dépenses de soins peuvent être classées en deux grandes catégories : d'une part, des raisons universelles au sens où elles se retrouvent dans tous les pays occidentaux et, d'autre part, des raisons plus spécifiquement françaises.

LES RAISONS UNIVERSELLES DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SOINS

Parmi les raisons universelles, il convient de citer la disparition des ordres religieux qui composaient encore jusqu'à la fin des années 1950 l'essentiel du personnel d'encadrement des hôpitaux occidentaux ; peu ou pas rémunéré, il ne représentait pas une charge bien lourde pour la collectivité. Tout a changé au début des années 1960 et le personnel hospitalier s'est laïcisé, professionnalisé, et a obtenu des pouvoirs publics une rémunération justifiée par sa formation et ses contraintes. Ce phénomène n'a plus aujourd'hui qu'une valeur historique, il nous permet cependant de souligner que le secteur de la santé est avant tout consommateur de main-d'œuvre et que celle-ci est de plus en plus qualifiée. Les dépenses de soins augmenteront donc, notamment, avec la baisse de la durée du travail et avec la recherche de personnel de plus en plus qualifié.

7. Jean de Kervasdoué, *La Santé intouchable*, Paris, J.-C. Lattès, 1996.

En outre, la charité collective n'est pas séparée de la compassion familiale ou de voisinage par un très grand fossé. Nous avons aujourd'hui le « droit » de faire héberger nos proches dans des institutions sanitaires et sociales quand leur état le justifie. Nous ne le faisons pas tous, loin s'en faut. Je fus ainsi surpris de découvrir que, dans le département du Loiret, seulement 20 % des malades atteints de la maladie d'Alzheimer étaient hébergés dans une institution sanitaire ou sociale⁸ ; 80 % d'entre eux étaient donc pris en charge par leur famille. Qu'arrivera-t-il demain ? Nul ne peut le dire avec certitude, mais il est vraisemblable que le pourcentage de ces malades hébergés en institution augmentera. Une faible variation peut avoir de très lourdes conséquences financières : le coût annuel de l'hébergement d'une personne est de l'ordre de 300 000 francs !

Quand il s'agit de prise en charge, la demande potentielle est quasiment infinie si l'on en juge par l'accompagnement médical qu'offre chaque pays à son chef d'État, surtout quand il est malade. Sans contrainte budgétaire, il serait possible de réserver un tel traitement à chacun d'entre nous. La richesse de la nation n'y suffirait pas. Le rationnement est donc une nécessité quel que soit le niveau de richesse d'un pays.

Les raisons le plus souvent avancées pour expliquer la croissance des dépenses de santé des pays riches n'ont pas été, à tort, celles que nous venons d'indiquer. Les deux « raisons » le plus souvent évoquées ont concerné, d'une part, le vieillissement de la population et, d'autre part, le progrès des techniques médicales. Jusqu'à présent, le vieillissement a bien eu un effet sur la croissance des dépenses de santé, il a toutefois été très limité n'expliquant qu'environ 0,5 % de la croissance annuelle alors que le rythme de croissance des dépenses de santé dépassait d'au moins 3 % la croissance générale de l'économie. Cet impact réel a été, de fait, jusqu'au milieu des années 1990, quasiment négligeable, ce sera moins le cas si la croissance des dépenses de santé suit celle du PIB, même à un rythme de 3 % par an. En outre, le passage à la retraite de la génération du « baby-boom » augmentera sensiblement la proportion de personnes âgées, et donc les frais médicaux. Cet effet ne sera sensible, en France, qu'à partir de 2005.

8. Étude de la société Sanesco pour la Mutualité du Loiret : G. Langlois-Meurine, T. Derville et N. Damageux, « Centre d'habitat et accueil multiservices pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés », février 1994.

Pour ce qui est du progrès technique, il se comporte en médecine comme dans les autres secteurs de l'économie : il conduit, d'une part, à des gains de productivité et, d'autre part, il accroît sans cesse le champ du possible, permettant de traiter des maladies qui jusque-là n'étaient pas soignables, seul ce second effet bénéfique est aussi onéreux. Il en est ainsi de l'insuffisance rénale chronique, de certains cancers, des greffes d'organes... Toutefois, rappelons que six mois d'antibiothérapie reviennent beaucoup moins cher et sont infiniment plus efficaces que ne le fut jamais une seule année de sanatorium. Le solde économique de ces deux effets contraires est difficile à mesurer, car il faudrait disposer d'une monographie rigoureuse pour chaque découverte thérapeutique et s'assurer, ce qui est très rarement le cas, que les économies potentielles sont effectivement constatées.

88

En l'absence de preuve directe, il est cependant possible d'affirmer qu'il n'y a pas de déterminisme technique inéluctable à la croissance des dépenses de santé. En effet, nous savons que des pays comme le Japon et les États-Unis, disposant l'un et l'autre des dernières applications de la recherche médicale, ont non seulement des niveaux de dépenses de santé qui varient presque du simple au double, le moins cher (le Japon) présentant par ailleurs les meilleurs indicateurs de santé, mais aussi que le taux de croissance annuel des dépenses de santé a été, au cours des trente dernières années, très différent d'un pays à l'autre. Le marché des découvertes médicales est mondial. Le niveau des dépenses et le taux annuel d'évolution sont éminemment variables.

Ce constat permet simplement d'affirmer qu'il n'y a pas de fonction de production dans le domaine des soins médicaux et que la santé des personnes vivant dans une société déterminée, à une époque donnée, dépend de très nombreux paramètres, dont la qualité et la nature des soins médicaux, sans que cette composante semble être la plus déterminante. Même quand il s'agit de prendre en charge des malades bien précis, de très nombreux facteurs, autres que médicaux, vont jouer un rôle essentiel sur la nature et le coût de cette prise en charge.

Prenons, pour illustrer ce propos, un exemple très médical, celui de l'insuffisance rénale chronique. Les 30 000 Français atteints de cette maladie peuvent être, comme dans les autres pays occidentaux, soit transplantés, soit dialysés par hémodialyse ou dialyse péritonéale. L'hémodialyse peut avoir lieu en centre agréé sous surveillance médicale ou au domicile du patient, le coût variant alors du simple au double. Même si ces différentes techniques de prise en charge ne peuvent pas toujours se substituer les unes aux autres pour un malade donné, on constate des

variations dans les modalités de prise en charge d'une population déterminée qui ne sont pas explicables par l'état clinique des patients : le nombre de greffes de rein varie ainsi du simple au triple d'une région française à l'autre, parce que l'équipe de référence chargée des transplantations est plus dynamique ici que là, que les personnes chargées de demander l'autorisation aux familles de prélever un organe sont mieux organisées et plus motivées, ou que les urologues et les néphrologues entretiennent de meilleurs rapports... En regardant au-delà de nos frontières, on constate que la Norvège réalise, par million d'habitants, de plus nombreuses transplantations que la France parce que ce pays favorise le don de rein chez les membres de la famille de la personne malade⁹ ; c'est aussi le cas au Japon, mais, cette fois, pour des raisons philosophiques. Il y a donc, en proportion, moins de dialysés en Norvège. En ce qui concerne les avantages comparés de la dialyse péritonéale et de l'hémodialyse, pour avoir contribué à l'organisation d'une conférence de consensus sur ce thème¹⁰, il m'apparaît que les différences constatées d'une région française à l'autre s'expliquent en partie par des querelles d'écoles et... le système de rémunération des néphrologues, mieux rémunérés en centre qu'à domicile : certaines équipes proposent donc la dialyse péritonéale à certains de leurs malades, d'autres pas. En prenant ce qui peut être considéré comme un cas d'école par les économistes de la santé, notamment parce qu'il n'y a pas ici de demande induite par l'offre, on constate que la notion de « besoins », chère aux syndicats médicaux, n'a aucun sens opérationnel : le fait de définir cliniquement ces « besoins », c'est-à-dire l'état clinique des 30 000 insuffisants rénaux chroniques français, ne permet pas de déduire les fonds qui vont permettre de les prendre en charge. Même pour cet exemple, très favorable aux tenants de cette notion, il est aisé de constater que des questions philosophiques portant sur le don d'organe, des questions d'organisation dans la collecte des greffons, des questions tarifaires sur le mode de rémunération des médecins, des questions médicales sur l'intérêt de telle ou telle technique, des méthodes de planification (le nombre de postes de dialyse en centre dépend de la carte sanitaire), vont aussi influencer sur la réponse donnée par la société à la demande de ces malades et donc sur les coûts. On pourrait, en France, sans aucun rationnement, abaisser d'au

9. On vit bien, paraît-il, avec un seul rein.

10. Sanesco, avec le parrainage de la Société de néphrologie, conférence de consensus, « La dialyse péritonéale, méthode de traitement de l'insuffisance rénale chronique », Institut du monde arabe, Paris, 3 et 4 décembre 1993.

moins 20 %, soit de 2 milliards de francs, les coûts de prise en charge de la seule insuffisance rénale chronique. Il suffirait de poser la question de cette façon et de s'organiser pour que l'objectif ainsi défini soit rapidement atteint¹¹. Nous l'avons proposé il y a six ans à la CNAM-TS, sans qu'elle soit capable de mettre en œuvre ces propositions.

LES CAUSES FRANÇAISES DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES

90 Cet exemple permet de faire la transition entre les causes universelles de la croissance des dépenses de santé et des causes plus spécifiquement françaises. Nous venons de constater une hétérogénéité des pratiques médicales dans le cas de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Or, cette hétérogénéité est la règle et non pas l'exception. Tout indicateur analysé varie d'un médecin à l'autre, d'un établissement à l'autre, d'une région à l'autre, dans des ordres allant toujours, au moins, du simple au triple : qu'il s'agisse des durées moyennes de séjour pour des affections identiques, du revenu moyen par département des cardiologues libéraux, du coût annuel de la prise en charge du cancer du sein par telle ou telle équipe, des budgets d'établissements hospitaliers traitant des malades comparables en nombre et en gravité, du nombre d'appendicectomie, de cataractes ou d'ablation de l'utérus par département, par millier d'habitants et par an¹²..., jusqu'à ce jour, aucune variation de la demande (pour ne pas dire des « besoins ») n'explique ces différences et rien ne dit que plus est toujours mieux ! Il existe même de fortes présomptions pour penser le contraire dans des domaines de grande importance médicale, tel que le traitement du cancer du sein¹³.

Cette hétérogénéité s'explique d'abord par le fait que le système n'est pas contrôlé ou, plus précisément, que s'il existe un contrôle, celui-ci n'est pas approprié. Quand le revenu moyen d'un cardiologue varie de un à trois selon le département d'exercice alors que les tarifs et les

11. Du fait de l'organisation actuelle des services médicaux français, personne ne dispose de la légitimité pour se poser la question de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques dans son intégralité : l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) est compétente pour les postes de dialyse en centre, le ministre de la Santé l'est pour les services de greffe et la nomenclature des actes des néphrologues, les caisses d'assurance maladie le sont pour le tarif des séances de dialyse...

12. Jean de Kervasdoué, *La Santé intouchable*, op. cit.

13. Jacques Rouëssé, « Aspects économiques du traitement du cancer du sein », Centre René-Huguenin, Saint-Cloud, article à paraître communiqué par l'auteur.

nomenclatures sont absolument identiques sur le territoire national, c'est que le volume des actes, jamais contrôlé, n'est pas le même d'un médecin à l'autre : le malade revient plus souvent ici que là, dans un cas il sera réalisé systématiquement, pour chaque malade, un examen échographique et pas dans l'autre... Même si les conséquences collectives de cette situation sont désastreuses, soulignons ici que, pour un économiste, ce comportement est très rationnel. En effet, le médecin libéral, payé à l'acte, et au « secteur 1 » (le secteur conventionné), a pour seule possibilité d'accroître son revenu d'augmenter le volume de ses actes. Il le fait d'autant plus facilement qu'il n'est pas contrôlé et il y est d'autant plus enclin que le prix de la consultation est bas. Il en est de même des examens complémentaires et des médicaments¹⁴ qu'il prescrit : souvent trop nombreux, parfois inutiles si ce n'est dangereux, ils permettent au médecin traitant, en dépit d'une durée brève de consultation (quatorze minutes habillage et déshabillage inclus), d'éviter une erreur grossière. Ces prescriptions généreuses d'examens complémentaires présentent en outre l'avantage de justifier une autre consultation pour interpréter les résultats ! Un médecin généraliste engendre ainsi, de par ses prescriptions, des dépenses qui représentent quatre fois le montant de ses honoraires.

91

Tout cela est le résultat de la guerre de position que se livrent depuis 1928 les représentants du corps médical français et l'assurance maladie. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays occidentaux, ce ne sont pas les médecins libéraux qui sont contrôlés par les médecins conseils de la Sécurité sociale, mais les malades. La codification des actes attend depuis dix ans une éventuelle mise en œuvre. Il n'existe pas en médecine libérale de nomenclature française permettant de savoir pourquoi un patient se rend chez son médecin. Il faudrait au moins deux ans pour la tester en s'inspirant des travaux canadiens et allemands ; or les premiers tests n'ont pas commencé. Je fus à l'origine d'une telle codification pour les séjours hospitaliers, opérationnelle en 1985, mais elle n'est généralisée que depuis 1997 et n'est encore que partielle ! Les tarifs opposables de l'assurance maladie ne s'appliquent qu'à une partie du corps médical : celui qui est au secteur 1, soit environ les deux tiers de la profession. La notion d'« acte », considérée comme un des fondements de la médecine libérale, n'a pas évolué depuis soixante-dix ans. Un méde-

14. Pour chaque Français, il est prescrit, chaque année, 20 lignes de médicament par an, contre 14 pour un Allemand et 8 pour un Britannique !

92 cin est donc honoré de la même façon, que sa consultation dure dix minutes ou une demi-heure, qu'il ait 26 ou 60 ans, qu'il ait ou non suivi des sessions de formation continue, qu'il prodigue ou non des conseils au téléphone (en Allemagne, les avis téléphoniques sont honorés). La notion de « médecin-référent », qui apparaît dans les toutes dernières conventions entre l'assurance maladie et les médecins généralistes, n'est en fait qu'une pâle copie du paiement à la capitation, mode privilégié de rémunération des médecins de première intention en Europe et en Amérique du Nord. La capitation consiste à verser à chaque médecin un forfait annuel pour tout malade qui l'a choisi comme son médecin-référent pour cette année-là. Le patient dispose donc d'un choix équivalent à celui que nous exerçons chaque année pour notre assurance automobile ; avec ce système de rémunération, le médecin est donc poussé à retenir le maximum de patients sur sa liste, mais il n'est pas enclin à augmenter le volume d'actes ou le nombre de consultations. Le revenu annuel des médecins est d'ailleurs supérieur dans ces pays, y compris le Royaume-Uni, à celui des médecins français, et la profession est tout aussi « libérale ». En fait, le corps médical français n'a jamais accepté la légitimité de l'assurance maladie, qui n'a été, pendant plus de cinquante ans, qu'une immense et assez efficace machine à rembourser des feuilles de soins, faute d'avoir été autorisée à, d'avoir voulu ou pu gérer le risque.

L'État est en fait omniprésent. La moindre innovation demande le vote d'une loi ou la signature d'un décret par pratiquement tous les membres du gouvernement : n'oublions pas que coexistent de très nombreux régimes de sécurité sociale et que leur tutelle ministérielle s'étend, notamment, du ministère de l'Agriculture à celui des Anciens combattants, en passant par la Fonction publique, sans oublier les Finances et les Affaires sociales. Les ordonnances d'avril 1996 n'ont pas eu les vertus simplificatrices que l'on attendait d'elles parce que le gouvernement a souhaité garder la main sur l'ensemble de la mise en œuvre du moindre sujet technique et se trouve aujourd'hui devoir négocier directement avec tous les spécialistes libéraux, puisqu'ils n'ont pas signé de convention avec l'assurance maladie. Faute d'experts suffisamment nombreux, ils sont moins de dix fonctionnaires affectés à temps plein à ces quelques centaines de milliards de francs et l'État est tout à fait incapable, aujourd'hui, d'exercer ce type de responsabilités, quels que soient la capacité de travail et le nombre des membres des cabinets ministériels.

Le système n'est toujours pas régulé, pas géré, et son déficit cumulé de l'année 1999 dépassera certainement 20 milliards de francs. Je pense donc qu'il vit ses dernières heures, pour des raisons de politique

économique : entrée dans l'euro, fin de l'inflation, financement des retraites, et du fait de l'importance des dépenses de soins médicaux en France. Le gouvernement, comme ceux qui l'ont précédé, a trop attendu pour finalement intervenir avec le succès que l'on a pu constater, après l'annulation par le Conseil constitutionnel des deux articles majeurs de la loi de financement de la Sécurité sociale. Il sera contraint d'agir au plus tard à l'automne 1999.

Avant d'esquisser ce que pourraient être les principes d'une réforme stable et acceptable par le corps médical et la population, revenons à notre question d'origine sur la nécessité éventuelle de baisser, de maintenir ou de faire croître les dépenses de santé.

GAINS DE PRODUCTIVITÉ

93

Les variations de pratiques médicales, sans démonstration concomitante de l'amélioration simultanée de la qualité des soins, laissent à penser qu'il y a dans notre système, aujourd'hui, d'importants gains potentiels de productivité. Cette opinion est d'ailleurs corroborée par le fait que des pays, tels que le Danemark, qui ont des indicateurs de santé tout à fait comparables aux nôtres réalisent cette performance avec proportionnellement beaucoup moins d'argent : si nous dépensions comme les Danois, nous économiserions plus de 170 milliards par an de cotisations maladie ! Quand, avec d'autres, nous suggérons de limiter, pour l'instant, la croissance des dépenses de santé, nous ne faisons donc pas un jugement de valeur sur la contribution économique du secteur des soins médicaux à la richesse nationale, mais nous évaluons sa productivité pour le moins très incertaine. Il est d'ailleurs surprenant de constater que les gouvernements successifs se laissent prendre par la nécessité d'avoir à justifier leur apparente rigueur, alors que le corps médical n'est pas toujours capable de rendre compte de la bonne utilisation des sommes qui lui sont allouées. Je suggère depuis plus de vingt ans de renverser la charge de la preuve¹⁵ : c'est au corps médical d'expliquer pourquoi il est nécessaire, dans certaines circonstances, d'accroître les moyens qui lui sont alloués pour prendre en charge telle ou telle catégorie de malades. Les exemples abondent pour justifier ce point de vue : beaucoup de services de long séjour ne disposent pas d'un encadrement médical et infirmier suffisant ; il est stupide de limiter, dans

15. Jean de Kervasdoué, « Les politiques de santé sont-elles adaptées à la pratique de la médecine ? », *Sociologie du travail*, n° 3, 1979.

certains hôpitaux, l'achat de cristallins artificiels alors que le malade pourra obtenir cette très utile prothèse en se faisant soigner dans une clinique privée ; l'acte du médecin généraliste en secteur 1 n'est pas suffisamment honoré ; la rémunération des médecins hospitaliers publics ne tient pas assez compte des responsabilités et de l'expertise de certains praticiens, les exigences nouvelles en matière de sécurité ne sont pas toujours financées... *A contrario*, pourquoi payer trois fois plus cher une prothèse totale de hanche dans l'établissement A que dans l'établissement B sans que l'on puisse connaître leur qualité respective ? Pourquoi les autoprescriptions¹⁶ des médecins ne sont-elles jamais contrôlées en France ? Pourquoi délivre-t-on des ordonnances de plus de cinq ou six médicaments alors que les interactions médicamenteuses deviennent vite, à ce niveau, incontrôlables ? Pourquoi la politique à l'égard des génériques ne passe-t-elle pas encore dans la pratique quotidienne ? L'on n'arrive toujours pas à trouver dans les pharmacies de France le générique de l'anti-herpétique le plus souvent prescrit ; il coûte pourtant 30 % de moins que le leader du marché. Certes, d'importantes restructurations hospitalières sont en cours, mais se font-elles à un rythme suffisant pour pouvoir affronter à partir de 2005 la crise annoncée du financement de la protection sociale¹⁷ ?

UN SYSTÈME BLOQUÉ

Toutes ces questions, évoquant une sur- ou une sous-consommation des ressources du système de santé, permettent d'étayer sa désorganisation et l'inadaptation des règles économiques qui le gouvernent. Il est notamment impossible de juger de la nature et de la qualité du service rendu, ce qui ne veut pas dire que la qualité soit nécessairement mauvaise, mais qu'elle est simplement inconnue. Le contexte actuel est en outre socialement dangereux : le corps médical se sent globalement remis en cause, sans repère, sans leader unanimement reconnu. Il craint, à juste titre, les nouvelles responsabilités qui lui incombent du fait de

16. On entend par « autoprescription » toute consultation, tout examen complémentaire réalisé à la demande d'un médecin et dont il retire un bénéfice financier. L'autoprescription la plus fréquente est la programmation par le praticien d'une consultation ultérieure. On sait que le nombre de fois où des médecins de la même spécialité, ayant des clientèles comparables, font revenir leur malade, varie dans de très larges proportions. L'autoprescription peut aussi être la réalisation d'un examen complémentaire remboursé par la Sécurité sociale, tel qu'une échographie, quand le médecin possède dans son cabinet médical l'appareil permettant de le réaliser.

17. Jean de Kervasdoué, *Fractures médicales*, Paris, Gallimard, 1999.

l'évolution de la jurisprudence touchant à la notion de risque thérapeutique. En médecine libérale, ses représentants syndicaux, à l'exception de ceux de « MG France », se replient sur leurs positions traditionnelles. Les « grands patrons » hospitaliers n'ont pas de porte-parole. Les syndicats des médecins des hôpitaux sont faibles, trop nombreux et sans moyens d'expertise. L'industrie pharmaceutique, quand elle le peut, investit à l'étranger et y déplace, sans bruit, ses centres de décision. Le gouvernement réduit, pour l'essentiel, sa politique à un taux de croissance des dépenses remboursées par l'assurance maladie, sans avoir le moyen de le faire respecter et laissant chacun sans perspective, sans visibilité sur la nature et la durée de l'effort à accomplir. Or, il n'est pas possible de construire une politique de santé avec l'appui de seulement 10 % du corps médical, et ce n'est pas en établissant des mécanismes aveugles de reversement d'un éventuel déficit qu'on l'incitera à se mobiliser. Notre organisation passée nous conduit à la crise et à la faillite ; à vrai dire, nous avons déjà les deux et nous sommes sans perspective, sans boussole pour traverser cette période de gros temps. Si la France n'est pas le seul pays occidental à vivre douloureusement l'évolution de son système de santé, ailleurs il évolue, même si c'est dans la douleur, alors que chez nous il se bloque comme un vieux trente-trois tours rayé, reprenant inlassablement les mêmes mesures.

95

La médecine a changé du fait de l'abondance des découvertes diagnostiques et thérapeutiques. Chaque mois sont publiés dans les revues à comité de lecture plus de 20 000 nouveaux articles. Qui peut les lire tous ? L'arsenal thérapeutique à la disposition de chaque médecin est impressionnant par sa force, son volume et sa diversité ; aucun praticien ne peut en assurer seul la maîtrise et c'est pourquoi l'on assiste partout à une spécialisation accrue du corps médical et à un contrôle de l'accès direct de la population à certains de ces spécialistes.

LE RECOURS AUX RÉFÉRENTIELS

Les modes de régulation qui se mettent en place à l'étranger s'inspirent d'abord du principe de l'*evidence based medicine*. L'idée est simple : pour soigner une pathologie déterminée, la collectivité, ou l'assureur, limite son remboursement des soins prodigués aux seules méthodes diagnostiques et thérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée. Sa mise en œuvre est plus complexe, même si on peut la décrire simplement : il suffit, pour chaque type de maladie, de construire un référentiel « idéal », compte tenu des connaissances du moment, et de comparer les théra-

peutiques réellement prescrites à cet idéal. Les divergences éventuelles ne sont jamais interdites, mais doivent toujours être justifiées. Cette idée n'est pas totalement nouvelle : les grands services hospitaliers travaillent depuis longtemps en utilisant des protocoles mondiaux. Ce qui change depuis une dizaine d'années, c'est que cette pratique s'étend à la médecine de ville et que les remboursements des soins en dépendent. Il existe aujourd'hui un marché mondial des référentiels, auquel la France contribue par ses chercheurs et, plus modestement, par son Agence nationale chargée de cette tâche : l'ANAES. Aucun pays ne peut d'ailleurs suivre seul, en permanence, l'évolution de toutes les thérapeutiques, mais chaque caisse d'assurance maladie doit pouvoir choisir, parmi ceux qui existent, ses référentiels et être capable de justifier médicalement son choix en s'appuyant sur l'avis des meilleurs spécialistes médicaux consultés à cette occasion. Bien entendu, il n'est pas possible de couvrir, par ces méthodes, l'ensemble du champ de la médecine. Il suffit de commencer par les plus fréquentes et les mieux codifiées ; 50 % des admissions des cliniques privées sont dues à une petite vingtaine de « pathologies » ; les interactions médicamenteuses sont facilement détectables à l'aide de logiciels du marché.

Dans certains cas, ces méthodes ne sont toutefois ni appropriées ni souhaitables. Elles ne sont pas appropriées quand le rôle de l'équipe médicale est avant tout un rôle d'accompagnement, comme dans le cas des soins palliatifs – le fondement des soins est alors fonction du point de vue que la société a, notamment, de la dignité de la personne humaine. Elles ne sont pas souhaitables pour toutes les consultations ou visites du médecin-référent, car il me paraît important de pouvoir non seulement laisser un certain flou au dialogue médecin-malade, mais il me semble aussi nécessaire d'accepter de rembourser des consultations sans cause médicale clairement identifiée : il n'y a pas toujours de raison médicale et, quand il y en a, elle n'est pas toujours identifiable. De toute façon, le coût de l'ensemble des consultations ne représente qu'une très faible part des dépenses de santé. Ces limites connues ne sont pas, à l'étranger, un frein à leur diffusion. La légitimité de l'action des professions de santé est certes humaniste, mais aussi et surtout, pour les soins onéreux, scientifique. Il s'agit donc de vérifier si les pratiques sont en conformité avec les dernières découvertes des chercheurs du monde entier ; trente années passées dans ce secteur me démontrent chaque jour que cette vérification n'a rien de superflu.

Ces techniques sont aujourd'hui bien connues et mises en œuvre depuis plus de dix ans en Amérique du Nord. Elles se regroupent, sur

ce continent, sous le vocable de *managed care*. Leur efficacité n'est plus à prouver, mais leur utilisation, associée à un financement privé à but lucratif, a conduit à de violentes réactions de l'opinion. Elles furent souvent prises en compte par les législateurs des nombreux États de l'Union pour que, derrière la recherche d'efficacité, ne se cache pas, de fait, un rationnement à but très lucratif.

SIMPLIFIER, RÉGIONALISER

La seconde inspiration des réformes récentes dans les pays occidentaux consiste à rechercher des méthodes qui rendent compatibles, d'une part, le plafonnement des dépenses et, d'autre part, des mécanismes concurrentiels : il s'agit alors de « quasi-marché ». Cette recherche vient notamment de l'analyse des échecs des techniques de planification. En France, en particulier, ces techniques sont nombreuses et leur efficacité incertaine¹⁸. La carte sanitaire, par exemple, n'a jamais réussi à réduire les inégalités géographiques de notre pays. En outre, on peut s'interroger sur l'utilité de ces méthodes ; alors que les dépenses hospitalières sont plafonnées pourquoi faut-il aussi limiter les moyens physiques ? Pourquoi empêcher un hôpital d'acheter un scanner s'il le juge utile, alors que les dépenses induites n'augmenteront pas par définition ? Enfin, le coût politique de la planification est toujours élevé car, contrairement aux mécanismes de marché, la main de l'État y est très visible. L'efficacité, en France, de la méthode de régulation des cliniques privées a démontré, par contre, que des mécanismes économiques aboutissaient, en quelques années, à d'importants redéploiements entre le nord et le sud de la France que vingt ans de carte sanitaire n'avaient pas ébauchés.

Depuis le début de cette décennie, l'État l'emporte nettement sur le marché dans l'inspiration des politiques françaises de santé, y compris quand la droite parlementaire est au pouvoir. Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) organisent le partage du marché hospitalier plus qu'ils n'arbitrent, ou n'organisent, l'émulation entre établissements de santé. Il faut dire qu'ils n'ont pas de compétence sur les règles de marché, alors qu'ils en ont de très réelles sur la tutelle de leurs établissements, devenant, de fait, les patrons du holding régional des établissements de santé. Au même moment, au Royaume-Uni, la concurrence s'organise par l'intermédiaire des médecins généralistes, qui cher-

18. Id., *La Santé intouchable*, op. cit.

chent à obtenir des hôpitaux, pour leurs malades, le meilleur rapport qualité-prix.

98 Regarder au-delà de nos frontières ne suffit cependant pas, car la France est confrontée à des problèmes spécifiques. Si l'on veut, comme je le juge souhaitable, maintenir une forte solidarité entre les habitants de notre pays et éviter la solution de la privatisation du financement (et non pas de la production de soins), il faudra des règles du jeu stables et des responsabilités claires et compréhensibles. Nous en sommes loin. Le Parlement vote les dépenses remboursées de l'assurance maladie. Le gouvernement dispose de la maîtrise des dépenses remboursables, dont il assure une partie de la tutelle et délègue l'autre aux caisses d'assurance maladie. Les dépenses remboursées sont réparties entre les différents régimes de sécurité sociale, mais cette enveloppe est aussi découpée par nature de dépenses : hospitalisation publique, hospitalisation privée, honoraires des généralistes, honoraires des spécialistes, dont sont exclus les biologistes qui disposent d'une enveloppe particulière, honoraires des infirmières libérales et des autres professions paramédicales, médicaments, produits et biens médicaux... Une partie de ces dépenses est en outre affectée par région. Les départements interviennent dans la politique sociale, complément indispensable et éminemment variable de la politique sanitaire. Or, le système d'information statistique et comptable est aujourd'hui incapable de suivre cette complexité : le rapport de la Cour des Comptes n'a pas pu produire le montant des dépenses de médecine de ville financées par le régime agricole et celui des travailleurs indépendants¹⁹ ! Il s'agit pourtant de plusieurs dizaines de milliards de francs. Qui peut prétendre gérer quoi que ce soit sans disposer de tels chiffres ?

Le maillon fragile de ce dispositif me paraît être aujourd'hui, d'abord, le partage entre les différents régimes de sécurité sociale, dont la diversité n'a plus de sens et dont la légitimité est de plus en plus ténue. Ils entreront en concurrence ou fusionneront avant 2015. Dans l'hypothèse de la fusion, on pourrait enfin envisager une régionalisation de la gestion avec une véritable responsabilité politique pour l'institution qui en aura la charge, même si le financement devra rester pour l'essentiel national. Cette responsabilité pourrait être assurée, non pas par l'exécutif régional actuel, mais par une institution créée à cet effet : y seraient représentés les départements afin de mieux coordonner les liens entre le secteur sanitaire et le secteur social, mais aussi les forces

19. Cour des Comptes, « La Sécurité sociale », septembre 1998, et les éditions des journaux officiels.

économiques sociales et les usagers, par le biais du choix de leur assurance complémentaire en passe aujourd'hui d'être généralisé.

Il n'est pas dans notre intention de rentrer ici dans le détail de ces propositions, mais de souligner que des responsables plus proches de leurs concitoyens amélioreraient, faute de marché, l'arbitrage entre recettes et dépenses. Ce modèle n'est pas une pure vue de l'esprit : il existe en Suède. Le système canadien n'est pas géré par une institution *ad hoc* mais par le gouvernement des provinces ; hormis cette importante nuance, il est assez proche de cette conception. Les Canadiens ont choisi de baisser leurs dépenses. Ils y arrivent et sont aujourd'hui moins chers et plus efficaces que les Français.

Mais le point central de toute réforme à venir me paraît être le suivant : la France doit trouver un accord avec sa profession médicale. La croissance, puis l'inflation, suivies de l'augmentation des cotisations sociales associée au déremboursement des soins et au déficit de la Sécurité sociale, ont permis, jusqu'en 1996, d'éviter de poser ce problème : les dépenses augmentaient sans contrôle, la démographie médicale explosait sans que l'on en analyse les conséquences, certaines années de la décennie 1970 voyaient les budgets hospitaliers augmenter de près de 30 % en francs courants, ce qui reste un chiffre considérable, même quand l'inflation frôle les 15 %... Et puis, nous n'avons plus eu les moyens de ces largesses.

Surpris par ce qu'il est convenu d'appeler le « plan Juppé », le corps médical est resté KO pendant plus de deux ans. Cette absence de réaction, quasi inconsciente, cette surprise de découvrir qu'un gouvernement pour lequel ils avaient voté²⁰ avait pu leur faire « ça », n'ont jamais voulu dire qu'ils acceptaient les nouvelles orientations. Toutefois, des décisions importantes furent alors prises ; certains dossiers furent fermés. Le gouvernement actuel a eu le tort de les ouvrir à nouveau, pour apprendre à ses dépens que tout restait à faire, à commencer par le dialogue, étape bien antérieure à une paix éventuelle.

Le « mirage », l'« illusion » d'une croissance infinie associée à une totale liberté des prescripteurs et des consommateurs, que nous soulignons comme tels dès le début des années 1980²¹, se sont dissipés.

20. A l'occasion des dernières élections présidentielles, 60 % du corps médical français a voté au premier tour pour Jacques Chirac, recueillant environ 20 % dans l'ensemble de la population.

21. Jean de Kervasdoué, John Kimberly et Victor Rodwin, *La Santé rationnée ? La fin d'un mirage*, Paris, Économica, 1981.

L'augmentation des dépenses, dans l'état actuel du système, ne serait qu'une autre piqûre de morphine dont la seule utilité ne pourrait être que politique et à très court terme. Il faut d'abord réformer, non pas pour le plaisir, mais parce qu'il faut rendre des comptes à ceux qui cotisent ; plus tard, dans une dizaine d'années, des moyens supplémentaires devront sûrement être affectés à ce secteur mais, avant cela, il serait bon d'avoir quelques idées sur la nature et la qualité du service rendu par chaque professionnel ou institution de santé, afin de pouvoir affecter, à bon escient, ces sommes durement gagnées par les cotisants. A l'évidence nous ne plaidons pas ici pour le *statu quo*, mais pour d'importantes réallocations des sommes considérables du secteur sanitaire et social (de l'ordre de 900 milliards de francs). C'est le prix à payer pour maintenir une des dernières expressions concrètes de la solidarité dans la société française.

100

R É S U M É

La très grande majorité des économistes de la santé considèrent qu'il est indispensable de réduire le montant des dépenses médicales. Cette position est paradoxale, car ces dépenses sont, par nature, nobles et ce secteur contribue aussi à la valeur ajoutée de l'économie. Cet article s'attache à démontrer qu'une éventuelle privatisation du financement du risque maladie ne réduirait pas la croissance de ces dépenses, mais l'augmenterait ; en outre, elle ferait s'accroître l'exclusion et alourdirait les charges des entreprises. Ce n'est pas parce que cette activité est, pour l'essentiel, financée sur fonds publics qu'il faut, pour l'instant, contraindre sa croissance, mais parce que l'efficacité de ses différentes composantes est le plus souvent inconnue. Toutefois, la France n'est pas armée pour traiter cette question, car elle n'a pas trouvé de terrain d'entente avec son corps médical.