

KERVASDOUÉ



Jean de Kervasdoué

**TRÈS CHER
SANTÉ**

PERRIN

Très cher santé

DU MEME AUTEUR

Les Prêcheurs de l'apocalypse : pour en finir avec les délires écologiques et sanitaires, Plon, 2007, Hachette Littératures, coll. « Pluriel », 2008

L'Hôpital, PUF, coll. « Que sais-je », 2007

L'Hôpital vu du lit, Seuil, 2004

La Santé mentale des Français, Odile Jacob, 2002

La Qualité des soins en France, Ed. de l'Atelier, coll. « Horizons santé », 2000.

Santé, pour une révolution sans réforme, Gallimard, coll. « Le débat », 1999.

La Santé intouchable : enquête sur une crise et ses remèdes, Lattès, 1986.

La Santé rationnée ?, Economica, 1981

Pour en savoir plus
sur les Editions Perrin
(catalogue, auteurs, titres,
extraits, salons, actualité...),
vous pouvez consulter notre site Internet :
www.editions-perrin.fr

Jean de Kervasdoué

Très cher santé

PERRIN
www.editions-perrin.fr

© Perrin, 2009
ISBN 978-2-262-02698-1

Aux malades.

Aux curieux qui veulent comprendre comment la France engendre son « trou de la Sécu » avec la régularité des dépressions d'hiver en mer d'Iroise.

Aux sceptiques, pas toujours convaincus par les arguments des corporations et autres lobbies.

A ceux qui travaillent dur pour payer leurs cotisations sociales.

Aux égoïstes qui pensent que la solidarité est au-dessus de leurs moyens.

Aux généreux - avec l'argent des autres - qui proclament que l'acte de soigner est suffisamment noble pour n'avoir de comptes à rendre à personne.

Aux hommes et femmes politiques qui discourent sur ces questions en faisant preuve d'une ignorante compassion.

Aux experts qui s'affublent du qualificatif d'« économiste » en négligeant superbement les travaux menés, dans le monde, sur ce sujet.

LE CONTE DE LA SANTÉ

Préambule

Ce livre a été écrit pour les malades d'aujourd'hui et de demain dont, par pudeur, j'hésite à parler. Je leur ai cependant consacré une vie professionnelle même si ce fut, en apparence, de manière lointaine. A vingt ans, désirant vivre au grand air, je me destinai à l'administration des Eaux et Forêts. J'ai depuis « mal tourné » : passionné par les questions de santé en général et les hôpitaux en particulier, j'ai en fait mené une vie de cavernicole et respiré plus souvent l'air des blocs opératoires que celui des sous-bois. Les ascenseurs, les couloirs, les chambres, les cuisines, les pharmacies ... ne me réservent guère de surprises tant ils ont des variations plus ou moins spacieuses, plus ou moins propres, plus ou moins chaleureuses d'une même préoccupation. Partout en Europe ou en Amérique du Nord, j'ai rencontré les regards inquiets de ceux qui attendent et ceux, perdus, de ceux qui souffrent. J'ai croisé des milliers d'âmes en peine errant à la recherche d'un bureau, d'une chambre ou d'un lieu d'isolement. J'ai admiré le dévouement des soignants : hommes et femmes jeunes, impeccables, dévoués, adultes et passionnés jusqu'à la souff-

TRÈS CHER SANTÉ

france, par leurs propres limites et celles de leur institution. Mais si partout l'hôpital est le lieu des bonheurs de la naissance, et davantage celui des drames, de la maladie et de la mort, la qualité des soins, de l'accueil et de la prise en charge, des plus déshérités d'abord, est primordiale.

Les Français ont hérité d'un merveilleux système de soins. Ils semblent cependant déterminés à le conduire à la faillite. S'ils ont compris le problème des retraites, puisqu'ils en discutent les modalités, je ne suis pas certain qu'ils aient saisi en quels termes se pose la question de la santé et quel sera le prix du maintien d'une forte solidarité à laquelle ils demeurent, à juste titre, attachés. Or ce système va recevoir, pour des raisons démographiques et de concurrence internationale, de vigoureux coups de boutoir idéologiques.

Mais comment résoudre un problème qui n'a pas été posé, ou si mal, ou si peu, tant le débat oscille entre la compassion dégoûlante et la rigueur aveugle ? Certes le déficit de l'Assurance maladie est important et il faut le combler. Toutefois, un déficit s'apparente à la fièvre : il signale un dérèglement, mais n'en précise pas la nature et encore moins la thérapeutique. Quant à la compassion, elle voudrait faire croire qu'elle est la sœur de la générosité ; c'est parfois le cas, mais rarement et toujours avec l'argent des autres.

La question de la politique de santé est cruciale pour l'avenir de la société française. La résoudre revient d'abord à la comprendre, et pour cela il faut tirer quelques leçons de l'Histoire et regarder au-delà des frontières, ne serait-ce qu'afin

LE CONTE DE LA SANTÉ

de voir si les arguments avancés pour défendre les thèses « officielles » s'appuient sur quelque fondement empirique.

Si j'ai voulu, sur ce sujet, reprendre une fois encore la plume, c'est parce que j'ai trouvé que mes élèves, pour la plupart membres des professions de santé, ont une ignorance abyssale du système qui les faisait vivre et dans lequel ils agissent avec dévouement. Rien d'anormal, ils n'ont jamais appris. Mais cette ignorance est inquiétante car l'on sait que c'est par leurs semblables que se forme l'opinion. Ils ignorent donc ce qu'est un « prélèvement obligatoire », de quoi l'on parle quand on évoque les « dépenses sociales ». Ils confondent les dépenses d'Assurance maladie, les dépenses de soins et les dépenses de santé. N'ayant aucune idée de l'ordre de grandeur de la Production intérieure brute française (PIB) ou de ce que rapporte à l'Etat l'Impôt sur le revenu des personnes physiques (IRPP), ils ne peuvent évaluer l'intérêt d'une mesure comme les récentes « franchises » ou la contribution au trou de la Sécurité d'un éventuel déremboursement complet des lunettes. Il ne rapporterait « que » 130 millions d'euros. Ils ignorent comment se pose, à l'étranger, le débat sur la maîtrise des dépenses de soins et oscillent entre la caricature, quand il s'agit des Etats-Unis ou du Royaume-Uni, et l'encéphalogramme plat quand on aborde le Japon, l'Australie ou plus simplement les Pays-Bas, la Belgique ou l'Allemagne.

Sans croire une seconde aux critères discutables de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui classa en 2000 la France première pour la qualité de son système de santé, et sans chauvinisme, je pense que je préférerais être soigné en

TRÈS CHER SANTÉ

France plutôt qu'à l'étranger, malgré les très nombreuses imperfections de notre système que je vais abondamment décrire. C'est cela qu'il faut préserver, c'est donc cela qu'il faut d'abord comprendre. Mais n'est-il pas trop tard.

LE CONTE DE LA SANTÉ

1

Le conte de la santé

Il était une fois des inventeurs géniaux, des médecins dévoués et des entreprises innovantes. Grâce à eux, la santé des hommes a progressé de manière spectaculaire et l'humanité tout entière s'est transformée. D'autres victoires sont attendues, elles sont là, proches de nous, s'ils disposent de moyens, car la médecine en manque. Donnez et donnez encore ! Il faut de l'argent pour les médecins, les hôpitaux et l'industrie pharmaceutique. Levez l'impôt, augmentez les cotisations sociales, empruntez, peu importe ! Vous en serez les premiers bénéficiaires. Les besoins à satisfaire sont considérables. Vous verrez nos merveilleuses prouesses mais, en attendant, surtout, laissez-nous faire !

Cette fable repose sur les deux faces d'une même illusion : la santé serait la médecine et la médecine serait la santé. Mais la santé n'est pas plus la médecine que la médecine n'est la santé, même si, incontestablement, elle y contribue. Quant à la santé, elle n'est pas non plus « un état de complet bien-être physique,

TRÈS CHER SANTÉ

mental et social », pour reprendre ici la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Donc, rechercher quelque chose qui n'existe pas par des moyens inappropriés risque peu d'être couronné de succès.

La santé n'est pas la médecine

Les acteurs du secteur de la santé ont réussi à faire croire que santé et médecine étaient des synonymes et, donc, que plus de médecine produisait systématiquement plus de santé. Les comparaisons internationales contredisent cette équation simple : elle constitue même l'extraordinaire victoire idéologique de la profession médicale qui a médicalisé la santé et, avec elle, la société. En effet, si, pour l'opinion, médecine et santé se confondent, alors logiquement plus de médecine produit plus de santé. Or comme tout gouvernement souhaite améliorer la santé des citoyens de son pays, il suffit donc, selon cette idéologie, d'accroître les seules dépenses médicales pour que la santé des habitants du pays progresse. Les chiffres démontrent qu'il n'en est rien, mais une telle emprise corporatiste n'est concevable que si elle conforte la manière de voir le monde de nos contemporains. Ainsi, Christian Gilioli¹ souligne qu'« une des particularités de la modernité est de constater [...] que la médecine n'a plus d'extérieur [...] pas

¹ Christian Gilioli, « La médicalisation de la vie », *Gestions hospitalières*, janvier 2008.

LE CONTE DE LA SANTÉ

plus qu'en avait la religion [...]. Elle est le lien moderne entre les hommes [...] qui sacrifient à son culte, vont voir régulièrement non plus le prêtre mais le médecin et ont remplacé la confession par le bilan sanguin dont ils attendent, angoissés, les résultats craignant que l'écart alimentaire mis à jour par l'analyse sera sanctionné non plus par la récitation psalmodiée de deux *Pater* et trois *Ave* mais (quand même) d'un régime de pénitence ». Il précise par ailleurs qu'« aucun espace ou presque n'échappe à l'emprise d'un regard médicalisé et surtout de conseils qui se transforment vite en injonction ». En effet, les dévots de la forme prennent une place grandissante et médicalisent chaque instant, de la table au lit, et ne tolèrent des moments d'abandon que s'ils croient que c'est bon pour leur santé. Ils ne semblent vouloir vivre que pour vivre plus longtemps !

Thomas McKeown¹, chercheur britannique, avait cependant déjà montré il y a plus de trente ans que, jusqu'en 1950, l'amélioration considérable de l'espérance de vie en Europe (elle avait doublé en un siècle et demi) provenait exclusivement de la transformation des conditions de vie, et notamment de l'hygiène et de l'alimentation. Ce bouleversement n'avait été possible que grâce à l'accélération de la croissance économique permise par la révolution industrielle. L'amélioration de l'espérance de vie ne provenait donc pas de la médecine.

¹ Thomas McKeown, *The Role of Medicine : Dream, Mirage, or Nemesis ?*, London : Nuffield Provincial Hospitals Trusts, 1976.

TRÈS CHER SANTÉ

Hors de ce contexte historique, un certain nombre d'hommes politiques britanniques se sont, à tort, servis de cette étude pour justifier la forte limitation des dépenses de soins au Royaume-Uni, oubliant que l'amélioration de la santé avait aussi été influencée par la réduction des inégalités sociales¹. Il se trouve en effet, y compris au XIX^e siècle, que les pays où l'espérance de vie est la plus élevée (Japon et Suède) sont aussi ceux où la différence de revenus entre classes sociales est la plus faible. McKeown semble avoir péché par exagération et négligé dans ses travaux l'impact de certaines politiques de santé publique. En effet, avec les mêmes données, il a été montré que la propreté de l'eau et la distribution de lait aux jeunes enfants avaient aussi eu un impact sur la croissance de l'espérance de vie et que la baisse de la tuberculose durant cette même période avait en partie résulté de la quarantaine des personnes infectées et de la lutte contre la tuberculose bovine. Mais le constat demeure : « La médecine curative a très peu joué dans la baisse de la mortalité avant la seconde moitié du XX^e siècle ».

Depuis 1950, moment où les antibiotiques apportent enfin un traitement efficace à un grand nombre de maladies bactériennes, les choses changent. Toutefois, l'estimation de l'importance de l'impact de la médecine curative sur la santé varie selon les auteurs. J. Bunkers « estime que la moitié des

¹ S. Szreter, « Rethinking McKeown : The Relationship Between public Health and Social Change », *American Journal of Public Health*. 2002 May; 92(5) : 722-725.

LE CONTE DE LA SANTÉ

sept ans et demi d'accroissement d'espérance de vie depuis 1950 (au Royaume-Uni) peut être attribuée aux soins médicaux »¹. Ce chiffre se situe vraisemblablement dans la partie haute de la fourchette, celui qui est le plus souvent avancé est de 20 %. Mais que ce soit 20 % ou 50 %, à l'évidence aujourd'hui la médecine guérit, certes pas toutes les maladies, malheureusement pas toutes celles qui pourraient l'être. Mais si l'impact global de la médecine curative sur la santé existe donc, son rendement est très fortement décroissant. Au-dessus de 7 % de la richesse nationale consacrée à la médecine, il ne semble pas que plus de médecine conduise systématiquement à plus de santé, tout au moins ce lien ne se voit pas dans les statistiques publiées. Certains pays dépensent peu et ont une longue espérance de vie, d'autres, au contraire, dépensent beaucoup et vivent moins longtemps. Il n'y a donc pas de lien de cause à effet entre un niveau de dépense médicale et un état de santé. Personne aujourd'hui n'est capable de dire combien de milliers d'années d'espérance de vie seraient gagnées si, par exemple, on augmentait en France les dépenses de santé d'un milliard d'euros. D'ailleurs certains pays ayant des indicateurs de santé et des niveaux de dépenses comparables ne consacrent pas leurs fonds aux mêmes postes. Ainsi, l'Espagne consacre 28 % de ses dépenses de santé aux

¹ J Bunker, « The Role of Medical Care in Contributing to Health Improvements within Societies », *International Journal of Epidemiology* 2001;30:1260-1263.

TRÈS CHER SANTÉ

hôpitaux alors que la Lettonie y affecte 60 % de ses moyens, le Danemark 51 % et la France 44,3 %.

Le premier tableau en annexe de cet ouvrage montre en effet qu'un niveau élevé des dépenses « de santé », n'est ni nécessaire, ni suffisant pour induire une forte espérance de vie à la naissance de ses habitants. Ainsi, le Japon, pays où l'on vit le plus vieux au monde, dépense 8 % de sa richesse nationale pour sa santé, or les Etats-Unis en dépensent le double (16 %) et pourtant les Japonais vivent cinq ans de plus que les Américains ! Pour donner une idée des sommes en jeu : en 2008, 8 % du PIB français représentent 160 milliards d'euros, soit approximativement trois années de l'argent collecté par l'impôt sur le revenu. De surcroît, l'analyse, non plus de la valeur absolue mais de la croissance des dépenses de santé entre 1990 et 2005 dans les pays riches ne s'accompagne pas systématiquement d'une amélioration de l'espérance de vie. Non seulement elle n'est pas proportionnelle, mais, là encore, on ne voit rien, vraiment rien. Les faits ont beau remettre en cause les croyances, elles survivent ; et pourtant le conte se raconte encore le soir à la télé !

La médecine n'est pas la santé

La médecine est aussi vieille que l'humanité. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les hommes veulent vivre plus longtemps. Les médecins existaient bien avant que la médecine n'ait commencé à soigner. Elle le fit en Occident aux environs des

LE CONTE DE LA SANTÉ

années 1930 quand furent découverts les sulfamides et le pas décisif intervint vingt années plus tard.

Pour expliquer la relation quasi inexistante entre la croissance des dépenses de soins et l'état de santé, il importe de revenir à la notion même de soins. En langue anglaise, pour parler de soins (médicaux), il existe deux mots : *care* et *cure*, que l'on peut respectivement traduire par « prise en charge » et « soins ». Derrière cette nuance sémantique se dissimule la raison majeure du peu d'impact des dépenses de soins sur l'état de santé. Les dépenses de soins sont en effet pour l'essentiel consacrées à la prise en charge (*care*) des patients. La partie curative est peu onéreuse, même si elle exige parfois d'importants capitaux et est d'ailleurs d'autant moins onéreuse qu'elle est véritablement efficace. Six mois de traitement par antibiotiques pour traiter une tuberculose ne coûte rien quand on compare le montant de ce traitement à plusieurs années de sanatorium qui, en outre, n'avaient pas la même efficacité. Le vrai fardeau financier relève de la prise en charge. En effet, les équipes soignantes accompagnent, et c'est leur grandeur, les gens dont la vie se termine : personnes dépendantes ou personnes malades qu'il serait dangereux de laisser à la maison et qu'il faut traiter en mobilisant un lourd arsenal thérapeutique.

« Guérir parfois, soulager souvent, reconforter toujours », apprenait-on, autrefois, aux jeunes médecins quand on insistait sur l'importance de la prise en charge. Mais, pour assurer cette prise en charge, il faut du temps, de la présence et donc du personnel. Les gains en efficacité de la médecine sont presque

TRÈS CHER SANTÉ

toujours cachés par l'augmentation des coûts de prise en charge pour lesquels il n'y a jamais de gains de productivité, alors qu'il peut y en avoir de spectaculaires en thérapeutique. Ainsi, quand dans les années 1950 se produisaient des victoires majeures, contre la tuberculose notamment, et que diminuaient donc les coûts de la prise en charge de ces patients, les dépenses de soins continuaient de croître. A la même époque, en effet, le personnel religieux des hôpitaux était progressivement remplacé par du personnel salarié. Au début des années 1980, quand les dernières religieuses partaient à la retraite, la direction des hôpitaux dotait l'établissement de trois postes pour une religieuse et ce ratio était en dessous du chiffre réel de remplacement. A l'époque déjà, pour avoir en permanence un agent par lit de malade, 24 heures sur 24, il fallait en rémunérer l'équivalent de 5,8. Aujourd'hui ce chiffre dépasserait 7, réduction du temps de travail oblige !

Si le Japon est à la fois le pays le plus « moderne », celui qui utilise par habitant le plus de technologies médicales au monde (le premier pour le nombre de scanners et d'IRM¹) et le troisième pour la consommation pharmaceutique) tout en dépensant infiniment moins que la plupart des pays occidentaux, c'est que les familles japonaises prennent en charge leur malade hospitalisé. Elles jouent donc le rôle dévolu en France aux aides-soignantes. Répétons-le : ce n'est pas la technologie médicale qui est onéreuse, c'est le personnel. Ainsi

¹ Alors que la France ne se situe qu'au 22^e rang des pays occidentaux !

LE CONTE DE LA SANTÉ

l'application des 35 heures a conduit à la création d'environ 50 000 postes hospitaliers, soit un coût direct d'environ 1,5 milliard d'euros.

Retenons enfin une évidence, trop souvent oubliée, et lourde de conséquences : tout transfert de prise en charge entre la famille et une institution sociale ou sanitaire est onéreux par essence. Le service rendu par la famille n'apparaît dans aucun compte, ce n'est plus le cas quand il devient marchand. Les lois du travail s'appliquent et, avec elles, les salaires, les avancements, les normes de sécurité, les procédures qualité... le coût de la main d'œuvre du secteur sanitaire et social suit celui de l'économie.

Il a toujours été considéré en France que soulager une famille de la charge d'une personne malade ou dépendante était un progrès social et qu'il fallait, quand c'était possible, s'engager dans cette voie. Je le pense aussi, mais les conséquences financières sont lourdes et ne sont portées que par une partie de la population : en France la moitié d'une classe d'âge travaille à 25 ans et la moitié ne travaille plus à 57 ans. L'essentiel des impôts et des cotisations sociales ne pèse donc que sur ceux qui ont entre 25 et 57 ans.

Par ailleurs, la médecine ne contribue pas systématiquement à l'amélioration de la santé quand ses merveilleuses découvertes ont des applications dans d'autres domaines. La médecine permet ainsi de maîtriser la procréation : pilule, IVG, fécondation *in vitro*, transfert d'ovocyte... Depuis peu, elle contribue à améliorer les performances sexuelles des hommes

TRÈS CHER SANTÉ

avec, semble-t-il, plus d'efficacité que les extraits de corne de rhinocéros. Elle peut, grâce à la chirurgie esthétique, moduler les corps. La médecine du sport est pour beaucoup dans l'amélioration des performances des athlètes...

La médecine n'est pas la santé, elle pourrait même parfois lui nuire tant certaines de ses applications peuvent avoir des conséquences sanitaires néfastes.

« Mesurer » la santé

Les Grecs, eux, ne confondaient pas médecine et santé. Esculape était leur dieu de la médecine et Hygié leur déesse de la santé, deux personnages bien distincts donc. A l'évidence, la médecine ne peut pas englober toutes les activités humaines qui concourent à l'amélioration de la santé, sinon on y inclurait la gendarmerie pour son rôle dans la limitation des accidents de la route et les compagnies des eaux pour leur contribution à l'éradication de la dysenterie. Les fabricants de réfrigérateurs ne seraient pas mal placés non plus du fait de la baisse des cancers gastriques qui a accompagné leur installation dans les foyers : beaucoup de plats conservés à la chaleur ambiante évoluent, fermentent, fabriquent des toxines, abritent des champignons et autres parasites. Tout cela est certes très « naturel », mais pas nécessairement bon pour la santé.

Il est possible, en revanche, de limiter les frontières de la médecine aux techniques, aux outils et aux savoir-faire des professions médicales et paramédicales. Certes, ce n'est pas

LE CONTE DE LA SANTÉ

très glorieux et de surcroît parfaitement tautologique, mais cela permet de tracer une frontière assez visible et sur laquelle, j'en suis certain, il y aurait un assez fort consensus. Mais, la santé nécessite un plus long détour.

L'OMS prétend avoir défini le concept de « santé » dès 1948 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Outre le fait que cette définition est, à mon avis, la meilleure incitation à l'usage de drogues pour rechercher ce si rare « état complet de bien-être », elle ne prête pas facilement à la mesure. Elle implique en effet - ce que l'on savait déjà - que les malades ne sont pas en bonne santé, mais aussi que les pas-malades ne le sont pas nécessairement non plus. Certes il est possible d'imaginer des enquêtes permettant de mesurer en secondes les moments où dans l'année (les bonnes) un échantillon représentatif de la population d'un pays se trouverait dans cet état exceptionnel de « complet bien-être ». Mais on imagine aussi les critiques qui ne manqueraient pas de souligner, sinon le manque de rigueur, du moins le manque d'objectivité d'une telle entreprise.

De manière plus rigoureuse cette fois, mais totalement éclatée, la « santé » peut être mesurée par une série d'indicateurs. Ce sont des « objectifs de santé » mais pas la « santé ». La loi française en a défini 100 en 2004 pour marquer la complexité du problème par une esthétique arithmétique séduisante. Les services du ministère ont précisé la manière de mesurer chacun de ces objectifs-critères et, pour

TRÈS CHER SANTÉ

la plupart, ont effectivement réalisé des mesures. Ces objectifs-critères sont à la fois transversaux (espérance de vie à la naissance, taux de fécondité...) et thématiques (alcool, tabac, obésité...), sachant que chacun de ces « thèmes » peut avoir un ou plusieurs « objectifs », c'est-à-dire une ou plusieurs mesures opérationnelles. Ces objectifs traitent en outre de questions de nature bien différentes : « carence en fer », « habitations ayant des canalisations en plomb », « émissions de radon », « réduction des inégalités devant la maladie et la mort », « survie des patients atteints de tumeurs », incidence de telle ou telle maladie, « traumatismes chez l'enfant »... Ces objectifs sont le plus souvent mesurables, voire parfois très (trop ?) précisément définis¹ ce qui ne veut pas dire que l'on sache toujours ce qu'il faudrait entreprendre pour les améliorer ou qu'il soit facile de bâtir un quelconque indice composite.

Pour ma part, je me contente le plus souvent d'un seul objectif « transversal » et retiens, pour mesurer la « santé » sur un territoire, une mesure certes réductionniste, mais mesurable et surtout dénuée de tout jugement de valeur : l'espérance de vie à la naissance, et, parfois, l'espérance de vie à 35 ans et/ou à 65 ans. Cet indicateur est facile à mesurer, ses variations sont très sensibles dans le temps et dans l'espace et peuvent l'être à tout âge, avec ou sans handicap des personnes concernées. Privilégier cette mesure conduit à faire pour seule hypothèse

¹ Objectif 91 : Réduire de 30% d'ici à 2008 l'indice CAO moyen à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2), à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4) et chez l'adulte (de 14,6 à 10,2 chez les 35-44 ans et de 23,3 à 16,3 chez les 65-74 ans.

LE CONTE DE LA SANTÉ

que ceux qui sont sur Terre en général souhaitent y rester. Au cas où ils ne le souhaiteraient plus, le taux de suicide s'accroîtrait et l'espérance de vie diminuerait avec l'élévation du taux de suicide et certains pays (France, Finlande, pays de l'Europe de l'Est) verraient leur indicateur pénalisé.

A ce stade, le lecteur pourrait se demander pourquoi je n'ai pas choisi de retenir un autre critère de l'OMS, celui qui a permis de classer en 2000 la France en tout premier rang des pays de la planète. C'était heureux mais, comme nous allons le voir, injustifié, et regrettable.

Quand l'OMS a classé la France au premier rang des 191 pays du globe, le moins que l'on puisse dire est que les spécialistes français ont été surpris. Non pas qu'ils pensaient que leur système fût mauvais, mais il leur semblait que d'autres pays étaient ou plus équitables (Suède), ou plus efficaces (Japon), ou plus économes (Royaume-Uni). L'OMS ne recherchait pas le meilleur système de santé au monde, mais celui qui avait la meilleure « efficacité », compte tenu des moyens mis à sa disposition. Ainsi il devait mesurer à la fois les résultats et les moyens mis en œuvre. Et le problème réside dans ce concept « d'efficacité », somme de mesures imprécises et de pondérations discutables.

Pour comprendre la médaille d'or française sortie des ordinateurs de cette organisation, il a fallu attendre le détail du mode de calcul. Cinq types de critères ont été retenus :

- *la santé de la population* (espérance de vie à la naissance corrigée de l'incapacité) ;

TRÈS CHER SANTÉ

- *l'équité de la santé* au sein de la population (probabilité de vivre plus d'un an selon le milieu social de l'enfant) ;
- *la « réactivité » et sa distribution* mesurée à *dire d'expert* à partir d'un échantillon limité d'informateurs (50), tous employés de l'OMS (sept critères : respect des personnes, rapidité et qualité de la prise en charge, confidentialité, autonomie du patient, possibilité de choix du prestataire et accès à l'aide sociale pour le patient et sa famille) ;
- *l'équité de la contribution financière* (proportion des ménages consacrant plus de 10% de leur budget, hors alimentation, aux dépenses de santé).
- cinquième critère, l'OMS s'est efforcée de juger chaque système « en fonction des ressources dont il dispose effectivement, non en fonction de celles qui auraient pu être consacrées à la santé mais qui ont servi à un autre usage » ; ainsi a-t-elle utilisé le nombre d'années de scolarisation des adultes...

Il existe plusieurs dimensions pour chacun de ces indicateurs de résultats pondérés en se référant à la notion de « capital humain » de chaque pays, mesuré par le niveau de scolarisation de sa population adulte. Autrement dit, entre deux pays qui avaient les mêmes indicateurs de santé, celui qui a obtenu le meilleur score est celui qui avait le plus mauvais niveau relatif d'éducation, donc le meilleur rendement !

A cette méthode de l'OMS, s'appliquent les critiques que l'on peut faire à tout indice composite et notamment : le choix des critères, la précision de leur mesure, l'algorithme de calcul et la pondération relative de chacun quand l'on retient une

LE CONTE DE LA SANTÉ

méthode linéaire. L’OMS a donc tenté non seulement de mesurer la santé (espérance de vie sans handicap), mais s’est aussi intéressée à la « réactivité » du système de soins – un bien intermédiaire, diraient les économistes. Simultanément, l’OMS s’est efforcée de porter un jugement politique sur l’équité relative des performances et des contributions de chacun et a enfin donné un avantage aux pays relativement moins éduqués.

Les problèmes que soulève cette méthode sont légion. Il y a d’abord des problèmes de mesure. Si l’espérance de vie sans handicap se mesure de manière objective, la définition des handicaps n’est pas universelle. En outre, les handicaps et l’espérance de vie ne sont pas influencés par les mêmes facteurs et ne varient pas de manière parallèle. Mesurer la « réactivité » à dire d’expert sur sept dimensions n’est pas d’une rigueur à toute épreuve et dissimule des jugements de valeur implicite. Mesurer l’équité de la santé par la variance individuelle de la probabilité de vivre plus d’un an est un choix curieux : pourquoi ne pas avoir retenu, par exemple, la variance entre classes sociales à 35 ans ?

Il y a, ensuite et surtout, la question de la pondération entre l’objectif même des systèmes de santé (la santé mesurée par l’espérance de vie), la réponse de l’appareil de soins à la demande de la population (mesurée par la réactivité), l’équité tant des résultats que de la contribution financière au système de soins. Comme si le lien entre médecine et santé était aussi simple. Cela a donné ce que donne l’addition de choux et de carottes : la base d’un ragoût surprenant. Outre le classement

TRÈS CHER SANTÉ

de la France, le fait que les Etats-Unis (37^e) se trouvent placés après... le Maroc (29^e) n'est pas évident pour ceux qui connaissent ces deux pays, même si les Etats-Unis ne jouissent pas du meilleur système de santé au monde. L'Allemagne est classée au 25^e rang, loin derrière la France (1^{re}), Saint Marin (3^e), Andorre (4^e) et Monaco (13^e), ou l'Italie (2^e) et l'Autriche (9^e). Surprenant !

Il eût été plus prudent, et plus rigoureux, de s'efforcer de rechercher des groupes de pays ayant des résultats comparables. Mais il est certain que cela n'aurait pas eu le même impact. La France qui abrite un système en déficit permanent, financé donc par les générations à venir, ne s'est pas remise de ce classement, même si elle n'a jamais été première que dans les ordinateurs de l'OMS. En effet, ce classement légitime les combats du corporatisme médical et leur donne un argument aussi inespéré qu'inattendu. « En dépit de la complexité de la méthodologie retenue par l'OMS, nous pouvons donc désormais affirmer haut et fort que ce rapport met un terme définitif à un mythe sur lequel les pouvoirs publics se fondent depuis des années : le gaspillage des ressources sanitaires. En plaçant la France en première position, ce rapport affirme au contraire que notre pays est celui où le ratio efficacité des soins/coût des soins est le meilleur, c'est-à-dire celui où il y a le moins de gaspillage.¹ »

¹ Jean-Jacques Laboutière, « Enfin, un rapport utile ! », Syndicat national des psychiatres privés, *Bipp* n° 27, novembre 2000.

LE CONTE DE LA SANTÉ

Tenter de contester la méthodologie de l’OMS en public s’apparente à la montée de l’Everest sans oxygène ! Les classements sont d’abord politiques et c’est à cette politique que je m’intéresse car on ne compare jamais par hasard. En sciences sociales, comme dans les sciences de la nature ou en architecture, le « moins » est souvent le « plus ». D’où mon choix de l’espérance de vie à la naissance qui a permis que de constituer un savoir cumulatif en économie, en épidémiologie, en démographie et en médecine.

Examinons maintenant l’impact du conte sur les comptes.

Ses comptes et mécomptes

Dans le secteur de la santé, l'économie est soit ignorée, soit illégitime, soit utilisée à mal-escient. Il faut dire qu'il n'est pas simple de comprendre les comptes de la santé et plus difficile encore de pénétrer ceux de la Sécurité sociale. Ceci permet, sinon des manipulations, du moins d'avantageuses approximations qui dissimulent d'inquiétantes dérives.

Parler d'« économie de la santé » consiste à la fois à perpétuer une illusion et à propager une méprise. L'illusion provient du fait qu'en médecine le raisonnement économique est soit ignoré, soit combattu car *de facto* considéré, en France, comme étant illégitime ; quant à la méprise la plupart des travaux d'économie de la santé ne traitent pas de santé mais, presque toujours, de soins médicaux ; or ces concepts, nous venons de le voir, ne sont pas synonymes.

L'économie ignorée

Quand l'argent n'est pas compté, c'est qu'il ne compte pas et qu'il ne s'en suit pas une gratuité des services de soins. La négation de l'économie est coûteuse, soixante-dix années d'Etat soviétique en ont apporté la démonstration. Le déficit persistant des comptes de l'Assurance maladie est la conséquence directe et préoccupante de cette volonté de ne pas voir. Apprivoiser un déficit, en le baptisant d'une expression familière, contribue peut-être à atténuer l'angoisse des Français, mais ne résout rien pour autant. Le *trou de la Sécu* demeure la version moderne du « tonneau des Danaïdes ». Aucun impôt, aucune mesure d'économie ne semblent être capable de le remplir. Mais pourquoi ce dédain, comment ce déni ?

Pour les professionnels de santé, les économistes ne se préoccupent que d'économies, au sens le plus « domestique » du terme ! Ils n'imaginent pas qu'ils puissent aussi s'intéresser à l'économie, discipline des sciences sociales au champ plus vaste que ce qu'implique cette caricature. Leur ignorance est leur excuse ; ils n'en connaissent en effet ni l'histoire, ni les concepts, ni les raisonnements et ne se rendent pas compte que la recherche d'économie - au sens ménager du terme - n'est que la conséquence logique et banale de la rareté de l'argent, qui conduit les économistes à toujours se demander si, avec une somme donnée, il ne serait pas possible de faire mieux. Ce n'est pas là, loin s'en faut, la seule préoccupation des écono-

TRÈS CHER SANTÉ

mistes qui cherchent à rendre compte des comportements humains. Selon la vulgate, un économiste serait donc une sorte de comptable, chiffrant tout ce qui tolère un nombre, sans se soucier de la nature et de la qualité du service rendu. Il devient alors sa caricature : tatillon, étroit, sans la part d'humanité que chacun attribue, à juste titre, au médecin qui s'occupe de malades, lui.

Ce déni n'est ni anodin, ni naïf. Ainsi la profession médicale a-t-elle réussi à imposer la géniale - de son point de vue - distinction sémantique entre « maîtrise comptable » et « maîtrise médicalisée » des dépenses de soins. Peu importe que soit qualifié par elle de « médical » ce qui sert ses intérêts et de « comptable » ce qui lui nuit. Le « mal » comptable ici, le « bien » médical là deviennent des évidences sémantiques ce qui, du point de vue de la défense des intérêts de la corporation, est remarquable ! Notons en passant que l'économie se réduit ainsi à la comptabilité, comme si la médecine se limitait à l'anatomie. Admirons l'efficacité d'une stratégie qui déclare illégitime le raisonnement de celui qui ne se satisfait pas du discours de la « corporation » et demande des comptes aux professions de santé, non pas pour lui-même, mais pour les Français. L'économiste cherche en effet à savoir où va l'argent que chaque Français gagne tout le mois de janvier de chaque année de sa vie professionnelle et qui représente environ 1/12^e de la richesse nationale ; un mois donc par an et par Français ! Affirmant prescrire en toute circonstance pour le seul bien de son malade, sans préoccupation de ses intérêts, sans influence de la publicité, le

SES COMPTES ET MÉCOMPTES

professionnel de santé disqualifie l'économiste. Et sa question devient non seulement illégitime, mais insultante : de quoi se mêle-t-il ?

Le lecteur familier du jargon administratif et professionnel aura depuis longtemps remarqué que le terme économique de « demande » de soins n'est pratiquement jamais utilisé et qu'il est remplacé par celui de « besoin » de santé (ou de médecins, d'infirmières, de scanners, de lits hospitaliers, de poste de dialyse...). Cette substitution est tout sauf anodine. Les professionnels de la santé en ont, en effet, plein la bouche de leurs « besoins » et le législateur les accompagne depuis bientôt quarante années en farcissant la réglementation, notamment celle de la carte puis de la planification sanitaire. Aujourd'hui par exemple, les territoires de santé doivent répondre aux « besoins de la population ». Certes, mais en pratique cela ne veut rien dire. De nombreux Français auraient « besoin » d'un hélicoptère et d'une voiture avec chauffeur pour se rendre de chez eux à leur lieu de travail, peu ont la possibilité toutefois de se l'offrir, malgré leur réel besoin ! Qu'est-ce alors qu'un « besoin » ?

La notion de « besoin » n'apparaît qu'une fois en sciences sociales. Ce concept est au cœur d'une théorie psychosociologique, celle de la hiérarchie des « besoins » d'Abraham Maslov¹. Cet auteur a prétendu que les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et

¹ A.H. Maslov, *A Theory of Human Motivation*, *Psychological Review* 50, 1943 : 370-96.

TRÈS CHER SANTÉ

d'auto-accomplissement ne se satisfaisaient que progressivement. Il y aurait donc un ordre hiérarchique des besoins. Autrement dit on ne pourrait, par exemple, avoir de l'estime de soi que si l'on a ni soif ni faim (besoin physiologique), que si l'on est en sécurité et que l'on a tissé des liens sociaux (appartenance). Toutefois, faute d'avoir atteint le dernier stade, il ne serait pas encore possible d'être totalement « accompli ». Cette théorie de la motivation et des besoins a beaucoup été enseignée, d'abord dans les écoles de commerce puis aujourd'hui dans les écoles d'infirmière. Elle n'a cependant jamais reçu de confirmation empirique. On pousse un soupir de soulagement, car ce serait alors la négation de toute forme d'héroïsme, l'impossibilité d'être affamé, assoiffé et pleinement homme ! Philosophiquement contestables, empiriquement fragiles, les « besoins » humains, s'ils existent au-delà des nécessités physiologiques vitales, sont aussi indéfinis que peu hiérarchiques. Leur usage est donc autre. Effectivement cette notion est utilisée comme arme idéologique. Ce sont les acteurs du système qui définissent les « besoins » et ce faisant enjoignent la puissance publique d'y répondre, bien entendu à tout prix, sans regarder à la dépense.

L'économie instrumentalisée

L'économie n'apparaît dans les débats de politique de santé que quand les professionnels pensent, à tort, qu'ils y trouvent des arguments favorables. Plus élaborée donc, mais tout aussi discutable que la référence aux « besoins », est celle qui

SES COMPTES ET MÉCOMPTES

qualifie les biens de santé de « biens supérieurs ». Ce merveilleux qualificatif semblerait justifier à lui seul l'importance des fonds réclamés au public. Si le terme est techniquement approprié, il est utilisé dans un sens qui n'est pas le sien, car en économie le qualificatif de « supérieur » ne peut pas être pris au premier degré. Pour un économiste, qualifier un bien de « supérieur » n'appelle aucun jugement de valeur : un bien est dit « supérieur » si, et seulement si, sa consommation augmente plus que proportionnellement avec le revenu des ménages, il en est ainsi notamment des voyages, des biens culturels et... des soins médicaux. Le fait que les biens culturels soient « supérieurs » ne justifie en aucune façon que la collectivité les offre gratuitement à tous ses membres...

De même, la « valeur ajoutée », autre concept économique, est aussi souvent appelée à la rescousse des lobbyistes. Je ne compte plus le nombre de fois où j'ai entendu souligner l'importance de la « valeur ajoutée » des dépenses de santé. Comme si cette caractéristique économique justifiait toutes les dérives ? Malheureusement, au risque, là encore, de désenchanter le lecteur, il ne s'agit que d'une définition comptable, une autre tautologie donc : la « valeur ajoutée » mesure la différence entre ce qu'un secteur économique (ou une entreprise) vend et ce qu'il (elle) achète au reste de l'économie. C'est sa contribution additionnelle qui est donc ainsi mesurée. Or, le secteur de la santé, secteur de main d'œuvre, a, par essence, une forte valeur ajoutée. Paradoxe apparent d'ailleurs, cette valeur ajoutée est d'autant plus élevée que l'activité considérée requiert moins d'achats et, dans notre

TRÈS CHER SANTÉ

cas, moins d'appareils ou de médicaments. Ainsi la psychiatrie - en tant qu'activité économique - a une valeur ajoutée plus grande par million d'euros dépensé que, par exemple, la cardiologie, tout simplement parce que la psychiatrie requiert relativement moins de machines et de dispositifs médicaux. Le concept de « valeur ajoutée » n'a rien de médical, même quand il s'applique à de la médecine. Il ne mesure pas la contribution d'un investissement à l'amélioration de la santé de la population, mais simplement la différence entre ce qui a été acheté et vendu. Comme c'est décevant !

L'économie bafouée

Les professions de santé, et notamment les médecins et pharmaciens, semblent en revanche ignorer l'existence du terme « monopole ». Pourtant, à la fin du XIX^e siècle, quand la profession médicale réussit à éliminer la concurrence portée par les officiers de santé, le revenu moyen de la profession fut multiplié par trois en dix ans ! Oui, les médecins se sont battus pour obtenir le monopole d'exercice de la médecine et cela les a financièrement servis. Il arrive que des hypothèses économiques soient empiriquement vérifiées ! Cette défense du monopole demeure un thème d'actualité. Il suffit de voir comment, en 2008, les pharmaciens, libéraux certes, conservent un monopole territorial reconnu par une loi de 1941 : une pharmacie ne peut toujours pas s'ouvrir n'importe où. De surcroît, il est facile d'observer comment, avec efficacité, cette même profession se bat contre la vente de

SES COMPTES ET MÉCOMPTES

certaines médicaments en grande surface. Les biologistes de leur côté retardent l'application d'une directive européenne qui permettrait à des non-biologistes de prendre la majorité du capital de leur laboratoire. La concurrence toujours, mais pour les autres !

Un maquis de concepts et de comptes

La plupart des travaux d'économie « de la santé » traitent exclusivement de soins médicaux. Il est vrai que, comme l'indique le tableau 3 de l'annexe, 79 % des sommes classées dans les « dépenses de santé » sont des dépenses de soins médicaux. Quant aux dépenses de prévention, sinon de santé, elles n'en représentent que 3 % et concernent surtout la médecine du travail et la médecine scolaire.

Au-delà de cette confusion, peu de Français comprennent comment sont bâtis les comptes sociaux en général, et les comptes de la santé en particulier ce qui constitue indéniablement un frein au débat public. C'est aussi le cas de la presse où les experts se comptent sur les doigts de quelques mains. La matière est austère et nécessite quelques instants de concentration. Mais c'est un passage obligé si l'on cherche à savoir de quoi l'on parle et si l'on désire mesurer, au cas où l'on s'y attellerait, la profondeur du trou à combler.

Cette complexité induit souvent des contresens et des erreurs : il n'est pas rare en effet de constater, par exemple, des confusions entre l'équilibre de la Sécurité sociale et ceux de l'Assurance maladie. De nombreux commentateurs confondent

TRÈS CHER SANTÉ

le plus souvent l'Assurance maladie avec son « régime général », la partie la plus importante certes, mais pas la seule et ils oublient ainsi le régime agricole déficitaire de plus de deux milliards d'euros pour la seule année 2007, ce qui n'est pas sans déplaire aux gouvernements. Quant aux Français, ils s'imaginent que les dépenses de soins, de santé et de l'Assurance maladie recouvrent une seule et même réalité. Il n'en est rien.

A leur décharge, il convient de reconnaître la diversité des sources, l'absence de clés de passage entre les différents concepts, les variations de la fréquence de publications des chiffres (certains sont publiés mensuellement et d'autres annuellement avec au moins une demi-année de retard). Remarquons par ailleurs que la logique des comptes nationaux ne tombe pas immédiatement sous le sens. Ainsi les remboursements des frais médicaux par les mutuelles sont inclus dans les *comptes de la protection sociale* alors que les mêmes frais remboursés par une assurance complémentaire privée en sont exclus. L'approche juridico-historique prime donc sur l'approche économique.

Deux points de vue président à la présentation des comptes : celui du financement et celui de la nature des dépenses. Il est souvent difficile de les réconcilier.

SES COMPTES ET MÉCOMPTES

Le maquis de la sécu

Le financement se rattache, comme toujours, à des bases juridiques et conceptuelles. Les droits à Sécurité sociale étaient à l'origine attachés au droit du travail. Les cotisations sociales étaient conçues comme un salaire différé et étaient gérées par des organismes spécifiques. L'Assurance maladie n'est en effet qu'une des composantes du « risque-santé », qui n'est lui-même qu'un des trois « risques » de la Sécurité sociale. Le « risque-santé » englobe, outre la maladie, l'invalidité et les accidents du travail. Il existe par ailleurs deux autres risques : le risque « vieillesse-survie » et le risque « maternité-famille ». Pour le risque « maladie » comme pour le risque « maternité-famille », la protection ne se limite pas à prendre en charge le financement de soins (prestations en nature) ; elle implique aussi le versement de prestations en espèces compensant les pertes de revenus dues aux accidents du travail ou à une maternité¹.

Outre la distinction des risques, il y a aussi celle des « régimes ». En 1946, un certain nombre de professions ont refusé de rejoindre le régime de la Sécurité sociale des travailleurs salariés. Elles se sont assez vite rendu compte que c'était une erreur. Aussi, durant toute la deuxième partie du XX^e siècle, ces professions ont constitué des régimes

¹ C'est seulement à la fin des années 1950 que les prestations en nature ont dépassé les prestations en espèces car le premier rôle de la Sécurité sociale était, avant de rembourser les soins, de compenser des pertes de revenu.

TRÈS CHER SANTÉ

spécifiques pour être solidaires certes, mais en restant entre eux. Les plus connus sont le régime agricole et celui des « indépendants », mais il y a aussi les « régimes spéciaux » : celui des mines, des clercs de notaire, des marins, de la RATP, de la SNCF...

Toujours dans la logique du lien travail/droit social, ce n'est qu'à la création de l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) en 1958 que les chômeurs ont pu être couverts par l'Assurance maladie. Mais la loi révolutionnaire, celle qui marque la fin de cette histoire-là, est la loi CMU, applicable depuis le premier janvier 2000. Grâce à elle enfin, tous les Français et résidents légaux sur le territoire national sont *de jure* affiliés à l'Assurance maladie.

Autrement dit, le système des régimes particuliers, spéciaux ou spécifiques, hérité de l'histoire, ne sert plus à rien, mais il ne faut rien en dire, plus d'une centaine de milliers de personnes en vivent, même si leur utilité est rien moins qu'évidente car une bonne partie continue de vérifier des droits que tout le monde a. Chut !

Entre risque et régime, le système est bouclé parce que chaque régime couvre le financement de chacun des trois risques par l'intermédiaire de caisses spécifiques créées en 1967 pour le régime général. C'est ainsi qu'il existe :

- la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS),
- la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF),
- la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

SES COMPTES ET MÉCOMPTES

Enfin, le financement varie selon les risques et les régimes mais, pour simplifier, si jusqu'en 1993, l'essentiel des ressources venait des cotisations sociales, les choses ont changé. Outre les taxes sur le tabac et l'alcool qui financent en partie l'Assurance maladie, la Cotisation sociale généralisée (CSG) s'est quasiment substituée à la part salariale des cotisations sociales. Ainsi, la part de l'Etat, dans les dépenses d'Assurance maladie, est passée en quinze ans de 7 % à 40 % pour le régime général. N'est pas comprise dans ce pourcentage, la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) créée pour apurer les dettes antérieures à sa création en 1996. En effet, cette contribution, conçue à l'origine pour une durée de treize ans par le gouvernement d'Edouard Balladur, finance la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Toutefois elle ne se limite plus à financer le déficit d'exploitation de la protection sociale accumulé au cours du début des années 1990. Elle a été plusieurs fois abondée et risque encore de l'être en 2008, en reculant encore et toujours les échéances de cette regrettable fiscalité qui conduit à faire payer des dépenses courantes par les générations futures.

*Les dépenses de santé ont un intérêt économique,
mais peu d'intérêt politique*

Quand on ne cherche plus seulement à savoir qui finance quoi et comment, mais que l'on s'intéresse aux sommes que les Français consacrent chaque année aux médicaments, aux

TRÈS CHER SANTÉ

hôpitaux, aux cliniques, il faut examiner, non pas les comptes de la Sécurité sociale, mais les *Comptes de la santé*. Ces comptes, publiés une fois par an, en juin le plus souvent, décrivent combien les Français dépensent pour leurs hôpitaux, leurs médecins, leurs médicaments, la prévention, la formation des professionnels de la santé, la recherche médicale, la gestion du système de santé... (Voir tableau 4 en annexe).

Les Comptes de la santé recensent deux grands agrégats : la consommation médicale totale et la dépense courante de santé, comme l'indique le tableau 5 de l'annexe. La Consommation médicale totale (CMT) se divise à son tour en deux parties : la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et la consommation de services de médecine préventive (qui correspond à la notion plus large de dépenses de « santé »). Quant à la Dépense courante de santé (DCS), elle recense l'effort consacré à la santé au cours d'une année par l'ensemble des agents. Elle se calcule en faisant la somme des dépenses engagées par l'ensemble des financeurs. Elle englobe la Consommation médicale totale (CMT), les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé, le fonctionnement de la recherche, de l'enseignement et de l'administration sanitaire.

Si l'intérêt de ces comptes est indéniable pour les chercheurs ou pour les politiques qui voudraient comprendre les particularités de notre offre de soins, ils servent malheureusement peu en pratique, ce qui compte c'est le financement. Rappelons en effet que les fonds qui financent ces dépenses ont plusieurs origines : la Sécurité sociale, l'État, les collectivités locales, les

SES COMPTES ET MÉCOMPTES

mutuelles, les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance et les ménages. Soulignons encore que, selon que l'on regarde les hôpitaux ou la médecine de ville, la contribution de chacune de ces sources varie selon le poste considéré. Ainsi, par exemple, l'Assurance maladie rembourse beaucoup plus les dépenses hospitalières (91 %) que les dépenses de ville (65 %), donc les pourcentages relatifs des dépenses hospitalières ne sont pas les mêmes si on s'intéresse aux dépenses de soins - qui englobent par définition tous les financements - ou aux dépenses de la seule Assurance maladie. Ainsi, pour ne parler que du plus gros poste, les dépenses hospitalières représentent, en 2007, 44 % des dépenses de soins et 57 % des dépenses du régime général de l'Assurance maladie.

Des bases mouvantes et manipulées

Le lecteur attentif aura compris que le responsable politique dispose de concepts, d'indicateurs et de chiffres parmi lesquels il pourra choisir celui qui lui sera le moins défavorable, mais ses possibilités de choix ne s'arrêtent pas là. Comme si cela ne suffisait pas, quand on croit avoir saisi un concept et sa mesure, on a du mal à le suivre à la trace car la plupart des comparaisons n'utilisent pas de repaires fixes, les pourcentages sont donc aussi approximatifs que la mesure de la taille d'une personne sur des sables mouvants.

Par exemple, quand le Parlement débat à l'automne du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), l'année

TRÈS CHER SANTÉ

n'est pas, par construction, échue. Ainsi les projections des dépenses de l'Assurance maladie pour l'année suivante, le plus souvent débattues et résumées par un taux de croissance de X %, vont s'appuyer sur une base, certes inconnue, mais aussi sous-ou sur-estimée, selon l'intérêt politique du moment. De surcroît, en votant l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM), le Parlement ne vote pas un budget analogue à celui de l'Etat, car les crédits votés ne sont ici pas limitatifs. Il s'agit d'un « objectif » car l'Assurance maladie est un droit reconnu par le préambule de la Constitution de 1945 et nul ne peut préjuger de la manière dont chaque Français l'exercera. Au cours de l'année suivante, celle où va s'appliquer la loi de financement de la Sécurité sociale votée à l'automne précédent, quand le gouvernement tente de valoriser l'efficacité de sa politique, personne ne sait la base qu'il va retenir. Est-ce l'estimation des dépenses du PLFSS, ou les dépenses réellement constatées en fin d'année ou encore - oui cela arrive ! - de nouvelles estimations ? Si bien que l'on a vu des ministres chanter victoire, non pas parce qu'ils avaient atteint leur objectif, mais parce que la situation était moins dramatique que celle envisagée par les conjoncturistes ! Monsieur Douste-Blazy notamment fut, de ce point de vue là, remarquable. De plus, comme les projecteurs sont braqués sur le seul montant du déficit, chacun aura oublié que la loi de financement a aussi levé de nouveaux impôts et instauré de nouvelles « franchises », de nouveaux « forfaits » ou de nouveaux « tickets modérateurs ». Les « victoires » de la maîtrise toute relative des dépenses de l'Assurance maladie -

SES COMPTES ET MÉCOMPTES

en général il ne s'agit que de réduction de la vitesse du creusement du trou - sont, à plus de 90 %, des victoires fiscales et financières ! Personne ne présente jamais les comptes à fiscalité et à niveau de remboursement constants. Pour les quelques artisans pervers qui s'efforcent d'y voir clair dans ce maquis, il est quasiment impossible de reconstituer des séries statistiques homogènes : ni l'Etat, ni l'Assurance maladie ne fournissent les données de base. On ne peut que les estimer.

Les économistes de la santé ont donc aussi des difficultés techniques pour attirer l'attention du public sur l'importance des questions qu'ils traitent. La paix sociale est achetée par de la dette (celle cantonnée dans la CADES d'abord, mais aussi celle qui s'installe en cette année 2008 dans les hôpitaux) pour ne pas s'ajouter aux déficits publics constatés.

Comme Giovanni Drogo, le héros du *Désert des Tartares* de Dino Buzzati, j'attends depuis bientôt trente ans le jour où un gouvernement, un ministre, devra payer les dettes de tous les autres et expliquer enfin aux Français les choix qui se présentent à eux. Le plus tôt serait le mieux, même s'il est déjà bien tard mais rien n'annonce que ce sera demain. Le gouvernement de l'automne 2008, comme ceux qui l'ont précédé, ne pose pas le problème espérant que la patate chaude brûlera un autre, demain. Pourtant Tocqueville remarquait qu'« un gouvernement a toujours tort de prendre uniquement son point d'appui sur les intérêts exclusifs et les passions égoïstes d'une seule classe...[II] pense donc, qu'à tout prendre,

TRÈS CHER SANTÉ

la méthode la plus sûre que puisse suivre chez nous le gouvernement, pour se maintenir, est de bien gouverner dans l'intérêt de tout le monde ». Il est vrai qu'il rajoutait : « Encore, dois-je convenir que, même en prenant cette voie, il n'est pas bien clair qu'il dure longtemps »¹.

En attendant, comme me le rappelait un de mes amis : « Les économistes, soit ils se trompent, soit personne ne les écoute » !

¹ Tocqueville, *L'Ancien Régime et la Révolution* in Tocqueville, Robert Laffont, coll. « Bouquins », Paris, 1986.

Un merveilleux système

Les Français mesurent mal la qualité de leur système de soins. Certes, il n'est pas sans défaut, certes cette qualité est hétérogène, certes, toujours, d'importantes inégalités subsistent, mais il demeure exceptionnel. Il le restera aussi longtemps que les cigales, que nous sommes devenues, n'auront pas passé un hiver difficile qui détruira son équilibre précaire. Comme toujours, les plus fragiles seront les premières touchées.

Après chaque visite professionnelle à l'étranger, je me félicite d'être français et de jouir, de ce seul fait, d'un système d'une telle généreuse qualité. Pour obtenir des services comparables il faut, dans de très nombreux pays, comme aux Etats-Unis, cotiser à une assurance onéreuse. Certes, même le plus pauvre ne meurt pas sans soins à la porte d'un hôpital américain, car il existe un système d'assurance sociale pour les plus démunis (MEDICAID) et les plus âgés (MEDICARE). Mais, pour les autres, la très grande majorité des polices d'assurance ne couvrent que quarante-cinq jours d'hôpital par an, y compris en psychiatrie. Donc, quand une personne est

TRÈS CHER SANTÉ

touchée par la dépression et que son état impose de longs séjours à l'hôpital à au moins 1000 dollars la journée d'hôpital, les économies qu'elle a pu faire s'en vont alors au rythme de 30 000 dollars par mois, puis sa maison doit être vendue, et seule sa descente en dessous du seuil de pauvreté permettra de trouver une prise en charge collective...

Plus étonnant encore pour un Français, les 45 millions d'Américains qui n'ont pas d'assurance sont plus désarmés que les autres quand ils doivent payer leur note d'hôpital, car ils ne disposent d'aucune capacité de négociation avec les hôpitaux ou les médecins. En 2006, un ami américain, qui bricolait sur son toit, glisse, tombe d'un étage et demeure immobile : traumatisme crânien. Une ambulance est appelée et le transporte à l'établissement le plus proche, celui du comté ; ce n'est pas un hôpital universitaire. Examens, analyses, mise en observation de 24 heures ... Bonne nouvelle : s'il a été choqué, il n'a rien et peut donc rentrer à la maison. A sa sortie, les services comptables lui présentent pour ce séjour d'à peine 24 heures une facture de 34 000 dollars. Il la transmet à sa (bonne) assurance qui va entreprendre sur-le-champ une négociation avec l'hôpital et ramener sa facture à...13 000 dollars. S'il n'avait pas été assuré, incapable de négocier, il aurait dû régler la somme initiale ! Aux Etats-Unis, le prix des soins médicaux était un problème pour les pas tout à fait pauvres. Il le devient aujourd'hui pour la classe moyenne, car toutes les assurances ne couvrent pas ce type de risque. Autre extrême, en Chine, république aussi peu sociale qu'officiellement communiste, il faut verser une « enveloppe rouge » - un dessous de table - de 3

UN MERVEILLEUX SYSTÈME

000 euros au chirurgien salarié de l'hôpital pour qu'il accepte de réaliser un pontage coronarien et, de surcroît, le patient doit prendre à sa charge infirmières et médicaments, pour un montant du même ordre de grandeur.

Au Canada, en Europe du Nord, comme en France, rien de tel ne se passerait. La collectivité prend en charge les soins hospitaliers. Toutefois, dans la plupart de ces pays, autres que la France, l'attente est longue si l'on souhaite bénéficier de soins non urgents et notamment de chirurgie programmée (cataracte, prothèse de hanche ou du genou...). Après avoir été inscrit sur une liste, l'attente commence et dépasse le plus souvent plusieurs mois, voire plus d'une année. Les Britanniques utilisent le terme de chirurgie de « confort » pour parler de la plupart de ces interventions ! Confort en effet, au sens où la vie n'est pas immédiatement en danger mais, où les capacités de se déplacer (prothèse), de voir (cataracte) sont bien amoindries. En France, si un hôpital demandait d'attendre pour ce genre d'intervention, il suffirait au malade de traverser la rue et de prendre rendez-vous avec le chirurgien de la clinique d'en face qui, dans la très grande majorité des cas, opèrerait dans les quinze jours.

Dans d'autres pays toujours, comme l'Irlande, pourtant le pays le plus « riche » d'Europe en termes de PIB par habitant, j'ai constaté *de visu* que les services d'urgence n'avaient pas la qualité de leurs homologues français. Non seulement, il n'y a pas d'équivalent du SAMU, ou des pompiers, pour conduire à l'hôpital un citoyen, mais, encore, une fois sur place, le malade va attendre longtemps, et parfois très longtemps, avant de voir

TRÈS CHER SANTÉ

un médecin. Ainsi, dans les trois premiers mois de 2007, dans une zone géographique de 450 000 habitants au nord de Dublin, plus de soixante-douze malades ont attendu plus de 48 heures, toujours en urgence, avant de voir un médecin dans un hôpital public! Certes les véritables urgences sont rares¹, mais certains patients meurent à l'hôpital sans soins.

La bonne santé des Français

La France se classe au cinquième rang mondial pour l'espérance de vie à la naissance, avec 80,87 années en moyenne en 2008, après Andorre, le Japon, Singapour et le Canada. En 1970, il y a trente huit années à peine, l'espérance de vie à la naissance des Français était de 72,5 ans, 8,5 années ont donc été gagnées depuis. C'est beaucoup dans une vie ! Par ailleurs, si, à la même époque, les Français étaient encore, en moyenne, pendant douze mois dépendants², ce chiffre n'est plus que de 9 mois. Ces années de vie gagnées sont aussi des années de vie autonome, de bonnes années.

Aujourd'hui, l'espérance de vie des Françaises est exceptionnelle : la deuxième au monde, après celle des Japonaises, avec une espérance de vie à la naissance de 84,5 années (celle

¹ Dans les années 1960, les internes disaient encore : «il n'y a pas d'urgence, mais seulement des gens pressés », phrase aujourd'hui bannie car politiquement incorrecte.

² La dépendance implique la présence d'une autre personne pour accomplir les actes courants de la vie.

UN MERVEILLEUX SYSTÈME

des Japonaises est de 85,6 ans) et une probabilité, pour la moitié de celles qui naissent en ce début du XIX^e siècle d'être encore en vie au siècle prochain et donc de dépasser cent ans ! Si celle des hommes l'est moins, ils se classent cependant au onzième rang des pays occidentaux, avec une espérance de vie à la naissance de 77,6 ans. La France est ainsi le pays européen où la différence « homme-femme » est la plus élevée.

L'espérance de vie donne un éclairage inhabituel et plutôt favorable de la société française et de quelques autres nations, pas toujours les plus puissantes. Cet indicateur dit par exemple qu'il vaut mieux être japonais (82,1 années en 2004) ou habitant de l'Europe des 15 (79,3) qu'américain (77,5). Non seulement les différences sont importantes (plus de deux années entre les Etats-Unis et la France) mais elles se creusent (5 mois en 1960, 2,8 années en 2004), en dépit du fait que les Américains dépensent pour se soigner deux fois et demi de plus que les Britanniques et les Japonais¹, et presque deux fois plus (1,88) que les Français. Une médecine à la pointe du progrès n'est donc pas toujours synonyme de bonne santé et demeure, à l'évidence, incapable de compenser les effets des conditions de vie.

Pas pour tout le monde

Toutefois, les inégalités d'espérance de vie restent marquées entre classes sociales, plus encore que dans d'autres pays

¹ Calcul en parité de pouvoir d'achat année 2002, source OCDE.

TRÈS CHER SANTÉ

(Japon, Suède). Peu de responsables politiques soulignent que la différence d'espérance de vie à l'âge de 35 ans entre un manoeuvre et un cadre supérieur est de huit années et que cette différence baisse peu depuis trente ans ! Comme si tous ne bénéficiaient pas de la même façon des « progrès » de la société ! « Aux âges actifs, chômage ou inactivité s'accompagnent d'une surmortalité, pour les hommes comme pour les femmes. Dans les cinq ans qui suivent l'observation du chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois celui d'un actif occupé du même âge. La mortalité des chômeuses est environ le double, à âge égal, de la mortalité des actives occupées¹. » Le chômage n'est pas qu'un drame économique !

En revanche, tout facteur qui contribue à l'intégration sociale : conjoints, enfants, parents amis, collègues... augmente très sensiblement l'espérance de vie : c'est ainsi que toute chose étant égale par ailleurs (même niveau d'éducation, de revenu...), les femmes qui travaillent vivent près d'un an et demi de plus que celles qui ne travaillent pas.

La position sociale semble également avoir une influence : une étude britannique portant sur les fonctionnaires de Sa Majesté, travaillant dans des bureaux au centre de Londres, a démontré que leur espérance de vie était strictement proportionnelle à leur niveau hiérarchique et que les diffé-

¹ Annie Mesrine ; « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage », in *Economie et Statistique*, 2000, n° 334, pp. 33-48.

UN MERVEILLEUX SYSTÈME

rences constatées n'étaient pas seulement explicables par la différence de consommation de tabac et d'alcool !

Avec des disparités inexplicées

Plus curieuses sont les différences entre les départements et les régions du territoire national alors que le système médical est le même. Quand des différences existent, il n'y a pas de liens statistiques entre l'offre de soins d'une part et les indicateurs de santé de l'autre. Rappelons que l'espérance de vie de 67 ans a été atteinte, chez les hommes, en 1954 dans la Sarthe, le Lot ou les Alpes-Maritimes, mais seulement en 1982 dans les Côtes d'Armor, le Nord ou la Meurthe et Moselle ! Si nous n'allons pas tous nous faire soigner dans les départements où l'on vit le plus vieux c'est que nous sentons bien, même si nous n'en sommes pas conscients, que la médecine et la santé ne peuvent être confondues. La surmortalité des hommes avant 65 ans provient essentiellement de la consommation d'alcool et de tabac, des accidents et des suicides. En France le taux de suicide, qui croît avec l'âge, atteint près de 3 % des causes de mortalité. Notre taux est plus du double de celui constaté au Royaume-Uni ou en Italie ! Les accidents et morts violentes représentent également 9,5 % des causes de mortalité. Douce France !

Quant à la croissance de l'espérance de vie, elle a d'abord tenu à la qualité de l'eau, à la vaccination, à l'hygiène, à la qualité des produits alimentaires (vive les engrais et les pesticides, qui nous permettent d'avoir des produits frais en

TRÈS CHER SANTÉ

toutes saisons...), à la qualité de l'air (la pollution atmosphérique décroît dans toutes les grandes villes occidentales grâce au contrôle des effluents industriels et domestiques - le chauffage au bois ou au charbon - et à l'énergie nucléaire, notamment en France), aux progrès des installations industrielles, aux évolutions des habitudes alimentaires (plus de fruits, de légumes, de poisson, d'huile d'olive... moins de charcuteries) et à la baisse des accidents de la route même si, là encore, nous sommes avec les Portugais les tenants d'un triste record européen : près de deux fois plus de morts par an et par habitant en France qu'au Royaume-Uni...

Enfin, il convient, modestement, de constater que si les statistiques d'espérance de vie, avec ou sans handicap, sont très riches d'enseignements pour examiner un pays ou comparer des pays entre eux, beaucoup de phénomènes restent incompréhensibles. Prenons la Bretagne. Pour ce qui est de son taux de suicide, l'Ille-et-Vilaine se compare à la moyenne des départements français. En revanche, les trois autres départements bretons ont un taux qui est plus du double de la moyenne française. Pourquoi la géographie des suicides correspond-elle à la carte des évêchés d'avant la Révolution de 1789 ? On serait tenté d'utiliser le terme de « culture » et d'invoquer l'âme celte, mais ce serait pour mieux masquer notre ignorance ou se lancer dans des raisonnements aussi circulaires que tautologiques : ils boivent pour effacer leur mélancolie, et abattus parce qu'ils boivent... A moins de revenir au travail fondateur de Durkheim qui associait

UN MERVEILLEUX SYSTÈME

isolement social et suicide, mais alors pourquoi est-on plus « seul » ici que là ?

La santé touche à tous les aspects de la société. Elle continue de s'améliorer en France. Une bonne raison de croire au progrès, même si, là encore, ce terme recouvre de très nombreuses réalités. En résumé les indicateurs de santé varient avec le milieu social et le département de résidence. La surmortalité frappe surtout le nord de la France. Et nous l'avons vu, la surmortalité masculine, spécifique à la France, s'explique essentiellement par des variations de consommation et de tabac et d'alcool.

Ces rappels synthétiques appellent alors la question suivante : si l'on souhaite améliorer la santé des Français, ne faut-il pas mieux investir dans la prévention, dans l'amélioration du tissu urbain et social des régions, dans l'économie, l'éducation ... que de privilégier encore les dépenses médicales ?

Une médecine de qualité

Cette appréciation se fonde à la fois sur un sentiment personnel, l'opinion de nombreux médecins étrangers rencontrés durant quarante ans de carrière et le résultat de quelques études comparatives, encore trop peu nombreuses. Toutes vont dans le même sens et parfois au-delà. Un doyen de faculté de médecine danoise me confiait « Vous êtes la seule alternative crédible à l'américanisation de la médecine mondiale ». Les chercheurs français sont réputés même s'ils

TRÈS CHER SANTÉ

publient moins que leurs collègues américains pour des questions de langue, de culture et d'incitation professionnelle. Les chirurgiens français ont été à l'origine d'importantes découvertes qui reçoivent moins de publicité que celles en biologie fondamentale mais sont, pour les malades, toutes aussi bénéfiques. L'essentiel des innovations en chirurgie endoscopique ont été françaises¹. La chirurgie orthopédique - je peux personnellement en témoigner - a fait école, y compris aux Etats-Unis. Il en est de même de la très grande école de chirurgie viscérale.

Ce que louent les étrangers c'est avant tout la qualité des cliniciens. Ainsi dans l'étude réalisée par Lynn Payer, journaliste au *New York Times*, les cliniciens français paraissent atteindre un juste équilibre entre les Américains qui interviennent trop et trop tôt, et les Britanniques, excellents certes, mais très peu interventionnistes. Les Américains pratiquent la médecine comme ils font la guerre : ils interviennent d'abord et ils voient après, jugeant probablement impensable de ne pas agir. « Ils prennent l'activité pour la réflexion et confondent l'action et le résultat... Une personne normale est une personne qui n'a pas été examinée à fond dans un hôpital universitaire ». Ce comportement activiste est favorisé par l'opinion et les tribunaux, alors qu'à l'opposé, les tribunaux britanniques, comme l'opinion, favorisent la prudence et l'absence d'intervention. C'est ainsi qu'à âge

¹ Malheureusement les appareils qui permettent de la pratiquer sont allemands ou japonais, mais ceci est une autre histoire.

UN MERVEILLEUX SYSTÈME

identique, le taux d'interventions chirurgicales américain est supérieur au taux français, lui-même supérieur au taux britannique.

L'organisation des urgences en France (le SAMU mais aussi les pompiers et la police) ont fait école dans le monde sans qu'aucun système n'ait encore atteint pour tous, partout, le même type de couverture efficace, gratuite et universelle. L'organisation de la psychiatrie est également un modèle qu'envient les étrangers. « Dites bien chez vous que le secteur psychiatrique est unique, merveilleux, sans équivalent », déclarait à New York, à des Français, un professeur de psychiatrie de l'Université Columbia qui venait de passer son année sabbatique en Touraine. Il est vrai que la gratuité, l'organisation géographique du secteur, l'offre de plusieurs modalités de prise en charge selon l'état du malade, en font une référence enviée. Certes, ces heureux principes sont très inégalement appliqués selon les secteurs, certes il manque aujourd'hui la passion des inventeurs de cette politique, leur supplément d'âme qui faisait toute la différence ; mais si l'on doit faire revivre la psychiatrie française, elle n'est pas à inventer.

Deux remarques viennent atténuer ces appréciations extrêmement positives. La première concerne les médecins généralistes, le plus souvent recrutés et formés par défaut. Recrutés par défaut parce que les étudiants en médecine savent que les spécialistes sont très sensiblement mieux rémunérés. Formés par défaut aussi parce que l'enseignement de la médecine générale, trop longtemps négligé, n'a pas encore

TRÈS CHER SANTÉ

acquis ses lettres de noblesse. Le second domaine où il reste de grands progrès à accomplir touche aux handicapés physiques ou mentaux. Même si d'importantes améliorations, notamment financières, ont été récemment réalisées, les handicapés sont trop souvent exclus de la ville, de ses bâtiments et moyens de transport. Ils sont, en outre, sujets à une réglementation complexe qui les tiraille, pour parfois les exclure, entre l'Assurance maladie et les départements. Selon que la personne a moins ou plus de soixante ans les droits changent. Il en est également ainsi de la dépendance selon qu'elle est chronique ou momentanée...

Un système de financement plutôt généreux

Si l'Assurance maladie fut à l'origine limitée aux travailleurs salariés, son histoire de 1946 à 2000 peut être lue comme une tentative de rattrapage de ce qui fut vite considéré comme une erreur. Le système universel qui n'avait pas pu se mettre en place à la Libération, va se construire sur plus d'un demi-siècle. Ainsi se créent progressivement des régimes spécifiques (agriculteurs, artisans, commerçants, professions libérales...). Puis les chômeurs sont couverts par le régime général à la création de l'UNEDIC. Cette lente progression trouve son terme définitif le 27 juillet 1999, jour de promulgation de la loi instaurant notamment la CMU. Cette loi a eu tout d'abord pour conséquence majeure de couvrir par l'Assurance maladie obligatoire la population des plus démunis, qui échappaient encore au maillage professionnel (malades mentaux, SDF ...).

UN MERVEILLEUX SYSTÈME

Elle a de surcroît annoncé un changement de logique. Ainsi, comme nous l'avons déjà évoqué depuis le 1^{er} janvier 2000, ce qui compte pour être couvert n'est plus le statut professionnel, mais la résidence légale sur le territoire. De « bismarckienne », l'Assurance maladie française est ainsi devenue « beveridgienne ». Toutefois, au nom de la survie de la fiction professionnelle et du paritarisme, les agents des caisses et ceux des hôpitaux continuent de vérifier en 2008 des droits dont tout le monde jouit depuis huit ans ! On évoque même, avec l'inscription de la photo du titulaire sur sa carte VITALE, un renforcement à venir des contrôles ! Ceux-ci sont d'autant moins justifiés que, depuis le 1^{er} janvier 2001, les affiliés au régime des « Indépendants » sont remboursés, à quelques détails près, comme ceux du régime général. L'idéologie de la solidarité professionnelle perdure alors même qu'elle a été remplacée par une solidarité citoyenne.

Cette extension du champ de la couverture maladie s'est accompagnée de l'accroissement du remboursement des dépenses de soins par cette même assurance. Il est passé de 51 % en 1950¹ à 77 % des dépenses de soins en 2005 alors que la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB croissait très fortement (de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2005). En revanche, la structure de la consommation, entre le début et la fin de période, pour les soins hospitaliers (autour de 44 %) et les soins ambulatoires (autour de 27 %) demeure très

¹ Ce chiffre est demeuré autour de 50 % jusqu'en 1959 et atteint son maximum (80 %) en 1980.

TRÈS CHER SANTÉ

stable, à l'exception des médicaments (25,1 % en 1950, 20,8 % en 2005). Cette légère baisse cache une considérable croissance en valeur absolue : en cinquante ans, les volumes de médicaments consommés ont été multipliés par 100 !

Par ailleurs la « CMUC », Couverture maladie universelle complémentaire, finance aussi pour les plus bas revenus (environ 4 millions de Français), leur assurance complémentaire quant à l'aide financière aux personnes handicapées, et notamment aux personnes âgées dépendantes, elle s'est à son tour étendue avec la création de l'Aide personnalisée à l'autonomie (APA).

Une réelle solidarité s'est donc mise en place, développée et enracinée en France. Le consensus traverse tous les partis de gouvernement, et les avancées comme les reniements se partagent de manière équitable entre la droite et la gauche. S'il revient à Martine Aubry d'avoir créé la CMU, c'est Alain Juppé qui a imaginé les ordonnances de 1996 qui s'efforcèrent de contrôler les dépenses de santé et non pas les seules dépenses d'Assurance maladie. Les quelques entorses sont aussi également distribuées. Ainsi, le gouvernement actuel met en place ce qu'il appelle des « franchises¹ » sur certains soins de ville, selon un mécanisme complexe et peu rémunérateur, mais c'est Pierre Bérégovoy qui, il y a un quart de siècle, a inventé le forfait hospitalier.

¹ De fait un ticket modérateur forfaitaire.

UN MERVEILLEUX SYSTÈME

Tant du point de vue de la santé de ses habitants que de l'organisation et du financement de l'accès aux soins, la France n'a aucune raison de rougir de ses performances, au contraire. Demeurent de fortes inégalités entre régions et milieux sociaux, mais elles sont souvent plus prononcées encore dans d'autres pays et je ne suis plus certain qu'il soit aussi facile que cela de les réduire. Elles sont la face négative d'aspects positifs par ailleurs prisés. Je pense notamment à la liberté des patients et des professionnels de santé.

Non, le sujet essentiel me semble être que ce système vit au-dessus de ses moyens. S'il ne réforme pas, c'est qu'il vit toujours à crédit et charge encore et encore les épaules des générations à venir.

Au bord de la faillite

Le système de soins français est le plus onéreux des pays de l'Union européenne et son déficit chronique passe pour une fatalité. De nombreux thérapeutes s'y sont penchés, des remèdes, loin d'être homéopathiques, ont été appliqués, sans succès ! Pourtant, cette situation ne doit rien au destin et tout au laxisme et à la désorganisation.

Si le système français de soins est onéreux c'est tout d'abord parce qu'il choisit systématiquement le plus cher. Cela n'est pas un pléonasme. Quelques chiffres suffisent à l'illustrer.

Les Français sont plus souvent hospitalisés : 251 hospitalisations pour 1000 habitants en France en 2002, 161 dans les pays de l'OCDE.

Les médecins sont nombreux : 3,4 médecins en France pour mille habitants contre 2 au Japon, 2,3 aux Etats-Unis.

Plus souvent des spécialistes : 50 % en France, 15 % au Royaume-Uni.

AU BORD DE LA FAILLITE

Avec moins d'infirmiers : 2,1 infirmiers/médecins en France, 4,1 au Royaume-Uni, 4,7 au Canada.

Enfin, si la France n'a pas le record des dépenses de médicaments par habitant et ne vient qu'en quatrième position après les Etats-Unis, le Canada et la Belgique, elle dépense, en 2006, 278 euros de plus par an et par habitant que les Danois (soit 17,5 milliards d'euros).

Non seulement la France est chère, mais elle investit peu et paye mal ses médecins. En effet, elle ne se caractérise pas par la qualité de ses équipements médicaux. Ainsi, il n'y a que 2,7 appareils de résonance magnétique nucléaire en France par millier d'habitants, ce qui la place au 22^e rang des pays occidentaux après... la Turquie. Quant à ses médecins, et notamment ses généralistes, ils gagnent 2,78 fois le produit intérieur brut par habitant ; alors qu'au Royaume-Uni ce rapport est de 3,5 fois et de 4,18 fois aux Etats-Unis.

Une croissance continue et accélérée des dépenses

Quand, en 1970, j'ai commencé à m'intéresser aux questions d'économie de la santé, la Suède consacrait à ce secteur 6,7 % de son PIB et la France 5,3 %. Aujourd'hui la France, avec 11,1 %, dépasse la Suède. Celle-ci demeure en effet autour de 9 % depuis bientôt trente ans (9,1 % en 1980). Pourtant les indicateurs de santé de ces deux pays sont soit proches, soit à l'avantage de la Suède.

TRÈS CHER SANTÉ

Par ailleurs, si on examine l'évolution des dépenses de santé sur quinze ans dans une vingtaine de pays développés, on constate que la croissance des dépenses de soins n'est ni systématique, ni universelle. Elle ne dépend pas non plus du niveau de départ, même si certains pays comme le Royaume-Uni ont souhaité rattrapé le considérable retard pris sur les autres démocraties occidentales. En outre, nous l'avons déjà souligné, le lien entre cette croissance et l'augmentation de l'espérance de vie est inexistant. C'est également le cas des dépenses pharmaceutiques.

La croissance des dépenses, dites « de santé », est, en France, supérieure à la croissance de la richesse nationale d'environ 2 % par an. Ce qui fait de notre pays, avec les Etats-Unis, la Suisse et l'Allemagne, les pays les plus inflationnistes du monde développé. Certes, ces taux évoluent par vague, de période électorale en plan de rigueur. Ce qui démontre que la maîtrise est possible, même si elle peut être coûteuse politiquement. L'année 1997, celle du Plan « Juppé », l'illustre parfaitement (à peine 1,8 % de croissance). (Voir tableau 2 en annexe)

Une fatalité ?

Les deux excuses habituelles, retenues par les ministres successifs, pour expliquer leur piètre performance en matière de maîtrise des dépenses, consistent à invoquer les conséquences économiques du vieillissement de la population et celles du progrès technique. Ces explications ne sont pas

AU BORD DE LA FAILLITE

fausses, mais très partielles, et ne rendent compte que d'une partie limitée du taux de croissance des dépenses de soins. Comme le montrent les travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Affaires sociales (DREES), le vieillissement et l'accroissement de la population française explique à peine 1 % de la croissance annuelle des dépenses de santé.

Quant au progrès technique, il se comporte en médecine comme dans tous les secteurs de l'économie : dans certains cas il permet de forts gains de productivité, dans d'autres il apporte une réponse à une demande latente. Seul ce dernier cas, somme toute assez rare, induit une croissance des dépenses. Ainsi, en 2008, la majorité des opérations de la cataracte peuvent être effectuées en hôpital de jour alors qu'il y a vingt ans la durée moyenne de séjour pour cette intervention était d'une semaine ! Il y a trente ans pour mesurer un paramètre en biologie, il fallait plusieurs minutes de travail d'un laborantin. Aujourd'hui certains automates analysent une vingtaine de paramètres en quelques secondes ! Il est vrai cependant que, quand une nouvelle thérapeutique apparaît et qu'elle est, ce qui est la règle, remboursée par l'Assurance maladie, les dépenses augmentent. Le progrès technique est coûteux dès qu'il augmente le champ du possible. En 1960, à peine une petite centaine d'insuffisants rénaux pouvaient bénéficier d'un rein artificiel, les autres mouraient d'urémie. Aujourd'hui, grâce à la transplantation et aux différentes formes de dialyse, ils sont plus de trente mille à vivre et coûtent 2 % des dépenses d'Assurance maladie. Il faut s'en féliciter. Le solde entre le

TRÈS CHER SANTÉ

bénéfice des gains de productivité et le coût des thérapeutiques nouvelles est... inconnu. Toutefois, d'une année à l'autre, les évolutions sont lentes, et il doit se situer entre 0,2 et 0,5 % par an, guère plus, même si certains produits issus des recherches en biologie sont particulièrement onéreux.

Non, la croissance forte des dépenses de soins en France n'est pas liée à des causes universelles, mais à des phénomènes spécifiques ! Cependant, faire croire à l'inéluctabilité de cette croissance implique la recherche de nouvelles ressources et ne contraint pas à gérer.

Une offre abondante

Il y avait en France en 1968 60 000 médecins en exercice alors que la population française était de 49,7 millions d'habitants ; il y en a aujourd'hui 210 000 pour 63 millions. La densité de médecins par habitant a été multipliée par 2,76 en quarante ans ! Cette densité continuera d'être très forte même si une baisse significative est annoncée, conséquence naturelle du yo-yo démographique auquel ont joué les ministres successifs, passant ainsi d'un recrutement de 8 500 médecins dans les années 1970 à 3 500 à la fin des années 1990, pour remonter aujourd'hui à 8 000 ! En faisant l'hypothèse que ce dernier chiffre soit maintenu pendant quinze ans, il y aura en France, en 2035, de l'ordre de trois médecins par habitant. Soit beaucoup plus que dans les pays anglo-saxons ou au Japon (deux médecins pour 1 000 habitants, alors que la population de ce pays est bien plus âgée que celle de la France). De

AU BORD DE LA FAILLITE

surcroît, le Japon a, approximativement en 2008, la structure d'âge qu'aura la France en 2030 !

Ces chiffres, qui devraient rassurer, ne disent cependant rien de la féminisation croissante de la profession. Or les femmes médecins travaillent environ 20 % de moins que leurs confrères masculins. De plus, le nombre brut de médecins par millier d'habitant ne donne aucune indication sur la proportion généraliste-spécialiste, ni sur l'évolution spécifique de certaines spécialités, ni sur la dynamique des installations régionales, ni enfin sur la manière dont les jeunes médecins entendent exercer leur profession. Or, ils abandonnent de plus en plus la forme libérale de leur exercice et choisissent le salariat. Qui l'aurait prédit ? Mais cela s'explique, notamment pour les généralistes

Une diminution de plus de moitié du nombre de généralistes en 2020

Si les généralistes reçoivent des gouvernements successifs beaucoup de déclarations enflammées soulignant toutes l'importance de leur rôle, celles-ci ne se traduisent pas en espèces sonnantes et trébuchantes. Cette hypocrisie n'est pas sans conséquences, comme nous l'écrivions au printemps 2008 avec deux amis généralistes :

« Les généralistes s'épuisent. Non seulement les étudiants en médecine ne prisent pas ce débouché, mais beaucoup cherchent à l'éviter allant jusqu'à perdre une année quand le concours de l'Internat ne les classe pas en rang suffisant pour

TRÈS CHER SANTÉ

choisir d'autres spécialités. De surcroît, 40 % de ceux qui passent par cette filière ne seront pas généralistes car ils choisiront, pour reprendre l'euphémisme des caisses d'Assurance maladie, de pratiquer « un exercice particulier » (phlébologue, urgentiste, allergologue ...). En 2008, 5 000 généralistes cesseront d'exercer alors que seulement 1 200 s'installeront. En dépit de la croissance du *numerus clausus*, ce déficit s'aggravera à raison d'un solde négatif annuel moyen d'environ 3 000 par an jusqu'en 2013, puis de 2 000 par an entre 2013 et 2020. La France perdra donc de l'ordre de 30 000 généralistes en treize ans, soit plus de la moitié du chiffre actuel ! En effet, il y avait environ 55 000 généralistes en 2006 et il n'y en aura plus que 25 000 en 2020. Cette détérioration se poursuivra au moins jusqu'en 2025 alors que la première vague de la génération du *baby boom* dépassera alors 80 ans. Nul ne doute qu'ils seront alors très occupés !

« Les Français découvrent déjà qu'il est de plus en plus difficile d'obtenir un rendez-vous et que les visites deviennent rares. Le nombre de consultations des généralistes a baissé de 15 % entre 2001 et 2007 et les médecins constatent que les cas traités sont de plus en plus lourds. La « franchise » récente n'arrange rien. Une partie de la demande se reporte sur les urgences hospitalières. L'hôpital devient ainsi le généraliste des plus démunis, des moins intégrés. En ville, il est quasiment impossible pour un jeune exerçant en secteur conventionné de s'installer : le revenu des généralistes n'a en effet pas suivi le prix de l'immobilier.

« Les causes de cette déliquescence progressive sont connues et il n'est, en principe, pas impensable d'y remédier.

AU BORD DE LA FAILLITE

« La première est financière : un étudiant en médecine comprend assez vite que la consultation d'un généraliste conventionné sera très inférieure à celle d'un spécialiste et que récemment cet écart s'est accru et est de l'ordre de 30 %. Rien d'objectif n'explique cette différence : les études sont aussi longues et le métier de médecin de première ligne, de déchiffreur de cas cliniques, est aussi difficile que celui de leurs confrères qui n'ont pas toujours à porter le premier diagnostic. Dans ce contexte, accroître le tarif de la consultation du généraliste conventionné de 22 à 23 euros ne résoudra rien. Cette discussion est sordide et ses conséquences macro-économiques sont minimales (les honoraires des généralistes représentent moins de 3 % des dépenses de l'Assurance maladie). En revanche les ravages symboliques sont tangibles : quel jeune médecin désire être l'objet d'un tel chantage durant toute sa vie professionnelle ?

« La seconde raison est professionnelle. Les généralistes sont immergés dans la vie de la cité. Ils en connaissent les problèmes et réalisent que ce n'est pas en se cantonnant au rôle de stakhanoviste de la feuille de soins, en étant des machines à prescrire ou des typographes de la planche à billet de l'industrie pharmaceutique, qu'ils rempliront leur rôle. Faute de temps pour expliquer, éduquer, prévenir, ils prescrivent examens et médicaments et prescrivent encore, au cas où... Ni eux, ni la population, ni les cotisants à l'Assurance maladie n'en tirent bénéfice. Mais leur mode de rémunération à l'acte, à un tarif bradé, les condamne à ce jeu coûteux pour la collectivité et parfois néfaste pour le malade.

« La troisième raison est bureaucratique. Les médecins croulent sous une paperasserie tatillonne, inquisitoire et

TRÈS CHER SANTÉ

souvent inutile, provenant notamment de l'Assurance maladie. Au harcèlement, à la suspicion systématique s'ajoutent donc des heures et des heures de bureau. Or les généralistes ne disposent en moyenne que de 0,3 aide par médecin. L'informatique n'a para-doxalement rien simplifié, car elle a aussi accru le nombre de documents échangés.

« Pour en sortir, la première mesure à prendre consisterait à faire en sorte que la rémunération des généralistes se compare à celle des spécialistes, afin que les jeunes étudiants n'aient plus de motivation financière à choisir une autre voie. Si nous avons parlé de « rémunération » et non pas de « valeur de l'acte », c'est qu'il existe d'autres formes de paiement comme, par exemple, des versements forfaitaires annuels par médecin et/ou par malade. Ils sont utilisés d'ailleurs dans la plupart des pays développés pour les généralistes. Ils compenseraient les tâches administratives et le temps consacré à la prévention, à l'éducation pour la santé ou au suivi des malades, demandant plus que le quart d'heure de la consultation moyenne. Ce temps, qui ne serait donc pas rémunéré à l'acte, serait aussi économe, très économe, pour l'Assurance maladie car les prescriptions (elles représentent aujourd'hui quatre fois le montant des honoraires) diminueraient. On devine aussi qui s'y opposerait sans, bien entendu, ne jamais apparaître ! »¹

Par ailleurs quelques spécialités, dont la psychiatrie et l'anesthésiste, vont aussi connaître des ruptures brutales. Elles

¹ Jean de Kervasdoué, Christian Lehmann, Claude Bronner, « Le médecin généraliste, une espèce menacée », *Le Monde*, 7 juin 2008.

AU BORD DE LA FAILLITE

sont les conséquences lointaines de l'évolution des méthodes de recrutement des spécialistes. Jusqu'en 1983, il y avait certes le concours de l'Internat pour recruter des spécialistes. Mais le recrutement des psychiatres se faisait par un concours spécifique et certaines spécialités - dont l'anesthésie - offraient également un cursus adapté qui ne passait pas par l'Internat. Cette souplesse a disparu il y a vingt-cinq ans, des quotas rigides se sont instaurés et les conséquences se font sentir un quart de siècle plus tard. D'autant qu'entre-temps, la demande de soins s'est fortement accrue, notamment pour ces deux spécialités pour des raisons médicales, culturelles et administratives.

Si les gouvernements récents ont accru fortement le nombre d'étudiants en médecine (ils ont doublé en dix ans, passant de 3 500 à 8 000 et revenant ainsi au chiffre des années 1970), l'accroissement considérable des médecins en exercice de ces quarante dernières années n'a pas réduit les inégalités régionales. Les médecins aiment les villes de faculté et le midi de la France. Comme au XIX^e siècle, ils sont dans le Sud et les malades dans le Nord. La réduction des inégalités territoriales passe donc par des mesures régionales spécifiques. L'exemple allemand montre, par ailleurs, que toute contrainte en la matière n'est guère productive : les médecins, quand ils ne peuvent pas s'installer où ils le désirent, attendent une place en faisant des vacances à l'hôpital ou en exerçant une autre activité.

TRÈS CHER SANTÉ

Une offre hospitalière riche et diversifiée

La France est le pays au monde où le nombre d'établissements hospitaliers par habitant est le plus élevé du monde : 1/22 000 habitants. La moyenne européenne est de 1/40 000 et en Suède, comme au Royaume-Uni ce chiffre voisine ou dépasse 1/100 000 habitants. Certes les 2 850 établissements français sont très hétérogènes. Certes l'essentiel de l'activité se concentre sur moins de 300 hôpitaux ou cliniques. Mais il n'y a pas de désert médical français. La distance moyenne d'un petit hôpital à un établissement mieux équipé est de 35 kilomètres, soit environ une demi-heure de voiture. Seul 1 % de la population française se trouve ainsi à plus de 30 kilomètres d'un hôpital public et 1 % des habitants de la région parisienne à plus d'un quart d'heure d'un hôpital !

Contrairement à ce que pensent mes concitoyens, proximité rime parfois avec insécurité. Guy Vallancien a montré que, quand les blocs opératoires, faute de personnel et de patients en nombre suffisant, ferment à 20 heures, les quelques malades qui s'y présentent doivent être transférés et perdent ainsi un temps précieux. Dans d'autres blocs, ouverts 24 heures sur 24, la situation n'est guère meilleure. La faible activité et donc la qualité douteuse des soins, ne justifient pas cette débauche de moyens. « Est-il indispensable de laisser un bloc opératoire ouvert la nuit pour une fréquentation moins qu'hebdomadaire ? » demande encore Guy Vallancien, alors que, quand ce cas se présente la prise en charge médicale est moins bonne que celle des établissements plus actifs.

AU BORD DE LA FAILLITE

Trente-cinq pour cent des services de chirurgie des hôpitaux publics travaillent dans un « bassin », de moins de 50 000 habitants, alors qu'il en faudrait au moins 100 000 pour justifier de la permanence des soins avec des équipes chevronnées ! Aucun pays ne déploie ce luxe d'équipement public avec une maille aussi fine. Soulignons-le encore, cette pléthore n'est pas synonyme de qualité notamment parce que, quand les équipes soignantes sont peu actives, les chirurgiens et les anesthésistes ne résident pas toujours sur place et n'ont pas l'entraînement nécessaire pour connaître la réponse adaptée à des patients qui par essence, en urgence, présentent des symptômes divers et requièrent des expertises multiples. Ce n'est pas tant l'argent dépensé qui est regrettable, c'est qu'il le soit aussi mal.

Que les maires des petites communes défendent leur service de chirurgie ou leur maternité se comprend du point de vue de l'économie du territoire concerné, même s'ils s'y font rarement soignés. L'hôpital est (presque) toujours le plus gros employeur et sa présence donne *ipso facto* un statut particulier à la ville. Cependant, d'un point de vue médical, les conséquences sont graves et peuvent être mortelles. Les nombreuses publications internationales sur ce thème sont pourtant unanimes : pour offrir des soins de qualité, les équipes doivent être actives, formées et en contact avec les centres de recherche clinique. Pourtant le message ne passe pas. La mythologie d'Astérix et du village gaulois demeure la plus forte. Le gâchis d'argent public ne touche pas l'opinion quand sont invoquées les notions de proximité et de service public, même si la proximité est coûteuse et le service de mauvaise

TRÈS CHER SANTÉ

qualité. Une fois encore, les Français ne considèrent pas que l'argent de l'Etat ou celui de la Sécurité sociale est bien le leur. Ils se sentent concernés par les dépenses et les emplois que celles-ci créent. Mais, contrairement aux Européens du Nord, ils ne font aucun lien entre ces emplois créés et leurs (lourdes) cotisations sociales. Il est vrai qu'une partie de la consommation des soins se fait à crédit et que la note n'a pas encore été présentée en totalité.

L'importance de l'hospitalisation privée

La France est aussi le pays au monde où la part des établissements hospitaliers privés à but lucratif est la plus importante (15 % aux Etats-Unis, 20 % en France). Cela s'explique par deux facteurs historiques. Jusqu'en 1941, pour être admis à l'hôpital public, il fallait être « indigent », militaire, ou accidenté du travail. Pour bénéficier des premières avancées de l'obstétrique et de la chirurgie, la bourgeoisie petite, moyenne ou grande, a donc dû être hospitalisée dans des cliniques privées ou dans des établissements à but non lucratif. L'hôpital Foch à Suresnes a ainsi été créé par une fondation franco-américaine dont le but est toujours de « venir en aide à la classe moyenne » ! Cela ne s'invente pas. Après la Seconde Guerre mondiale, les syndicats, à commencer par la CGT, très majoritaire à l'époque dans la gestion de l'Assurance maladie, ont souhaité que les Français de tous milieux bénéficient des mêmes soins que les bourgeois. Curieusement donc, ce sont les partenaires sociaux qui ont défendu les cliniques privées.

AU BORD DE LA FAILLITE

Durant la même période, les politiques de tous bords se sont faits l'avocat de l'hôpital public : le maire préside le conseil d'administration de l'hôpital de sa commune, souvenir du temps où cet établissement était une institution communale. Toujours est-il que le même service est rendu par des institutions différentes.

Quant à la qualité de ces institutions, il me semble juste de prétendre que, jusqu'à la fin des années 1980, l'excellence a été publique. Elle a tenu au corps médical, dont souvent les plus brillants éléments choisirent, après 1958, d'y exercer, d'autant qu'à partir du milieu des années 1960, le patrimoine hospitalier se modernisait. Depuis, les hôpitaux « neufs » des années 1970 sont devenus vieux, les subventions se sont taries jusqu'au début des années 2000 et la qualité des établissements privés, tant médicale que technique, s'est grandement améliorée. Les « chaînes » de clinique ont joué un rôle positif dans ce domaine en imposant *de facto* des normes de qualité à l'ensemble du secteur.

De surcroît, les prix payés par l'Assurance maladie, pour des services comparables, est aujourd'hui à la faveur du secteur privé (de 50 % à 80 % de plus pour un même cas, en défaveur de l'hôpital public). Cette comparaison entre le public et le privé dissimule, bien entendu, la très grande hétérogénéité pas seulement du secteur public, mais aussi du secteur privé dont une partie significative est à but non-lucratif. Il y a partout le meilleur et parfois le moins bon.

TRÈS CHER SANTÉ

Qu'est-il arrivé au secteur public depuis quinze ans pour que notre appréciation soit, en ce qui le concerne, mesurée ? Pourquoi cette désaffection progressive, alors que les médecins hospitaliers sont très sensiblement mieux payés aujourd'hui qu'hier, les infirmières plus nombreuses, les équipements plus modernes et plus largement répartis ?

Tout d'abord, répétons-le : le faible investissement. Les pouvoirs publics n'ont pas accompagné la révolution diagnostique et informatique. Ils ont privilégié la question sociale. De plus, sans remettre en cause le droit du travail et l'importance essentielle des syndicats dans les entreprises publiques et privées, le pouvoir syndical a contribué à alourdir les procédures de gestion alors qu'il n'y a pratiquement aucun « grain à moudre » à l'échelon local. En effet, les questions de rémunérations et de statut sont toutes réglées à Paris et les compétences locales sont mineures. Beaucoup d'instances internes à l'hôpital, inspirées d'une démocratie participative d'opérette (opérette soviétique, si ces termes ne sont pas contradictoires), se sont créées : il y en avait plus de vingt avant la récente création des pôles qui ne font qu'alourdir la barque ! Trois instances devraient suffire : un conseil d'administration, une commission médicale et un comité d'établissement (ou d'entreprise). Un tel système, atteint de réunionnisme et de concertationnisme aiguës, ne produit pas d'énergie, mais de la chaleur, autrement dit du temps et de l'argent gaspillés. Les médecins s'épuisent. Les règles bureaucratiques se sont multipliées par un facteur de cinq à dix, toujours au nom de la qualité des soins. L'essentiel, y

AU BORD DE LA FAILLITE

compris dans l'organisation du travail, est cependant réglé de l'extérieur par des textes. On administre des procédures plus qu'on ne gère la prise en charge des malades. Le secteur public est non seulement bureaucratique, mais il est aussi pléthorique. Robert Holcman¹ montre que... « tous secteurs confondus, public et privé, la France compte 1,2 million d'emplois dans ses hôpitaux, soit autant qu'en Allemagne, alors que ce dernier pays compte 20 millions d'habitants et 250 000 lits hospitaliers de plus ». Si, le ratio d'employé par lit est bas en France², c'est donc, tout simplement, parce qu'il y a plus (trop) de lits. De surcroît le personnel non-soignant est très nombreux³ (21% des 740 000 emplois publics) - il est vrai qu'il est aussi le plus syndiqué -, et une partie importante du temps du personnel soignant est consacrée aux tâches administratives.

Attention, danger ! L'hôpital public doit d'urgence se réformer, alléger sa chape de plomb réglementaire et retrouver, le cas échéant, une réelle participation des salariés qui ne se

Des disparités régionales perdurent quand d'autres naissent

Qu'il s'agisse de médecins, de pharmacies, d'équipements anciens (lits hospitaliers) ou nouveaux (appareils de résonance

¹ Robert Holcman, « L' hôpital manque-t-il réellement de personnel ? » *Journal d'Economie médicale*, vol.25, n°5-6, sept.-oct. 2007, pp. 307-317

² 0,56 en France, 0,75 en Allemagne, 1,8 au Royaume-Uni.

³ Les travaux de plomberie, de peinture, d'électricité, de blanchisserie, de restauration ... pourraient, devraient être sous-traités.

TRÈS CHER SANTÉ

magnétique nucléaire, scanners...), les inégalités de répartition des moyens sont frappantes. Les règlements, fussent-ils vieux de plus d'un demi-siècle, comme pour les pharmacies, ou plus récents, comme pour les équipements hospitaliers qualifiés de « lourds », fussent-ils contraignants et supposés répondre aux « besoins de la population », ne réduisent pas les inégalités, même si elles en affichent le principe. La densité relative des médecins en l'an 2000 ressemble à celle de 1900. La multiplication par 3,5 du nombre de médecins en quarante ans n'a rien compensé en valeur relative.

En outre, on est aujourd'hui capable de documenter une forme d'inégalité plus préoccupante : celle des pratiques médicales. Ainsi, si les hospitalisations pour infarctus du myocarde varient de 1 à 2 selon les départements français et sont plus fréquentes dans les régions les plus pauvres, la réponse médicale devrait varier de 1 à 2. Or, le taux de pontage coronarien varie de 1 à 4 selon les départements et celui des techniques de cardiologie interventionnelle variait de 1 à 31 !

Une consommation inhabituelle de médicaments

La consommation pharmaceutique française est exceptionnelle, autant en valeur qu'en volume. Certes les Etats-Unis dépensent en valeur plus que nous, mais c'est parce que les médicaments y sont plus onéreux. En revanche, quand on examine nos voisins européens, à espérance de vie comparable, on constate le coût de l'exception française. Les dépenses pharmaceutiques par habitant dépassent de 100 euros par an la

AU BORD DE LA FAILLITE

moyenne des pays de l'Union européenne, soit donc plus de 6 milliards d'euros. Ce montant est équivalent à celui du déficit de l'Assurance maladie en 2007. Cette surconsommation atteint les 230 euros quand on compare la France aux Pays-Bas !

De nombreux pays dont la population est en aussi bonne santé dépensent donc très significativement moins. En effet, 80% des consultations sont en France suivies d'une prescription, de, en moyenne 2,9 médicaments. Seuls les Italiens nous dépassent (85 %) alors que ce taux est à peine de 40 % aux Pays-Bas. Il y aurait donc une différence entre les pays catholiques et les pays protestants. Dans les premiers, où l'on croit de moins en moins en Dieu, il semblerait qu'on vénère de plus en plus la médecine. En revanche, dans l'Europe protestante, les limites de l'art médical paraissent être connues et acceptées. Et à la différence de volume s'ajoute la différence de prix. Ainsi, les génériques coûtent en France entre deux et quatre fois plus cher qu'en Suède ou au Royaume-Uni et sont, par ailleurs toujours peu prescrits.

Certes l'industrie pharmaceutique est une très grande industrie. Certes la médecine est devenue efficace grâce aux médicaments. Certes aucune molécule majeure n'a été découverte dans les ex-pays communistes. Mais, là encore, le plus n'est pas le mieux. La surconsommation de psychotropes et de neuroleptiques en France marque plus le désarroi de la société que l'efficacité indéniable de cette thérapeutique. De ce point de vue, les choses ne s'arrangent pas. On constate, à âge identique, une encore plus forte consommation des jeunes. Ils

TRÈS CHER SANTÉ

sont encore plus hypocondriaques que leurs parents ! C'est aussi une des causes majeures de la croissance des dépenses de santé.

Un partage ambigu des pouvoirs

En matière de financement de la médecine de ville, l'Etat n'exerce pas (en principe) directement ses pouvoirs. Ceux-ci sont délégués aux caisses d'Assurance maladie qui négocient la nature, le champ et les taux de remboursement des actes médicaux avec les professions de santé. Ces négociations conventionnelles sont encadrées par des textes d'une grande complexité. A commencer par ceux qui définissent le choix des interlocuteurs acceptés à la table de négociation. De très nombreuses décisions sont ainsi annulées par le Conseil d'Etat pour d'excellentes raisons juridiques, ce qui contribue fortement au maintien du statu quo. Il ne me semble pas que ce soit dû au hasard.

Les assureurs complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurances) sont par ailleurs consultés sur certaines questions et ceci par l'intermédiaire de leur instance collégiale, l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire), mais leur rôle est limité. En outre 52,8 % des dépenses d'Assurance maladie - les dépenses hospitalières publiques et privées remboursées - sont sous contrôle de l'Etat. Le champ de

AU BORD DE LA FAILLITE

compétence des caisses ne concerne donc que 46,2 % de l'Assurance maladie, et encore !

L'année 2008 en fut riche d'exemples (lunettes, affections de longue durée), le pouvoir du directeur de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), par ailleurs directeur général de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'Assurance maladie), est un pouvoir sous très fort contrôle politique. Sa délégation n'est que de principe. Il n'est pas le « proconsul » capable d'agir seul. Souvent désavoué, il est à la fois paralysé et critiqué. Paradoxalement, sa double légitimité, qui provient à la fois des partenaires sociaux et de l'Etat, rend sa position intenable. Mais c'est à ce prix que la France maintient la fiction de la cogestion des caisses d'Assurance maladie avec les syndicats et le patronat, fiction complexe¹, fiction coûteuse, fiction qui empêchera sans réforme de mettre en œuvre une politique régionale de l'organisation des soins. Tant que les caisses garderont la tutelle de la médecine de ville et l'Etat celle des dépenses hospitalières, les transferts se feront difficilement entre ces deux mondes, pourtant complémentaires.

¹ S'il n'y avait qu'un seul payeur obligatoire, la plupart des mécanismes de contrôle et des systèmes de paiement seraient simplifiés et, si l'on en juge par un pays comme le Canada où un tel système est en vigueur, l'économie de gestion serait de l'ordre de 5 à 6 milliards d'euros, soit environ le montant du déficit 2008.

Un système sans contrôle des pratiques cliniques

L'absence de contrôle des prescripteurs et des prescrits, associée à la quasi-gratuité des soins fait que le système est laissé à lui-même, au jeu des intérêts corporatistes dans la mesure où le malade n'est pas directement concerné. Car les contrôles sont rares. Pourtant, quand ils apparaissent, ce qui fut récemment le cas des arrêts de travail, ils sont efficaces. Ainsi en 2004 l'Assurance maladie a économisé 460 millions d'euros sur ce seul poste. On imagine alors ce qu'elle économiserait si elle contrôlait sérieusement les hospitalisations et les prescriptions de médicaments ou d'examens complémentaires.

En 1995, grâce au docteur Jean-Paul Letouzey, à l'époque président du Syndicat national des spécialistes du cœur et des vaisseaux, nous avons étudié l'ensemble des pratiques, des prescriptions et des revenus des cardiologues en France. Les résultats furent très surprenants. Une telle étude n'a jamais été reproduite, peut-être parce que justement ses résultats remettaient clairement en cause des opinions souvent proclamées, sans fondement empirique donc. Nous n'avons trouvé aucun lien entre la prévalence des maladies cardiaques et les dépenses de cardiologie par habitant, aucun. Autrement dit, ce n'est pas là où il y a le plus de cardiaques qu'il y a le plus de dépenses de cardiologie.

De surcroît, en moyenne par département,

- le prix moyen annuel de la séance variait de 170 à 430 francs ;

AU BORD DE LA FAILLITE

- le nombre de séances par an et par cardiologue de 900 à 5 800 francs ;
- les dépenses de cardiologie par habitant de 10 (Ardèche) à 90 francs (Paris et Alpes-Maritimes) ;
- le revenu brut annuel par cardiologue de 400 000 francs à 1 300 000 francs !

Attention, il s'agit de moyenne par département et non pas de variations entre des prescripteurs. Ni l'épidémiologie (les « besoins »), ni l'économie (l'offre) n'expliquent ces variations. Tout se passe comme si un cardiologue, en s'installant, demandait à ses confrères combien ils gagnaient et s'arrangeait pour atteindre ce niveau de revenu. C'est ce que j'ai appelé « l'effet Rotary ». Un cardiologue peut augmenter son revenu de deux façons, même en l'absence de liberté d'honoraires. La première consiste à faire revenir le malade. Celui-ci, inquiet, jugera alors qu'il a un « bon » médecin, un médecin attentif, qui le suit bien. L'autre manière consiste à modifier le contenu de la consultation et à réaliser, outre l'examen clinique, plus ou moins d'examens : électrocardiogramme d'effort, échographie... On voit alors l'aspect dérisoire du seul contrôle des tarifs qui combine laxisme et iniquité : on prescrit sans doute trop d'actes et d'examens à Paris et à Nice, il y a certainement un manque de suivi cardiologique des habitants de l'Ardèche.

TRÈS CHER SANTÉ

Quel bilan de santé peut-on tirer de ce diagnostic ?

Ce bon système, encore humain, est aussi très onéreux et inégalitaire. Il donne un service de qualité variable et laisse insatisfaite une partie de la demande (je pense notamment aux handicapés et aux malades mentaux). Pourrait-il être aussi bon, pour un budget moindre et ainsi satisfaire ces demandes légitimes ? J'en suis intimement persuadé, mais ceci supposerait qu'on puisse le réformer, ce qui n'est pas simple.

Solidarité *versus* liberté

Le système de soins s'efforce d'associer la solidarité entre Français et la liberté d'exercice de la profession médicale. C'est cet équilibre entre deux forces antagonistes qui explique sa stabilité.

Tout système social s'enracine dans l'histoire du pays qui l'abrite. Et d'autant plus profondément que cette histoire est ancienne. Lapalissade peut-être, mais pas seulement. Ainsi une partie notable du patrimoine hospitalier français remonte aux périodes d'avant la Révolution de 1789, la prise en charge des malades mentaux et leur statut doivent encore beaucoup à une loi de... 1838 et si, les maires président encore le conseil d'administration des établissements publics hospitaliers, c'est parce que les hôpitaux furent, au XIXe siècle, des institutions communales.

Les poutres maîtresses du système de santé français se construisent au XXe siècle, mais certaines de leur ébauche sont bien plus anciennes. Ainsi, le corporatisme remonte au Moyen Age et demeure une des caractéristiques majeures de la France

TRÈS CHER SANTÉ

en général et de son système de soins en particulier. Si nos ancêtres firent la Révolution pour abolir les privilèges de la noblesse et ceux des corporations, ils ne réussirent qu'à moitié : les premiers ont disparu, les seconds se sont reconstitués et marquent leur très contemporaine vigueur, même s'ils se déguisent souvent sous l'habit syndical. L'histoire laisse donc des traces jusques et y compris dans l'organisation de la médecine contemporaine.

Chaque système de santé évolue au rythme de l'histoire du pays, de sa démographie, de son économie, de ses valeurs ... mais il se transforme aussi parce que les découvertes scientifiques et techniques le requièrent plus qu'elles ne l'exigent. Elles constituent le facteur le plus indépendant, j'allais dire le moins local, le moins français donc, des transformations profondes du dernier demi-siècle. La dimension scientifique et technique n'est ni idéologique ni institutionnelle. Il n'y a pas de déterminisme technologique : une découverte, aussi importante soit-elle, s'accommode d'organisations multiples, mais pas de n'importe lesquelles. Les applications médicales des découvertes scientifiques et techniques déséquilibrent, dans certaines circonstances, les rapports de force préexistants et peuvent inciter à la création de nouvelles structures et donc de nouvelles formes de division du travail. Chaque fois qu'il passe, le progrès scientifique et technique redistribue les cartes et il lui arrive, mais plus rarement, d'exiger de nouvelles règles du jeu. Quand, dans les années 1930-1940, la médecine curative démontra pour la première fois son efficacité et requit des moyens humains et

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

matériels importants, l'hôpital changea de fonction et, en quelques lustres, ne fut plus seulement la maison des pauvres-malades qu'il était encore jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Il devint à partir de 1958 le lieu de concentration des techniques, des expertises et des savoirs médicaux. Les médecins, en moins de vingt ans, le conquièrent, l'occupèrent et le contrôlèrent alors que, jusque là, ils ne l'avaient considéré que dans la mesure où il leur permettait d'expérimenter et de se former. Aujourd'hui donc, la croissance exponentielle des savoirs et des techniques remet en cause le rôle traditionnel des généralistes, pousse à la création des réseaux de soins, transforme l'organisation hospitalière et soulève des questions éthiques, sociologiques, économiques à la société française qu'elle traite le plus souvent avec... prudence. L'extraordinaire abondance des produits, des techniques et des savoir-faire médicaux nécessitent un nouvel environnement, un nouveau « techno-système ».

Cependant, la technique seule n'explique ni le calendrier, ni la nature des réformes. Ainsi, les systèmes de santé français et québécois diffèrent sensiblement, même si les médecins des deux côtés de l'Atlantique, pour venir en aide à leurs malades, font appel aux mêmes techniques et au même corpus de connaissance. Les « systèmes » sont différents et par « système » nous entendons notamment les modalités de financement, l'organisation des soins, la place de l'hôpital, les relations contractuelles entre l'Assurance maladie, l'Etat, les médecins et les établissements de soins, le partage des tâches

TRÈS CHER SANTÉ

entre les médecins et les professions paramédicales... Les conditions initiales qui président à l'organisation d'un système sont déterminantes pour son devenir. Elles le structurent avec suffisamment de force pour qu'il ne change pas facilement de nature, même si, nous allons le voir, chaque système s'adapte. Par ailleurs, y compris dans ces rares instants fondateurs, une même idéologie peut engendrer des systèmes forts différents.

Mais qu'entend-on par idéologie ? Selon Guy Rocher, c'est « un système d'idées et de jugements, explicite et généralement organisé, qui sert à décrire, expliquer, interpréter ou justifier la situation d'un groupe ou d'une collectivité et qui, s'inspirant largement de valeurs, propose une orientation précise à l'action historique de ce groupe ou de cette collectivité »¹. Pour les marxistes, c'est aussi la représentation de la réalité d'une classe sociale et qu'en général ce terme a une connotation péjorative. Ce ne sera pas le cas ici.

Ainsi, la solidarité à l'égard des personnes malades est une valeur qui se retrouve dans tous les pays occidentaux, y compris aux Etats-Unis. Mais elle se traduit bien différemment dans la pratique des pays qui financent les soins par des mécanismes de solidarité. A un principe, une valeur, une idée - celle de solidarité par exemple - est donc associée, le plus souvent implicitement, sa traduction opérationnelle, comme si elle allait de soi, alors qu'elle compte autant que l'idée même. L'idée et la manière de la mettre en œuvre forment donc un

¹ Guy Rocher, *Introduction à la sociologie générale, Tome 1 : l'Action sociale*, p.127, Seuil, Coll. « Points essais », 1970.

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

tout spécifique à chaque pays, un paradigme socialement et politiquement déterminé. L'idéologie n'est donc pas seulement composée du principe mais aussi de la manière de mettre celui-ci en œuvre.

Par exemple, à chaque époque, dans chaque pays, que les gouvernements soient de droite ou de gauche, l'équité (ou l'égalité)¹ a été une justification importante - tout au moins dans le discours - des mesures prises en matière de politique de santé. Elle habille chaque déclaration. Toutefois, la manière de traduire ce concept varie grandement selon les idéologies politiques et les époques. Ainsi, en France, l'on a d'abord considéré que l'Assurance maladie était effectivement une assurance, c'est-à-dire que la cotisation était la même pour tous, quel que soit le salaire de l'assuré. Le système était donc d'un certain point de vue « équitable » ou « égalitaire ». Puis de constante la cotisation devient, d'abord partiellement, puis totalement proportionnelle au revenu. Les plafonds successifs disparaissent, l'équité, toujours invoquée, prend sa forme actuelle : « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Enfin, avec la création de la CMU, on a considéré

¹ Ces termes ne sont pas des synonymes, l'équité comporte un jugement de valeur, fait référence à une situation juste, alors que l'égalité fait référence à une situation identique. Néanmoins l'on ne sait pas toujours si c'est identité de moyens ou de résultats. Ainsi la CMU offre des avantages différents à ses bénéficiaires, elle est inégalitaire en droit, mais équitable pour tendre vers une égalité d'accès aux soins des plus défavorisés. En France, *de facto*, on a tendance à confondre l'un et l'autre et à privilégier le terme d'égalité même quand il est inapproprié, devise nationale oblige.

TRÈS CHER SANTÉ

qu'il fallait faire un pas de plus et socialiser, pour une partie de la population, le financement des assurances complémentaires. L'argent, a-t-on pensé, ne devait pas être une barrière aux soins des plus démunis, également les plus malades. Tout cela est bien connu mais permet de souligner que, dans chaque cas, on peut évoquer l'équité, voire même l'égalité. Seul le point de vue d'où l'on se place pour juger des modalités et de sa mise en œuvre varie.

Ainsi, la carte sanitaire, puis les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui ont successivement structuré la planification hospitalière française, ont été instaurés au nom de l'égalité. Les débats préparatoires à la loi du 31 décembre 1970 disaient clairement que s'il y avait, à l'époque, suffisamment de lits d'hôpitaux en France, ils étaient inégalement répartis. C'est donc cette répartition qu'il fallait corriger. Cette loi s'est ainsi efforcée de remédier à cet état de fait en instaurant des mécanismes d'autorisation de lits et de certains équipements qualifiés à l'occasion de « lourds ». Pourtant, on ne construira jamais autant de lits d'hôpitaux (50 000 environ) en France que dans les cinq années qui suivront la promulgation de cette loi, et l'on ne réduira guère les inégalités en lits car, si les zones déficitaires bénéficieront de nouveaux équipements, on ne touchera pas aux excédents criants de certains secteurs, notamment ceux de Paris. Plus curieusement, les équipements « lourds » (scanners, IRM ...), tous découverts

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

après la loi de 1970¹ (1975 pour les scanners, 1982 pour les IRM), sont aujourd'hui très inégalement distribués sur le territoire national. En proportion du nombre d'habitants, selon la région, les écarts vont de 1 à 2 pour les IRM et de 1 à 8 pour les scanners en 2001.

Ainsi, peu importe qu'en France trente-huit années de planification sanitaire aient généré de fortes inégalités départementales et régionales. Peu importe que, jusqu'à une date récente, la question de l'installation des médecins libéraux ait été exclue du champ de ce débat. Peu importe que les autorisations d'ouverture des officines pharmaceutiques qui remontent à 1941 n'aient guère modifié l'inégalité de répartition des pharmacies françaises. Ce qui compte ce sont les principes généraux ! Le reste, l'intendance, la réalité n'émeuvent ni l'opposition politique, ni les médias. En France, parler passionnément d'égalité semble suffire. En revanche, dans d'autres pays, en Europe du Nord notamment, on évalue les résultats empiriques de ces politiques et ce sont eux qui, avant les principes, comptent. Il est vrai que les chiffres sont dangereux : ils pourraient conduire les débatteurs à regarder l'objet lui-même et non pas l'idée qu'ils s'en font et, ce faisant, à remettre en cause leurs préconceptions.

Plus troublant encore, car plus fondamental, l'idéologie définit ce qu'est le système, son essence même : la profession médicale a réussi à médicaliser la santé et, avec elle, la société.

¹ Elle l'a été dix-sept fois je crois !

TRÈS CHER SANTÉ

Ainsi la médecine envahit si bien la société que cette invasion parvient à poser la question des frontières de la médecine. Tout se médicalise, jusqu'au moindre incident de la vie. Mais le système a un noyau. La définition de ce noyau est en partie arbitraire et a par essence une composante idéologique. Elle privilégie un point de vue. Aussi toute vision peut être sujette à caution, celle qui va suivre notamment. Elle ne demande qu'à être confrontée.

Il me semble que le système de soins français se structure autour de deux poutres maitresses, deux forces antagonistes, comme celles d'un pont qui ne tient que par l'équilibre entre son tablier et les câbles qui le portent. La première, et cela sera, je pense, peu contestée, est celle de l'Assurance maladie. Celle-ci est née en 1930, dans les entreprises privées, de la volonté d'indemniser les travailleurs malades et de financer leurs dépenses de soins. Il s'agissait donc bien en France, à l'époque, de la « maladie » et de la « médecine » et pas de la « santé ». Au Royaume-Uni en revanche, a été créé plus tard (1948) un « Service National de Santé » [*National Health Service [NHS]*). Les mots sont essentiels et ne doivent rien au hasard : « maladie » (et donc médecine) ici, « santé » là. Le NHS est bien né des dispensaires, de la lutte contre les maladies infectieuses, de leurs déterminants et de leurs vecteurs, de la santé publique donc. Pas notre « Sécu » qui a porté en elle, dès son origine, les notions d'assurance et de salaire différé et est conçue pour verser une indemnité aux travailleurs malades et, accessoirement à l'époque, pour contribuer au financement de leurs soins.

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

La seconde poutre maîtresse du système de soins français est, à notre avis, la médecine dite « libérale¹ » et ses « principes ». Ces principes ont été forgés en 1926 en réaction à une loi de 1925 qui tentait d'instaurer un système universel d'Assurance maladie et des tarifs médicaux « opposables » aux caisses, mais aussi aux médecins. Cette initiative du Parlement déplut à certains membres de la corporation. Ils répondirent à la menace que présentait, pour eux, cette notion en inventant ces principes « qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause »². C'est sur ces principes - liberté de choix, liberté d'honoraires, liberté de prescription, liberté d'installation, paiement à l'acte et non contrôle des pratiques cliniques - que va se créer la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) en 1928. Ce syndicat demeure en 2008 le plus représentatif de la profession et les « principes » n'ont pas changé d'un iota, même si la liberté d'honoraires est contrainte pour une importante proportion de médecins et si beaucoup ne sont plus honorés à l'acte. Mener la même stratégie pendant quatre-vingt ans est remarquable, d'autant que la médecine connaît durant cette période plusieurs révolutions et une bonne quarantaine de ministres !

¹ Ce qualificatif n'est mérité que par la définition que la profession lui donne. Les principes de 1926 ne sont pas « libéraux » au sens économique puisqu'il s'agit d'affirmer un monopole corporatiste, rien de moins économiquement « libéral » donc, ni même au sens politique où ce qualificatif change de bord quand on traverse l'Atlantique plutôt à gauche là-bas et à droite ici.

² Charte de 1927 au moment de la création de la CSMF.

TRÈS CHER SANTÉ

S'il me semble nécessaire d'offrir une place centrale à ces deux composantes c'est parce que les réformes successives du système n'y ont pas touché, comme si, en le faisant, c'était le système lui-même qui pouvait s'écrouler. Certes il y eut quelques petites entailles ici et là, mais les poutres maîtresses tiennent bon et il arrive même qu'en cas de besoin on les renforce. Ainsi, la réforme de 2004, en permettant une certaine liberté tarifaire aux spécialistes consultés hors « parcours de soins »¹, marque une nouvelle victoire de la CSMF.

L'histoire du système de soins français serait donc celle de la recherche d'un équilibre entre le financement socialisé des soins médicaux et la défense des intérêts de la corporation médicale². Certes, ces deux objectifs ne sont pas systématiquement antagonistes, car les intérêts de la corporation ne sont pas exclusivement financiers. Mais ils prévalent toujours, c'est-à-dire que l'on n'y touche pas même quand, modestement, de nouvelles voies semblent pouvoir être empruntées. Ainsi, pour se limiter à ce seul exemple, quand apparaît en France une tentative timide de rémunérer certains médecins au forfait et non à l'acte, comme ce fut le cas des médecins « référents », la CSMF n'a de cesse que cette modeste exception au principe du

¹ Les patients se sont adressés directement à ce spécialiste sans être passés par leur médecin « traitant ».

² La profession médicale n'est, bien entendu, pas la seule à défendre ses intérêts, les professeurs d'université n'ont dans leur domaine rien à leur envier !

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

paiement à l'acte disparaisse. Elle y parvient à l'occasion de la réforme de 2004.

Le corporatisme médical libéral n'est pas le seul à structurer le système de santé. Il existe aussi un important syndicalo-corporatisme dans les établissements de soins dont l'aboutissement fut, en 1985, le vote de la fonction publique hospitalière. On notera également la présence d'un corporato-syndicalisme des médecins hospitaliers, comme des directeurs d'hôpitaux et un corporatisme en devenir des infirmières - peu syndiquées - mais qui mènent depuis un quart de siècle une stratégie victorieuse de progressive reconnaissance professionnelle. Dans ces derniers cas, le syndicat est l'outil de la défense des intérêts d'une corporation. L'appartenance syndicale peut être éparpillée (médecins hospitaliers), limitée à trois syndicats (directeur d'hôpitaux) ou faible (infirmière). Elle n'est que la forme sous laquelle s'exprime la stratégie de la corporation concernée. Ces forces structurent aussi et donc contraignent à leur tour l'évolution du système. Mais elles n'en sont pas les poutres maîtresses et pourraient être, dans certaines circonstances, remplacées.

Tout système social, fruit de l'histoire, peut être à la fois, stable dans ses grands principes et son architecture, et instable dans certaines de ses composantes d'autant que c'est cette instabilité apparente qui permet la cohabitation de principes antagonistes. Ainsi le système français d'Assurance maladie tolère-t-il un déséquilibre financier persistant, en dépit de ressources toujours croissantes, sans que cela ne semble

TRÈS CHER SANTÉ

affecter ni son fonctionnement ni l'image qu'en a l'opinion. Ce qui émeut à l'étranger est ici considéré, soit comme une fatalité soit, comme un bienfait. Les Allemands n'ont-ils pas réuni, en 2002, majorité et opposition, pour combler un déficit de 3 milliards d'euros ? Cet effort sera couronné de succès. Les Allemands n'ont pas de dette sociale. Rien de tel en France où la dette s'accumule. Il existe même des thuriféraires de la croissance incontrôlée des dépenses de soins, au nom de l'analyse du passé (il en a été, il en sera donc toujours ainsi) et d'intérêts syndicaux, corporatistes ou industriels. Cela fait beaucoup de monde. Il ne faut jamais oublier qu'un euro de dépense de l'Assurance maladie est aussi un euro de recette pour un médecin ou une infirmière, un pharmacien, un ambulancier

A un instant donné, un déséquilibre persistant, une injustice criante, une inadaptation manifeste peuvent permettre de prendre conscience de la nécessité de réformer. Toutefois, la conscience partagée par la majorité au pouvoir et un soutien de l'opinion ne suffisent pas. Entre la conviction et la réforme, il y a l'agenda politique, la croissance économique, les fluctuations de l'opinion, le point de vue visible ou plus dissimulé des lobbies... Et ceci à chaque étape, car un tel processus se déroule sur plusieurs mois, sinon années. Toute la politique donc. Les recherches qui portent sur l'évaluation des politiques publiques montrent en outre que tous les problèmes qui devraient être traités ne le sont pas. Que, quand ils prétendent

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

l'être, les décideurs politiques en abordent souvent d'autres¹, plus faciles à résoudre, pour éviter celui qui est sous le feu des projecteurs. Et quand, enfin, la réforme passe au Parlement, l'idée centrale peut être trahie par la lettre de la loi ou par ses décrets d'application. L'administration des Finances est notamment passée maîtresse dans la distorsion des textes, que le Parlement a eu l'outrecuidance de voter, sans son accord.

L'objet de ce chapitre n'est pas de se lancer dans l'évaluation systématique des réformes dans le domaine de la santé mais d'en tracer en quelques mots l'objet et la filiation intellectuelle.

Si l'on remonte aussi loin que 1958, année des ordonnances Debré - le professeur Robert Debré, grand pédiatre, et père du Premier ministre de l'époque - créant les CHU et que l'on considère d'abord la maladie, son financement et sa prise en charge, il y a plus de continuité que de rupture durant ce demi-siècle, même s'il y eut dans sa seconde moitié plusieurs alternances entre la droite et la gauche parlementaires. A un seul moment, en 1996, les ordonnances dites « Juppé » tenteront une réforme globale du système touchant à la fois l'équilibre financier et la production de soins. Pour le reste, il s'agira d'ajustements, d'abord de la situation financière de l'Assurance maladie, puis de la démographie médicale, voire

¹ Ainsi le gouvernement de Jacques Chaban-Delmas était convaincu que la France avait (déjà) trop de communes, dix fois plus que l'Allemagne. Il fut cependant incapable d'imposer des fusions et présenta au Parlement une loi qui rendait plus facile leurs éventuels regroupements. Elle fut diversement appliquée et sans réel effet structurant.

TRÈS CHER SANTÉ

du statut des hôpitaux. La politique de « santé » (toujours au sens de l'Assurance maladie) va donc être une politique de réaction plus que d'action. Et il en sera également ainsi de la politique de santé, au sens de la santé publique cette fois. Même si dans ce dernier cas l'Etat, en réponse aux crises et notamment celle concernant l'affaire du sang contaminé, va devoir s'engager dans de nouveaux domaines. Il y aura donc une rupture, aucunement choisie, mais imposée. Ce n'est pas que la santé publique fut absente des préoccupations gouvernementales et administratives jusqu'au début des années 1980, mais elle restait marquée par les concepts de la fin du XIX^e ou du début du XX^e siècle : vaccination, qualité de l'eau, de l'air, installations classées, dépistage, protection maternelle et infantile...

La continuité du financement et de l'organisation des soins médicaux

Une solidarité croissante

Si les fondateurs de la Sécurité sociale de 1945 ne réussirent pas à créer, comme ils en avaient la volonté, un système d'Assurance maladie universelle et si donc, à l'origine, celle-ci fut limitée aux travailleurs salariés, toute l'histoire de la Sécurité sociale jusqu'en l'an 2000 consiste à rattraper ce qui fut vite considéré comme une erreur. En même temps que le champ de la couverture s'accroissait, il en était de même du taux de remboursement des dépenses de soins par cette même assurance maladie. Celui-ci est ainsi passé de 51 % en 1950 à

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

77 % en 2005 alors que la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB croissait très fortement, passant de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2005. Les mécanismes de financement solidaires ont accompagné ces fortes croissances en volume et en valeur, mais leur champ respectif s'est accru. Une réelle solidarité s'est donc étendue, développée et enracinée en France. Le consensus traverse, dans ce domaine, les partis de gouvernement. Jusqu'à présent, si l'on en juge par les faits plus que par les déclarations, la gauche et la droite n'ont guère agi différemment et cela perdure. Ainsi, au cours du débat télévisé précédant le second tour des élections présidentielles de 2007, Nicolas Sarkozy et Ségolène Royal insistèrent l'un et l'autre sur la nécessité d'offrir de nouveaux moyens aux hôpitaux, dans un touchant assaut de générosité à crédit.

A la recherche de nouveaux financements

Mais il faut avoir les moyens de ses sentiments. La France se distingue des autres pays de l'OCDE par le fait qu'elle considère l'aspect économique de sa politique médicale sous l'angle quasi exclusif de la recherche de recettes nouvelles. En effet, la question du bien-fondé des dépenses est au sens propre un tabou pour le corps médical et, en dehors d'un cercle restreint d'experts, les termes d'« efficacité » ou d'« efficacité » sont soit incompris, soit tenus pour obscènes. Peut-on parler d'argent quand il s'agit de santé ? Les professionnels considèrent que l'argent leur est dû. Ne répondent-ils pas aux « besoins » - par eux-mêmes définis - de leurs malades ?

TRÈS CHER SANTÉ

La population acquiesce. La générosité devance toujours les moyens et est, tout au moins provisoirement, à crédit. Pour s'efforcer de tenir parole, les uns attendent la croissance, d'autres espèrent la reprise de l'emploi, quelques nostalgiques du passé évoquent les dettes de l'Etat à l'égard de l'Assurance maladie et les plus courageux lèvent l'impôt tout en s'efforçant, tant bien que mal, de limiter la croissance des tarifs, des ouvertures de poste et l'inflation des actes ou des prescriptions médicamenteuses.

Pour ce qui est des recettes, les spécialistes les plus âgés se souviennent encore de l'époque bénie des « Trente Glorieuses », d'avant le choc pétrolier, quand il n'était pas encore question de Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), quand la croissance et l'inflation permettaient de décider à quelques-uns dans les salons de l'hôtel Matignon, au cabinet du Premier ministre, l'augmentation des points de cotisation salariale et patronale de la Sécurité sociale. La croissance était forte, le chômage faible, la structure de la pyramide des âges favorable. Non seulement le revenu des ménages augmentait mais il était encore possible de financer la croissance des dépenses de Sécurité sociale de manière indolore. Puis vint le choc pétrolier, le ralentissement de la croissance, la montée du chômage, l'accélération des dépenses sociales, la baisse concomitante des recettes et la recherche de nouvelles sources de financement. Une première marge de manœuvre fut trouvée dans le déplafonnement progressif des cotisations sociales, accompagné, dès la fin des années 1970, d'un début de contrôle des dépenses. Malheureusement ce fut

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

aussi l'époque de la première dissociation, majeure et malencontreuse, entre les dépenses de soins et les remboursements de l'Assurance maladie, celle de la création en 1980 du secteur à honoraires libres.

Durant toute cette période, les hauts fonctionnaires des ministères des Affaires sociales, de la Santé et du Budget ajouteront les recettes de poche et taxeront tout ce qui pourra l'être. Cependant, l'essentiel des recettes provenait toujours des cotisations sociales, pesait sur les salaires et donc sur l'emploi. Il fallait tenter de trouver une base fiscale autre que les seuls salaires, et qui rapporte autant sinon plus. Car, ne l'oublions jamais, les sommes en jeu sont considérables. La solution, celle qui a permis de continuer à financer l'Assurance maladie en période de faible croissance et de fort chômage, est due à Michel Rocard. Premier ministre, il crée la Cotisation sociale généralisée (CSG) qui élargit l'assiette des cotisations sociales en taxant tous les revenus et notamment ceux des retraites et du capital. Ses successeurs s'en sont abondamment servis. Puis, à la CSG se sont ajoutées, au nom de la santé publique, d'autres recettes significatives à savoir les taxes sur l'alcool et surtout le tabac. Enfin, il y eut quelques impôts spécifiques touchant l'industrie pharmaceutique - notamment ceux qui portent sur la publicité des laboratoires - et, plus récemment la taxation des assureurs complémentaires (mutuelles et compagnies d'assurance).

Si la part des cotisations salariales dans les recettes de la Sécurité sociale passe de 80 % en 1980 à environ 65 % aujourd'hui, la baisse est plus spectaculaire pour l'Assurance

TRÈS CHER SANTÉ

maladie: les cotisations sociales qui représentaient 93 % de ses ressources en 1980, sont descendues à 50 % en 2007. La CSG, dont 74 % des recettes proviennent des salaires (donc pour 26 % d'autres revenus), contribue à hauteur d'un tiers au financement de l'Assurance maladie.

Enfin, il fallait trouver la taxe idéale, celle qui n'aurait pas d'opposant : Edouard Balladur en fut l'inventeur. On lui doit d'avoir découvert comment imposer ceux qui n'ont pas encore voix au chapitre, ceux qui travailleront demain et donc, notamment les adolescents d'aujourd'hui, les enfants déjà nés et ceux à naître. La CADES permet cette prouesse. Cette caisse cantonne les déficits sociaux, puis emprunte sur le marché mondial et les générations futures remboursent chaque année la dette de leurs prédécesseurs. Une partie significative des déficits de la Sécurité sociale en générale et de l'Assurance maladie en particulier ont été ainsi transférés depuis 1993. Mais cette technique a surtout été utilisée dans les années récentes : en 2005, 50 milliards d'euros ont été ainsi transférés. L'opération se reproduit en 2008 pour un montant de l'ordre de 30 milliards, c'est-à-dire la moitié des recettes annuelles de l'impôt sur le revenu ! La tolérance des Français est remarquable. Il est cependant curieux, et de mon point de vue condamnable, de rompre la solidarité avec les générations futures au nom d'un renforcement de la solidarité actuelle ! Mais c'est bien le choix d'aujourd'hui.

L'art de l'habillage, des dissimulations, du non-dit surpasse ici ce qui se produit dans d'autres secteurs de l'économie. Il est vrai que l'Etat gère, si j'ose dire. Gouvernement après

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

gouvernement, seul le montant de ce déficit semble compter dans la communication politique. Les ministres de la Santé oublient toujours l'effort fiscal supplémentaire demandé par eux-mêmes ou leur immédiat prédécesseur aux ménages et aux entreprises. Le calcul d'un déficit à fiscalité et taux de prise en charge constants serait le seul honnête, le seul capable de mesurer le chemin parcouru compte tenu de l'effort demandé. Mais, nous l'avons dit, les chiffres ne sont pas publiés. Pour la période 2005-2007, il serait de l'ordre de 16 milliards d'euros.

Quarante années d'observation auraient dû me rendre insensible, comme la très grande majorité des Français, à ces tours de passe-passe. Comme la baguette de pain, le « trou de la Sécu » n'est-il pas devenu une marque de l'identité française ? Les dépenses sociales ne cessent de croître. Elles représentent 30% du PIB. En moyenne un Français travaille toutes les années de sa vie jusqu'au 19 avril pour payer ses cotisations sociales, et tout le mois de janvier pour la seule Assurance maladie. Mais la population l'accepte. Si le départ à l'étranger de quelques grandes fortunes marquent une première rupture de solidarité, cette rupture est fiscale pas encore sociale.

La France à l'écart

Il peut paraître curieux de marquer l'idéologie française par une absence. Mais elle est de taille quand on a l'œil rivé sur la politique de santé des pays occidentaux. En effet, en France, les partis de la droite parlementaire n'ont jamais repris à leur compte les idées qui circulaient en Europe et en Amérique du

TRÈS CHER SANTÉ

Nord et qui occupaient l'essentiel de l'espace politique, à savoir l'instauration de mécanismes de concurrence. *Managed competition* (gestion compétitive) et *managed care* (gestion des soins) en étaient les maître-mots. Il fallait créer de la concurrence partout, et notamment dans le financement des dépenses de soins. A l'instar des HMO (*Health Maintenance Organizations*) américains, entités indépendantes, à la fois système d'assurance et réseau de soins, il allait être possible, nous disait-on, de trouver enfin un système efficace et équilibré. Claude Bébéar, homme d'influence et, à l'époque, président d'AXA, essaya certes de lancer une telle idée en France. Il se saisit de l'ouverture juridique permise par une des ordonnances de 1996 qui permettait la création de réseaux de soins, analogues aux HMO. L'idée ne trouva de relais politiques que dans la personne d'Alain Madelin. Mais son aspect technique ne fut pas sérieusement envisagé et, notamment, personne ne tenta d'élaborer les conditions juridiques et financières fort complexes qui auraient permis une telle concurrence.

Il se trouve que le chemin de traverse que prit la France en était, semble-t-il, le bon. La concurrence par le financement, non seulement ne produit pas l'effet escompté, mais semble avoir les conséquences inverses : elle produit de l'inflation. Quant à la concurrence entre producteurs de soins, il se trouve que c'est en France, avec les Etats-Unis, où elle est la plus forte, du fait notamment de l'importance de l'hospitalisation privée, même si cette concurrence ne s'exerce pas par les prix mais par la réputation. Les Français ont - mais on devrait peut-

SOLIDARITÉ *VERSUS* LIBERTÉ

être dire *avaient* - le choix de leur médecin et de leur établissement.

Au cours du dernier siècle, il n'y a pas eu en France de tentatives comparables à celles de Margaret Thatcher ou aux profondes réformes du Canada, de l'Italie, de l'Espagne ou des Pays-Bas. La gauche en 1981 ne comptait que trois propositions concernant la santé : la suppression du Conseil de l'ordre des médecins, celle du secteur privé à l'hôpital public et du secteur 2. Elle n'en a réalisé aucune, mais géré l'hôpital, objet de plusieurs réformes, notamment celle de 1991, en laissant inchangée l'organisation de la médecine libérale dont elle avait héritée. Sur une toile de fond qui fut celle de l'accroissement de la solidarité, la plupart des ministres de la Santé, ne voulant pas se heurter à la profession médicale, ont laissé croire que la croissance des dépenses de santé était une fatalité. Effectivement, comme nous l'avons montré, la deuxième loi (une loi pour rire) de l'économie de la santé, vérifiée empiriquement, montre qu'il n'est pas possible de contrôler les dépenses de santé quand un ministre n'y croit pas¹.

Voilà pour le présent et le passé, mais de quoi sera fait l'avenir ? Comment va réagir la génération au pouvoir en 2015 quand elle constatera la charge qui pèse sur ses épaules. Fera-t-elle payer ceux qui l'ont conduite à cette situation : les jeunes

¹ Jean de Kervasdoué, Rémi Pellet, *Le carnet de santé de la France en 2002*, Economica – FNMF, Paris 2002.

TRÈS CHER SANTÉ

retraités solvables détenteurs de capital ? La solidarité deviendra-t-elle, à nouveau, une solidarité, sous condition de ressources ? C'est vraisemblable. Je ne vois pas en effet de possibilité d'accroître encore sensiblement le champ de la solidarité en France, sauf si s'instaurait enfin une rigueur absente des discours et des consciences. Pour qu'elle soit comprise et acceptée par le public, il faudrait qu'il sache qu'il n'y a pas de fatalité et que d'autres pays font mieux avec beaucoup moins d'argent (Japon) ; il faudrait qu'il tolère un débat sur l'efficacité des dépenses publiques et pas aussi accessoirement que cela une discussion sur le revenu des médecins, loin d'être en Europe les mieux rémunérés. Cela supposerait que les uns ne se cachent pas derrière l'intérêt du malade ou la qualité de soins (qu'ils ne mesurent le plus souvent pas) et que les autres comprennent les contraintes très particulières de ce métier épuisant et noble pour lequel est en train de s'organiser un marché mondial. Enfin, il y a eu, durant toute cette période, et surtout depuis 1990, une étatisation et une bureaucratisation grandissante du système de soins.

L'alliance de la bureaucratie et du corporatisme

Pour comprendre un système de santé, il suffit d'en observer simultanément les modalités de financement, les relations entre les financeurs et les soignants et, enfin, la nature de la propriété des hôpitaux, des cabinets médicaux et des pharmacies. En France, le financement est pour l'essentiel public, les relations entre les financeurs et les producteurs de soins sont, en principe, contractuelles, quant à la gestion des services de santé elle est publique pour les hôpitaux, privée pour les cliniques et « libérale » pour les professions de santé.

Depuis 1993, l'Etat, par la CSG et les taxes diverses, a accru sa part dans le financement des dépenses de soins. Et, si la nature des gestionnaires des services de santé est demeurée inchangée, en revanche l'Etat s'est immiscé dans les relations entre les financeurs et les producteurs de soins (hôpitaux, médecins), réduisant l'Assurance maladie à la portion congrue. Le système s'est donc étatisé, sous les gouvernements de droite, comme de gauche.

TRÈS CHER SANTÉ

La mainmise de l'Etat

En un quart de siècle, la région s'est substituée au département pour l'organisation et la tutelle des soins médicaux. L'Etat a créé de très nombreuses « agences » et « autorités » indépendantes pour réglementer tous les secteurs qui, de près ou de loin, touchent à la santé : la médecine (médecins, autres professions de santé, établissements de soins publics et privés, pharmacies et médicaments, autres biens médicaux, Assurance maladie obligatoire et complémentaire...) certes, mais aussi le travail, l'alimentation et aujourd'hui « l'environnement », terme suffisamment vague pour permettre de se saisir de tout. Cette mainmise se traduit par une incontinence juridique, un chiffre suffit à l'illustrer : en à peine dix-huit mois, entre juillet 2005 et décembre 2007, plus de deux millions de signes se sont ajoutés au droit de la santé et de la solidarité qui sont ainsi passés de 14 à 16 millions ! Qui les a lus ? Qui les connaît ?

De son côté, l'Union européenne contribue à cette tentaculaire « réglementationite ». Comme tout, de près ou de loin, touche à la santé, l'UE trouve là sa légitimité de bâtir une réglementation toujours plus précise, toujours plus coûteuse, mais pas nécessairement toujours plus fondée. Le projet REACH (« *Registration, Evaluation and Authorization of Chemicals* » (Enregistrement, évaluation et autorisation des produits chimiques) demande ainsi aux industriels de démon-

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

trer que 30 000 substances chimiques sont « sûres »¹ ! L'environnement, l'alimentation sont aujourd'hui de compétence européenne, au nom de la santé publique, et quand cela ne suffit pas, l'Europe peut intervenir au nom de la protection du consommateur. Elle le fait pour les biens et produits médicaux, mais les règles de la concurrence s'appliquent aussi aux assurances complémentaires « maladie ». Ces règles ont ainsi été à l'origine de la transformation du Code français de la mutualité. Ce sera également au nom de la concurrence que la France devra modifier ses règles de contrôle, par les biologistes, de leur laboratoire. Ils vont être contraints d'ouvrir leur capital. Les pharmaciens redoutent également qu'un tel sort leur soit réservé.

Mais, en fait de concurrence, c'est plutôt d'étatisation croissante dont il faut parler pour décrire cette période. Cette étatisation est particulièrement manifeste, nous l'avons vu, dans le secteur hospitalier. L'Etat non seulement ne fait pas confiance aux acteurs de terrain, mais s'efforce d'entrer dans le plus infime détail de la gestion, hospitalière notamment. Toute activité est étroitement contrôlée. Si la philosophie de la carte sanitaire, instaurée par la loi du 31 décembre 1970, était encore relativement libérale, au sens où tout ce qui n'était pas interdit était autorisé, aujourd'hui tout est interdit, sauf ce qui est

¹ On peut se demander ce qui sera fait quand on découvrira que l'eau de Javel, à certaines doses est dangereuse pour la santé ou quand, faute d'insecticides, le chikungunya et, pourquoi pas, la malaria se développeront dans le midi de la France.

TRÈS CHER SANTÉ

explicitement autorisé. Les hospitaliers disposaient encore, jusqu'aux Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), d'une liberté d'activité à l'intérieur de « disciplines » (médecine, chirurgie, obstétrique) somme toute assez large. Non seulement chaque activité médicale est aujourd'hui soumise à autorisation, mais son volume, et plus seulement sa nature, est contrôlé.

La droite française n'est pas libérale. La création, par les ordonnances Juppé de 1996, d'Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) a donné aux directeurs de ces agences, et donc à l'Etat, des pouvoirs considérables. Ils n'ont pas organisé de concurrence entre établissements mais bâti, au nom d'une « complémentarité » entre public et privé, des monopoles locaux, à l'exception des grandes villes. De plus, par l'intermédiaire de « contrats »¹, les directeurs d'agence négocient le « fermage » des établissements privés (tarifs et activités). Quant aux hôpitaux publics la tarification à l'activité (T2A) devait desserrer le carcan budgétaire, mais les tarifs sont bas et les établissements ont besoin du financement des « missions d'intérêt général » pour équilibrer leurs comptes et demeurent tout aussi dépendants de la tutelle.

Le pouvoir central gère les statuts des agents hospitaliers, nomme les directeurs d'établissement et les médecins. C'est donc à l'échelon national que se passent les négociations syndicales et, quand elles deviennent sérieuses, les directeurs

¹ Ils n'en ont que l'appellation, en effet les établissements sont *de facto* contraints de les signer.

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

donnent facilement aux protestataires l'adresse du ministère. N'ayant pas de pouvoir sur les indices ou la valeur du point, les établissements disposent d'une marge de manœuvre limitée. Toutefois, cette liberté partielle peut, à terme, avoir un effet structurant. Les directeurs d'hôpitaux sont, et c'est normal, maîtres de l'organisation du travail et donc, par exemple, des chevauchements entre équipes, de l'inclusion des repas sur le temps de travail ou du temps d'habillage et de déshabillage des agents. Ces sujets peuvent paraître mineurs, mais les conséquences financières se chiffrent en milliards d'euros. La durée de leur présence pour passer à l'échelon est également laissée à leur jugement. Ainsi, certains établissements ont choisi d'appliquer systématiquement la durée minimum. Les recrutements enfin peuvent être choisis pour plaire aux syndicats et se font, plus qu'à l'étranger, dans les types d'emplois où ceux-ci recrutent et notamment le personnel administratif et ouvrier.

Néanmoins, il semblerait que ce système convienne à tous ses acteurs. Il ne m'a pas semblé lire, depuis deux décennies au moins, une proposition significative de réforme venue du terrain. Si les acteurs se satisfont de cette situation, c'est peut-être parce qu'il y a toujours un autre échelon qui partage la responsabilité et que les excuses pour ne pas agir sont innombrables. Ainsi, si un chef de service transmet une demande au directeur de l'établissement, celui-ci peut invoquer, pour justifier son impuissance, les faibles moyens donnés par l'ARH. Le directeur de celle-ci peut s'arbitrer à son tour derrière les délégations et instructions du ministère. Le

TRÈS CHER SANTÉ

ministre de la Santé lui-même est capable d'arguer que les décisions statutaires et financières dépendent du gouvernement et que celui-ci est contraint par le vote du Parlement... Devant un tel « mille-feuille » de responsabilités, pas toujours aussi hiérarchiques qu'il n'y paraît, les acteurs savent que, pour être apprécié, il n'est pas nécessaire d'agir, mais qu'il est important de ne pas être pris en faute.

L'idéologie du système est fondamentalement administrative (l'application des textes prime sur la recherche d'un objectif commun), et politique (la paix sociale est plus importante que l'équilibre des comptes). C'est la raison pour laquelle il m'a toujours paru dangereux d'assouplir les recettes - et c'est ce que fait la T2A - sans donner aux directions des établissements hospitaliers une plus grande autonomie, une plus grande liberté de gérer et donc une plus grande responsabilité. L'équilibre, très onéreux pour l'Assurance maladie, entre les pouvoirs locaux, les syndicats, le corps médical et le gouvernement devrait être rompu quand la T2A fera sentir ses pleins effets (2012). Le pouvoir central ne devrait plus alors pouvoir se contenter de jeter de l'argent aux problèmes. Toutefois, ce n'est pas certain. La presse défend le plus souvent les revendications hospitalières, sans en examiner le bien-fondé. Les maires ne valorisent pas les bons gestionnaires, mais l'emploi dans leur commune et ils « montent à Paris » - autrement dit interviennent auprès du ministre - pour régler « les problèmes politiques épineux » de leur circonscription, même quand ces « problèmes » proviennent d'un déficit aussi important qu'injustifié.

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

Signalons en outre l'absence de toute velléité de décentralisation. Aucun parti politique n'a imaginé donner un pouvoir réel aux collectivités territoriales dans le domaine des soins médicaux. (C'est pourtant le cas dans plusieurs pays, comme en Suède, où les élus locaux votent l'essentiel de l'impôt « santé »). L'inverse se produit même en France. Dans les secteurs de la dépendance et du handicap où les élus locaux ont une réelle compétence, les associations de patients demandent, au nom de l'équité, une recentralisation. Il est vrai que dans ces deux domaines les inégalités sont criantes.

A la légitimité politique des élus, à la légitimité économique des partenaires sociaux et des assureurs complémentaires, s'ajoute aujourd'hui une quatrième source de légitimité : celle des usagers. Les associations d'usagers sont ainsi représentées dans de nombreuses instances, et notamment dans les conseils d'administration des hôpitaux publics. Leur légitimité ne m'a jamais paru claire, sauf quand les patients étaient atteints de maladies chroniques (diabète, maladie mentale, handicap...). Je me méfie en effet, pour avoir été moi-même atteint plusieurs mois, des personnes qui se définissent prioritairement par leur maladie ou leur handicap. Mais là n'est pas l'essentiel, l'essentiel est que l'Etat ne veut pas partager pas le pouvoir. Il ne laisse à aucun autre la responsabilité de l'exercer mais tolère des contre-pouvoirs. Plus les contre-pouvoirs sont nombreux, plus il est libre.

La défense de la corporation médicale

On aurait pu penser qu'une croissance considérable du nombre de médecins allait fragiliser la profession. Il n'en a rien été. Le revenu de la profession médicale a depuis 1980 augmenté plus vite (généralistes), et parfois beaucoup plus vite (spécialistes, médecins hospitaliers), que celui de la moyenne des Français. Plus remarquable encore, la profession a négocié en à peine quelques années des modalités de départ à la retraite au nom du grand nombre de leurs confrères, puis a clamé la pénurie, avec des médecins plus nombreux encore, mais peu importe. L'opinion ne s'est pas émue de ce retournement dans l'interprétation des mêmes statistiques démographiques, mais s'inquiète des difficultés annoncées. La réalité ne compte pas, leur crédit est si considérable ! Ainsi, ce n'est pas un hasard si la majorité des réformes marquantes du système de soins ont été faites par ordonnance (1958, 1996, 2004) : l'Etat craint la profession médicale et n'ose pas l'affronter, même mollement, au Parlement où elle a des relais. Il le fit une fois, toujours la même, en 1996, quand les ordonnances Juppé tentèrent de mettre en place des mécanismes d'ajustement automatique des honoraires médicaux, afin que les crédits engagés par l'Assurance maladie demeurent conformes à ceux votés par le Parlement. Le Premier ministre de l'époque avait compris que, si l'on dissocie les remboursements de l'Assurance maladie des dépenses de soins, des mécanismes inégalitaires et inflationnistes s'enclenchent. Non seulement les patients les moins riches n'ont plus accès à certains types d'expertise, mais

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

encore l'ajustement des revenus (qui ainsi s'envolent) se fait par le haut. Si donc - prévoyaient ces ordonnances - les prescriptions et les actes augmentent en volume, il conviendrait de revoir les tarifs à la baisse. Immédiatement les représentants de la profession parlèrent de « rationnement » des soins, de maîtrise « comptable » et laissèrent entendre que, si le niveau des dépenses prévues était atteint, par exemple à la fin du mois de novembre, les Français ne seraient plus soignés en décembre et eux partiraient en vacances. Le gouvernement lâcha prise et, de surcroît, perdit les élections qui suivirent de peu cette tentative. Les médecins laissèrent entendre qu'ils y étaient pour quelque chose. La droite retint la leçon et se montra très coopérative quand elle revint au pouvoir en 2002.

Outre-Rhin la profession médicale cogère le système d'Assurance maladie. Les honoraires des patients sont versés à une caisse collective des médecins qui redistribue, ensuite, à chacun sa part. Des mécanismes de « lettres clés flottantes »¹ sont donc envisageables, pas en France. La profession médicale y exerce un corporatisme de protestation et non de participation. Elle bloque ainsi toutes les initiatives nouvelles,

¹ Les actes médicaux étaient cotés en « C » pour les consultations, en « B » pour la biologie, en « Z » pour la radiologie ..., c'est ce que l'on appelait des lettres-clés. La valeur du B, du C et du Z était négociée chaque année. Elle était fixe, même si le nombre d'actes avait beaucoup augmenté. L'idée des lettres clés flottantes, une des idées du plan Juppé, était de faire baisser la valeur de cette lettre-clé si le volume des actes – et donc le revenu des médecins – augmentait plus rapidement que ce qui avait été prévu.

TRÈS CHER SANTÉ

surtout quand elles viennent de la minorité progressiste de la profession.

La règle pour le paiement des médecins généralistes dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord est le forfait par patient, la « capitation ». C'est un forfait annuel qui couvre l'essentiel de la prise en charge des personnes inscrites sur la liste du médecin qu'elles ont choisi. C'est ce qu'a voulu, très timidement, mettre en place le gouvernement Jospin, à la demande du syndicat des généralistes : MG-France. Il reçut un écho favorable auprès d'une minorité sensible de patients (plus d'un million) et de médecins. Le paiement à l'acte n'était pas menacé. C'était juste une possibilité nouvelle qui était offerte aux patients et aux médecins volontaires. La CSMF n'eut de cesse que d'effacer cet exemple, qui montrait que l'on pouvait pratiquer de la bonne médecine « libérale » sans paiement exclusif à l'acte. Le changement de majorité parlementaire en 2002 l'a permis. Le médecin traitant a disparu. Il est remplacé par le médecin « référent » payé à l'acte. En outre, quand un patient s'adresse directement à un spécialiste, quand il est « hors parcours de soins », ces spécialistes disposent d'une nouvelle liberté tarifaire. Coup double ! Le pilier de la médecine libérale est solide.

Les médecins hospitaliers ont aussi des talents de négociateurs. Quelques chiffres suffiront à le démontrer. Entre 1980 et 2000, le revenu moyen des Français est passé de l'indice 100 à l'indice 109 pour les fonctionnaires, 111 pour les employés du secteur privé, 135 pour les spécialistes libéraux, mais 165 pour les médecins hospitaliers. Depuis l'année 2000, ils ont en outre

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

bénéficié de nouvelles augmentations de salaires, et surtout de règles très favorables portant sur la durée du travail.

Jusqu'où doit aller la liberté clinique ?

Si l'évaluation des techniques médicales en général et des médicaments en particulier a fait en France de réels progrès au cours des vingt-cinq dernières années, si la Haute autorité de santé (HAS) publie des référentiels des pratiques cliniques se basant sur les meilleures et les plus récentes recherches médicales, malheureusement - comme en matière d'équité - les principes semblent suffire. Nous avons vu effet que la nature des soins prodigués pour un même cas clinique par des médecins français variait de manière inexplicable. Nous avons, après d'autres, démontré, que pour des cas semble-t-il comparables - le taux d'intervention, leur nature, les prescriptions, les examens complémentaires -, le nombre de fois où, en moyenne un médecin revoit ses malades oscillait le plus souvent de 1 à 3 mais parfois de 1 à 9. Or il s'agissait de moyenne par département. De même, les travaux des médecins conseils démontrent à leur tour que, pour chaque thème qu'ils approfondissent, qu'il s'agisse de la prise en charge des diabètes ou du recours à la chirurgie ambulatoire, les médecins français sont loin de se comporter de manière identique et encore plus loin de suivre ces fameux référentiels ! Pourtant, il n'y a ni sanctions, ni réelles pénalités. Les médecins de l'Assurance maladie ne disposent, en effet, que de deux armes pour tenter de modifier le comportement de leurs confrères : le pistolet à eau (« Ce n'est pas bien ce que vous faites ») ou

TRÈS CHER SANTÉ

l'arme nucléaire (le déconventionnement). L'une est sans effet, l'autre (presque) jamais utilisée. Il n'y a pas que des centaines de millions d'euros en jeu - et donc des centaines de milliers d'heures de travail pour payer ces cotisations - mais aussi des personnes mal soignées, ce qui met leur santé et parfois leur vie en jeu. Mais, depuis 1927, la profession a obtenu avec succès de ne jamais être contrôlée, sauf sur la forme : la nomenclature des actes ou l'utilisation du bon imprimé.

De son côté l'Assurance maladie pense contrôler quelque chose en fixant (pour les médecins conventionnés au secteur 1) des tarifs, alors qu'elle ne contrôle ni le volume de leurs actes (le nombre de fois où un médecin fait revenir son patient ou le nombre d'examen complémentaires prescrits pour élaborer un diagnostic), ni le contenu de la consultation, ni la nature des actes diagnostics prescrits (échographie, électrocardiogramme d'effort...). « Maîtrise médicalisée » n'a jamais voulu dire contrôle des pratiques médicales, mais contrôle des patients (notamment pour les arrêts maladie) ou incitation à mieux prescrire, mais incitation sans sanction notamment pour la prescription de génériques.

*Comment capter les mouvements sociaux
et s'appuyer sur les peurs collectives ?*

On aurait pu imaginer que de grands mouvements sociaux bouleverseraient cet équilibre bureaucratique-corporatiste. Ainsi, contre l'opinion active et militante du Conseil national de l'ordre des médecins, le mouvement féministe a obtenu, grâce à Simone Weil, au président Giscard d'Estaing et à

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

l'opposition parlementaire de l'époque, la légalisation des interruptions volontaires de grossesse. Se souvenant cette bataille, le candidat Mitterrand retint, dans ses 110 propositions, la suppression de cet ordre. Il survivra. Et la médecine de la femme se développera, cette fois là, avec son soutien. N'est-ce pas un nouveau marché ? De même certaines maladies, à juste titre redoutées, sont saisies comme occasion pour obtenir de nouveaux moyens. Au cours de son dernier quinquennat, le président Chirac n'a eu de cesse que de développer en France la recherche sur le cancer et de favoriser la prise en charge des malades atteints de cette maladie. L'Institut national du cancer (INCA), doté de moyens importants, a ainsi été créé en 2005. Une politique identique avait été menée dès 1971 par le président Nixon. Nixon estimait que si on pouvait envoyer un homme sur la Lune, il devait être possible de vaincre le cancer. Plus de trente-cinq années plus tard, malheureusement, cette maladie gagne trop souvent ses nombreuses et douloureuses batailles. La connaissance scientifique n'est pas uniquement une matière de moyens et la recherche ne se pilote pas toujours « par l'aval », pour reprendre ici le jargon du secteur.

Susan Sontag, dans un essai remarquable¹ a montré comment, après la tuberculose de la première moitié du XX^e siècle, le cancer est devenu la métaphore des sociétés occidentales de la seconde moitié de ce siècle passé. Bien

¹ Susan Sontag, *La maladie comme métaphore*, Seuil, 1979 et Christian Bourgois, 1993.

TRÈS CHER SANTÉ

entendu cette maladie, aujourd'hui la première cause de mortalité en France, nécessite une attention et des mesures prioritaires, il n'est toutefois pas certain qu'elle justifie des institutions spécifiques. Certes la cancérogenèse met en œuvre des mécanismes particuliers et nécessite donc des programmes adaptés mais ne justifie pas, me semble-t-il, une agence dédiée. Pourquoi s'arrêter là ? Pourquoi ne pas créer une agence en cardiologie, discipline aux avancées spectaculaires, première cause de mortalité chez les femmes et deuxième chez les hommes, première cause et de très loin, de l'hospitalisation en France ? Les malades du cœur méritent-ils moins d'argent ? Le pouvoir politique, en prenant ces décisions, ne se base pas sur des seules considérations scientifiques ou épidémiologiques et trouve toujours des alliés dans la corporation.

Il en est encore ainsi, en 2008, de la maladie d'Alzheimer, maladie terrible pour les personnes atteintes et leur famille. Là encore, ce n'est ni l'importance de la recherche, ni celle de la prise en charge que je questionne, mais le fait que cette maladie ait été choisie comme excuse pour justifier l'instauration des nouvelles « franchises ». Pourtant, l'Assurance maladie ne finance pas des maladies, mais des soins donnés à des malades par des hôpitaux et des médecins de ville. La moindre économie permise par ces « franchises » ne peut donc pas être affectée aux malades atteints d'une maladie spécifique. Il n'y a pas de « Sécu » spécifique pour le cœur, une autre pour le poumon, une troisième pour les yeux et une nième pour la démence. Ces franchises instaurées pour financer la maladie d'Alzheimer ne sont donc qu'une excuse,

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

qu'un habillage pour tenter d'expliquer que « l'on s'occupe des gens », alors qu'il s'agit, modestement certes, mais clairement, d'augmenter la contribution directe des patients et de la faire accepter en utilisant un faux prétexte. Utiliser une maladie redoutée et dévastatrice pour asseoir la légitimité discutable d'un déremboursement, me semble regrettable. De plus, pourquoi privilégier un drame, plutôt qu'un autre ?

Si la compassion collective se porte à juste titre sur ces malades, d'autres, tout autant atteints, traversent des difficultés analogues, et n'étant pas « à la mode », connaissent des problèmes inconnus jusque là. Il en est ainsi des malades mentaux. La politique de santé mentale n'a pas besoin de réformes de structures mais du maintien des valeurs qui avaient permis cet extraordinaire souffle d'humanité à l'égard des exclus parmi les exclus, les malades mentaux. Or, on les trouve à la rue, dans les prisons, ballottés d'un service d'urgence, à un service social. Certains départements ne recrutent plus de psychiatres et la pénurie s'aggrave. D'autant qu'un nombre croissant de ces spécialistes quittent le service public. Il y a plusieurs raisons à cette situation. Les ministres de la Santé successifs ont tenté de faire de la psychiatrie une discipline comme les autres. Les concours spécifiques pour les médecins et les infirmiers ont disparu et les hôpitaux « spécialisés » - qualificatif utilisé à la place de « psychiatriques » - sont, en principe, comme les autres. La « normalisation » de la psychiatrie me paraît un échec, notamment parce qu'elle nie la spécificité des frontières, floues et fluctuantes, entre la médecine, la justice et la police, parce qu'un psychiatre ne peut

TRÈS CHER SANTÉ

pas se contenter d'être un bon somaticien, parce qu'il ne peut pas se désintéresser du fonctionnement de la société. On ne devient pas psychiatre parce que l'on n'a pas pu être chirurgien ... Enfin, les évolutions judiciaires récentes ne semblent guère empruntées d'une excessive humanité à l'égard des malades mentaux. Les experts sont de plus en plus sévères. La population recherche des coupables, même quand les crimes sont commis sous l'emprise de la folie. Notre société ne semble comprendre la démence que chez les personnes âgées. Comme ces trop brefs exemples le montrent, l'idéologie pénètre aussi le champ de la médecine et sert des motivations qui n'ont parfois de noblesse que d'apparence...

Sur une toile de fond qui fut celle de l'accroissement de la solidarité, il y a eu, durant toute cette période, et surtout depuis 1990, une étatisation et une bureaucratisation grandissante. La création des Agences régionales de santé (ARS), annoncée pour 2009, ne sera que l'aboutissement d'une évolution de bientôt quarante ans. Ces agences pourront nommer et révoquer les directeurs d'hôpitaux publics. L'Etat aura tout pouvoir sur les hôpitaux publics, sans le contre-pouvoir, certes discuté, du maire. Pour que les choses soient claires, le conseil de surveillance de ces futures agences sera présidé par le préfet de région. Les établissements de territoire organiseront un monopole géographique et il n'y aura de choix pour les patients que dans les villes de plus de 100 000 habitants. Enfin, l'étape ultime, la disparition des caisses d'Assurance maladie, ne sera pas, cette fois, franchie. Les outils se testent. Il y aura

L'ALLIANCE DE LA BUREAUCRATIE ET DU CORPORATISME

un « schéma régional de l'organisation des soins ambulatoires », il est vrai pas opposable. Oui, pas encore. En 1991, le premier schéma pour les établissements de soins n'était pas opposable aux établissements privés. Il l'est devenu depuis et de quelle manière !

On comprend la logique de cette évolution, on peut même la défendre. Soulignons cependant qu'elle se fait au mépris de la liberté d'entreprendre et de la liberté de choix. Remarquons enfin que le rationnement et la bureaucratie vont encore gagner du terrain et, avec eux, l'importance des syndicats. Nul doute que le point de vue des employés du système prévaudra sur celui des usagers.

« Vive la Sécu ! » bis

Si chacun a conscience que la Sécurité sociale est plus équitable que tout mécanisme privé de financement des soins, il est moins connu qu'un financement collectif est aussi plus efficace. Deux fois, « Vive la Sécu ! », donc.

Quittons provisoirement la France pour nous intéresser à quelques questions universelles d'économie de la santé et analyser les méthodes de régulation que cette discipline a pu inspirer. Au cœur du débat économique se trouve l'analyse du comportement du consommateur. Pour les économistes la question centrale, en économie de la santé, consiste donc à se demander si le malade est un consommateur comme les autres. En effet, si tel est le cas, il n'y a pas d'économie de la santé mais de l'économie. La politique économique du secteur de la santé ne mérite alors ni attention, ni remède particuliers. Il convient certes, comme pour tout marché, de s'assurer que la concurrence des consommateurs et des producteurs de soins s'exerce sans entrave et qu'il n'y ait pas de barrière à l'entrée, mais le marché se suffit à lui-même. Il n'est pas nécessaire

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

alors d'ergoter sur telle ou telle conséquence vraisemblable de ces mécanismes concurrentiels dans ce secteur particulier. Le choix du terme de « consommateur » enclenche à la fois une manière de considérer la personne malade et des mécanismes de régulation.

La politique de santé de nombreux pays commence par un tel acte de foi, par un *a priori* sur la nature même du consommateur de soins. Il pourrait être, dans une certaine mesure, justifié par les succès remportés, dans d'autres secteurs, par ce réductionnisme. Réductionnisme qui consiste à ne voir en l'homme que sa dimension économique. Au nom de cette foi, en à peine deux décennies, l'Union européenne a imposé à ses états membres la « libéralisation » de très nombreux domaines, parfois avec succès. Pas toujours. Les bienfaits du marché sont, en effet, dans certains cas, discutables pour des raisons théoriques et, plus fondamentalement encore, parce qu'ils ne trouvent aucune justification empirique. Expérience faite, il semble qu'il y ait de bonnes raisons de douter de l'efficacité universelle de la concurrence. Il est notamment impossible de démontrer que les consommateurs européens ont toujours bénéficié de ces « libéralisations », alors que les prix des services ainsi « libérés » augmentaient. L'énergie électrique ou les transports ferroviaires sont des exemples de domaines où, pour être prudent, le doute demeure.

Toujours dans cette droite ligne, la Commission européenne, poussée par l'industrie du médicament, a proposé d'autoriser les entreprises pharmaceutiques à faire de la publicité auprès

TRÈS CHER SANTÉ

du grand public pour mieux, prétendait-elle, « informer » le consommateur de soins. Le Parlement européen ne l'a pas suivie. L'exemple américain montre en effet que cette publicité a eu pour seul bénéfice d'accroître les dépenses de médicaments, et donc le coût des soins, sans que cela n'améliore de manière tangible l'état de santé des Américains. L'invasion par le consumérisme du secteur de la santé n'est donc pas une crainte vaine et, dans de nombreux pays, le mal semble être fait. J'ai ainsi passé plusieurs heures avec un ministre d'un pays d'Amérique du sud qui ne parlait de ses concitoyens malades qu'en utilisant le terme de « consommateur ». Aussi, au centième « consommateur » d'un long monologue, je lui ai demandé, agacé, si l'on pouvait regarder les personnes malades, handicapées, fragiles, âgées de son pays ou d'ailleurs... sous le seul angle d'acheteur de biens ou de services ? Il fut étonné d'une telle question. Son vocabulaire lui paraissait banal. Il est en effet d'usage courant aux Etats-Unis, en Israël, à Singapour et, semble-t-il donc, dans au moins un pays d'Amérique du sud.

Nous allons montrer en quoi, dans certaines acceptions simplistes, cette idéologie du marché concurrentiel pur et parfait peut être néfaste et jamais à la hauteur de ses prétentions. Les politiques qu'elle inspire n'ont pas l'effet attendu et parfois même l'effet inverse. Les dépenses que l'on voulait limiter augmentent plus qu'ailleurs. L'efficacité que l'on recherchait s'évanouit. Quant à l'équité, dans ces pays, elle ne peut être utilisée que par antisens. Cet échec n'est, bien entendu, pas un échec de l'économie et de la rationalité des choix des producteurs et des usagers, rationalité limitée certes, mais rationa-

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

lité cependant qui permet d'interpréter assez simplement de nombreux comportements d'acteurs du système de santé.

La France a, pour l'instant, échappé à ce courant de pensée, même si l'on y fait implicitement référence quand on imagine « responsabiliser » le malade en déremboursant ses soins. Certes, il existe en France quelques avocats de ce libéralisme radical, mais ils demeurent très minoritaires. Les hommes et femmes politiques, comme les spécialistes du secteur, n'utilisent, heureusement, pas encore le terme de « consommateur » pour parler des Français qui demandent des soins. Celui de « malade » est moins souvent utilisé, trop médical peut-être, et remplacé de plus en plus par « patient » ou, plus récemment, par « usager ». Ce dernier label renvoie à un rôle certes plus actif que celui de patient, mais lequel ?

Il n'existe pas de théorie de l'« usager ». On imagine volontiers que cette personne « usant » d'un service de soins souhaite être respectée, qu'elle recherche la « qualité », mais quoi d'autre ? L'usager ne se place pas, comme le consommateur, dans une relation d'échange. Il a des droits qui semblent pouvoir s'exercer en dehors de toute dimension financière. Ces droits sont importants en France, notamment depuis la promulgation de la loi 2 mars 2002, dite loi « Kouchner ». On voit là encore que la classe dirigeante française a une culture quasi exclusivement juridique. Cette culture conduit à offrir encore et toujours de nouveaux droits, mais ne cherche pas à analyser un comportement comme s'y efforcent, il est vrai avec des succès modestes, les économistes, discipline anglo-saxonne, s'il en est.

TRÈS CHER SANTÉ

Le malade n'est peut-être pas un consommateur comme les autres, mais indéniablement il consomme des soins c'est-à-dire un bien (médicament) ou un service (consultation, pansement, rééducation...). Cette situation ramène à une catégorie classique en économie, celle de la consommation d'un bien « privé ». Un service est qualifié de « privé » quand le consommateur est *a priori* le seul à en bénéficier. Ce constat banal devrait faire rentrer ce service « privé » dans le champ privilégié de l'économie de marché. En économie, les biens (ou services) « privés » s'opposent aux biens (ou services) « publics ». Le qualificatif de « public » est utilisé pour décrire un bien dont la consommation par une personne n'altère pas la consommation de ce même bien par une autre. Il en est ainsi de la qualité de l'air ou de la lutte contre les épidémies ou épizooties. Ce sont des « biens publics ». Tout le monde souhaite en bénéficier mais personne n'est disposé, sauf par l'impôt, à acheter chaque matin sa contribution à la propreté de l'air ou à la lutte contre les maladies infectieuses. Pour revenir au seul secteur de la santé et sans être trop caricatural, la consommation de soins médicaux est celle de biens et services privés, alors que la santé publique est, le plus souvent, du domaine des biens et services publics. En principe donc, l'économie de marché¹ serait adaptée à la consommation de soins.

¹ Un marché n'existe pas par lui-même, il est tout sauf « naturel » : la loi des hommes est d'abord celle de la force et de la loi du plus fort avant

Un marché pas comme les autres

Les mécanismes classiques de l'économie de marché ne s'appliquent cependant pas sans de très profondes adaptations au secteur des soins médicaux. Leur marché n'est pas un marché comme les autres. En effet, dans le secteur de la santé, les résultats empiriques ne sont pas du tous ceux que la théorie laisserait prévoir. Le propre de la démarche scientifique est de donner la primauté aux résultats et, dans un va-et-vient permanent entre théorie et expérience, de rechercher l'explication qui « colle » le mieux aux chiffres puis, à nouveau, soumettre cette explication à l'expérience. Par exemple, si l'économie classique décrivait correctement le comportement des acteurs du secteur de la santé, les pays où les gens payent le plus de leur poche, ceux où *de facto* ils arbitrent chaque jour entre leurs dépenses de soins et leurs autres dépenses, devraient être aussi ceux où le système est le plus performant, ceux où leurs habitants obtiennent la plus grande efficacité, le meilleur rapport qualité/prix. Il n'en est rien, c'est même, semble-t-il l'inverse qui se produit. Curieusement donc, le pays où le

d'être celle du contrat et de l'échange. L'économie de marché est construite sur une hypothèse sociologique, aussi implicite qu'essentielle, à savoir que, quand une personne donne de l'argent pour recevoir d'un producteur un bien ou un service, cette personne va effectivement, en échange de cet argent, lui fournir ce bien ou ce service. Dans quelques pays de la planète, cette hypothèse est démentie par les faits, et en France il faut parfois des tribunaux pour la faire respecter. Rien de « naturel » donc.

TRÈS CHER SANTÉ

marché de la santé ressemble le plus à un marché traditionnel, celui où l'Etat intervient le moins, les Etats-Unis d'Amérique pour ne pas les nommer, est aussi celui où le système est à la fois onéreux, inéquitable et inefficace. Tentons d'expliquer cet apparent paradoxe.

Cependant, avant d'y revenir en détail, rappelons brièvement les hypothèses principales à la base de la théorie économique de la concurrence « pure et parfaite ». Elles sont en effet assez lointaines de celles qui déterminent la relation entre un médecin et son malade. Affirmons-le avant de le justifier, la relation médecin-malade dans quelque pays que ce soit, s'apparente peu, s'apparente mal, au modèle producteur-consommateur de la micro-économie.

La loi de l'offre et de la demande prévoit qu'à demande constante, quand la quantité proposée sur le marché (l'offre) d'un bien donné diminue, comme par exemple le baril de pétrole au début de l'année 2008, son prix augmente. A l'inverse quand l'offre s'accroît, toujours pour une même demande, les prix baissent. A un instant donné, le prix du bien marque l'équilibre entre offre et demande. L'Etat n'intervient pas pour définir un prix. Le marché arbitre en permanence et trouve, mieux que par un système de prix administré, un équilibre. Derrière cette loi, souvent vérifiée, se dissimulent plusieurs conditions et hypothèses.

- Un seul vendeur (monopole) ou un seul acheteur (monopsone) ne doit pas peser seul sur le marché. Il en est de même quand il y a peu de producteurs (oligopole) ou d'acheteurs (oligopsone). Il a été abondamment démontré que,

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

dans ces cas, les acteurs dominants (acheteurs ou vendeurs) utilisaient le marché à leur avantage.

- Les acheteurs sont en principe parfaitement informés de ce qu'ils achètent : l'information est « symétrique » entre acheteur et vendeur.

- Les acteurs, acheteurs et vendeurs, sont « rationnels » ce qui veut dire que les uns cherchent à accroître leur revenu et les autres à minimiser leur dépense.

- Il n'existe pas de barrière à l'entrée ou à la sortie.

Tout cela est connu. Néanmoins il est plus rare d'attirer l'attention sur le fait que ces conditions sont très exigeantes et expliquent pourquoi, notamment dans le domaine de la santé, les mécanismes habituels de marché, ne fonctionnent pas ou mal.

Certaines des remarques qui vont suivre sont inspirées des publications anciennes d'un économiste canadien, Robert C. Evans et d'autres, plus récentes, des travaux de notre équipe du Conservatoire national des arts et métiers à Paris.

Les particularités du marché sont au nombre de cinq :

- La consommation de biens privés (vaccins, médicaments...) peut avoir des conséquences qui dépassent le consommateur immédiat de ce bien ou de ce service : la consommation de soins a des « effets externes ».

- La manière la plus simple, pour un assureur privé, de gagner de l'argent dans le domaine des soins est de trouver des clients qui sont rarement malades. Il n'est pas facile de lutter contre cette sélection à rebours. Et, même quand on y arrive, assurer des patients potentiels par des mécanismes privés ne se

TRÈS CHER SANTÉ

fait pas toujours, pour d'autres raisons, à l'avantage des assurés.

- Quand il consulte, le malade ignore le plus souvent ce qu'il a et ne sait pas ce que la médecine peut lui offrir pour améliorer sa santé. Autrement dit l'information entre le malade, acheteur de soins, et le médecin, vendeur de service, est asymétrique.

- La « raison » d'un malade n'est pas toujours celle d'un bien-portant, même quand il ne s'agit pas de maladie mentale. Le malade n'est pas toujours « rationnel » au sens de la théorie économique.

- Un malade, quand il consulte, n'achète ni un bien (médicament), ni véritablement un service tant la nature du service qu'il demande est de fait inconnue de lui, il recherche un avis. Le malade ne sait pas ce qu'il a et le médecin ne sait le conseiller que quand il l'a examiné, donc après que le malade ait choisi de le rencontrer. Un malade, quand il consulte, n'achète ni un bien ni un service, mais de la confiance.

Reprenons succinctement chacune de ces particularités et analysons en les conséquences.

La santé des autres

La consommation de soins par une personne peut avoir des effets sur une autre. Ce n'est donc pas seulement un bien « privé » mais aussi, d'une certaine façon, un bien « public ». Les économistes appellent « effets externes » les conséquences sur un tiers des transactions entre un acheteur et un

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

vendeur. L'exemple le plus connu est celui de la pollution. Dans le cas des automobilistes, quand un conducteur achète de l'essence à un distributeur de carburant, distributeur et acheteur ne sont pas les seuls concernés par cette transaction, car la voiture pollue. Les pouvoirs publics interviennent alors pour fixer des normes, tant pour l'essence que pour les voitures. Dans le secteur de la santé les exemples d'effets externes abondent, du fait notamment des maladies infectieuses : une personne sans soins médicaux transmet la maladie dont elle est atteinte. A l'inverse une personne saine, parce que vaccinée ou traitée, contribue à la santé de l'ensemble de la population. Aussi l'absence de soins des uns intéresse la santé des autres. Si donc les pouvoirs publics ont rendu la vaccination obligatoire, c'est parce que l'immunisation de chacun intéressait tout le monde. Si la vaccination est obligatoire, et non pas laissée au marché, c'est parce que le bénéfice collectif (l'effet externe) est différent de la somme des intérêts individuels. Car, dans un pays où tout le monde est vacciné, l'intérêt d'un individu est de ne pas l'être du fait des risques minimes, mais réels, de réaction allergique due parfois à l'immunisation. Les accidents vaccinatoires, certes très peu nombreux, mais parfois dramatiques, existent bel et bien.

Comment alors concilier un bénéfice global considérable et un risque très minime, mais réel ? Cette situation est connue des spécialistes de la « théorie des jeux » sous le nom du « dilemme du prisonnier ». L'exemple le plus souvent retenu pour expliquer ce dilemme est celui de deux personnes suspectées d'avoir commis un même délit. Interrogées

TRÈS CHER SANTÉ

séparément par la police, l'inspecteur propose à chacune une remise de peine si elle avoue. Toutefois, la police n'ayant pas de preuve, le suspect sait qu'il sera libre si son complice aussi ne dit rien. Le dilemme du prisonnier est donc celui de la confiance en l'autre. Plus généralement, il permet d'analyser les comportements des acteurs quand, comme dans le cas de la vaccination, la somme des intérêts individuels est différente de l'intérêt collectif. Les études montrent qu'en général les prévenus ne prennent pas le risque de la confiance. Et ainsi, quand la vaccination n'est plus obligatoire, le taux d'immunisation baisse très rapidement. Les personnes sont plus sensibles aux risques individuels, même infimes, qu'aux bénéfices individuels et collectifs. C'est la raison pour laquelle il m'a toujours semblé regrettable de laisser le choix de se faire vacciner aux « consommateurs-usagers ». Les très nombreux bénéficiaires de la vaccination ne sont pas conscients du bénéfice de leur immunisation, la trouvant « normale ». Personne ne s'étonne de ne pas être malade. En revanche, ceux qui ont subi, ou croient avoir subi, un accident vaccinateur, créent des associations, sont présents dans les médias. Chacun s'émeut et personne ne rappelle l'intérêt sanitaire de la contrainte collective. Ou, plus exactement, quand un expert le fait, il n'est pas entendu : il utilise le langage de la raison, pas celui de l'émotion. « L'homme compassionnel »¹ a pris le pas sur l'homme rationnel. La décision de laisser les familles libres

¹ Myriam Revault d'Allonnes, L'Homme compassionnel, Seuil, Paris, 2008

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

de vacciner leurs enfants contre l'hépatite B, prise en octobre 1998 par le ministre de la Santé est certes une démonstration du « zèle compatissant », mais aussi un recul de la santé publique, tant les études tranchent en faveur des vaccinations. Cette compassion s'associe d'ailleurs à une forme de consumérisme. La famille n'a-t-elle pas ainsi le choix de faire ou de ne pas faire vacciner son enfant ?

Outre les effets-externes sanitaires, il peut aussi exister des effets-externes économiques : dans certaines circonstances une personne qui n'est pas prise en charge va coûter plus cher à l'Assurance maladie que si elle avait été diagnostiquée en temps et en heure.

**La concurrence n'est ni toujours possible,
ni toujours efficace**

Pourquoi tous les pays développés ont-ils un système d'assurance obligatoire couvrant tout ou partie de la population ? Pourquoi les États-Unis eux-mêmes ne se contentent-ils plus d'assurer, sur fonds publics, seulement les pauvres et les personnes âgées, et débattent-ils aujourd'hui de l'assurance obligatoire pour tous ?

L'origine du risque en assurance médicale n'est pas facile à identifier. Prenons l'exemple d'un employé de 40 ans d'une entreprise de travaux publics. Au cours d'une visite médicale, le médecin du travail découvre qu'il a une bronchite chronique. Il ne fume pas, mais il a indiqué au cours de l'interrogatoire qu'entre 20 et 30 ans il était mineur. L'assureur de l'entreprise

TRÈS CHER SANTÉ

de travaux publics ne pourra toutefois pas se retourner contre l'assureur de la mine car, si à l'évidence être mineur est un facteur de risque et une cause probable de sa bronchite chronique, de nombreuses personnes sont atteintes de la même maladie sans jamais avoir travaillé dans une mine. Qui alors va couvrir le risque ? Les anciens mineurs vont-ils être exclus du marché, vont-ils payer une surprime ? De telles questions sont inutiles quand existe un système universel d'Assurance maladie.

Les assureurs n'assurent pas les risques certains. C'est le cas du vieillissement et l'on ne voit pas comment une personne âgée mourante pourrait trouver une compagnie d'assurances qui la prendrait en charge ou alors, dans ce cas, les tarifs seraient au moins égaux au coût des soins.

Les assureurs classent et sélectionnent les risques pour les tarifer, notamment parce que les individus qui ont un risque plus faible que la moyenne (les jeunes par exemple en Assurance maladie) n'ont aucun intérêt à payer un risque moyen. Dans ce cas, soit ils sortent du pool des assurés, soit ils recherchent des personnes de la même classe de risque que la leur et cotisent à un tarif plus bas. Cependant, quand ils le font, le risque moyen de ceux qui sont restés dans le premier groupe augmente. Progressivement cela conduit les compagnies d'assurance à proposer de très nombreux produits selon le risque moyen attendu et conduit *in fine* à sortir du marché une partie de la population qui ne peut plus payer la prime pour son niveau de risque, les pauvres-malades d'abord, puis la classe moyenne... C'est qui s'est passé aux Pays-Bas dans la seconde

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

partie des années 1970, c'est ce qui se passe aux Etats-Unis aujourd'hui.

La génomique donne une information probabiliste des risques individuels. Une menace hypothétique est devenue un danger réel qui condamne à terme l'usage des techniques d'assurance dans le domaine de la santé. Les raisons sont à la fois éthiques et économiques. Trouver à partir de l'analyse des gènes d'une personne sa sensibilité à telle ou telle maladie est devenue non seulement possible, mais relativement bon marché et le coût ne va cesser de décroître. On peut donc savoir, cas par cas, la probabilité plus ou moins grande d'avoir un jour un diabète, un cancer du sein ou la maladie d'Alzheimer. Ces informations probabilistes suffisent pour tarifier un risque et donc classer les personnes par groupe. En France, les compagnies d'assurance ne peuvent pas, pour l'instant, demander ce type d'information. Cette situation est injuste à l'égard de ces entreprises, car une personne ayant obtenu pour elle-même ce type de données peut cotiser à une police qui lui sera toujours statistiquement favorable. L'asymétrie d'information est cette fois en faveur de l'assuré. En revanche, si cette information était communiquée à l'assureur, aux indicateurs grossiers que sont l'âge, le lieu de résidence ou la catégorie socio-professionnelle s'ajouteraient des indicateurs bien plus précis qui permettraient de classer, d'écrémer et donc d'éliminer les risques trop grands et laisserait une partie de la population sans possibilité de recours aux soins, s'il n'y a pas d'assurance collective. Et, s'il y en a

TRÈS CHER SANTÉ

une celle-ci deviendrait systématiquement plus onéreuse, car elle deviendrait le recueil des personnes à risque.

Une fois assurée, le comportement d'une personne change : elle a plus souvent recours au système de soins. L'assuré se sent libre de prendre plus de risque et, en outre, dans le cas des soins médicaux, à risque égal, de recourir plus souvent au service des professionnels de santé. Ainsi, en France l'instauration de la CMU s'est accompagnée d'un accroissement des dépenses des bénéficiaires. Par ailleurs, sachant qu'une personne est assurée, les professionnels de santé peuvent ajuster leurs tarifs en fonction de l'assurance du patient et augmenter leurs honoraires en conséquence. Non seulement ils le peuvent, mais ils le font ! L'assurance a, par elle-même, un effet inflationniste. Cela a été documenté en France, notamment pour ce qui est des soins dentaires.

Par ailleurs le fait que les professionnels de santé puissent être mieux payés quand ils travaillent pour une personne bien assurée, plutôt que pour quelqu'un qui dispose de la seule Sécurité sociale sans assurance complémentaire, conduit à terme à une situation politiquement difficile, car elle fabrique une médecine à au moins deux vitesses !

Enfin, quand existe un système d'assurance obligatoire, cette assurance n'engendre aucun frais commercial, aucune publicité. Ainsi, le coût de la gestion de l'Assurance maladie est, en France, de 5,6 % (2 % au Canada) et l'équivalent pour un assureur privé, dépasse souvent 15 % et monte jusqu'à 27 % chez certains assureurs.

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

Le malade ne sait pas ce qu'il « achète »

Dans un article qui contribuera à sa distinction par le jury Nobel, Kenneth Arrow¹ a montré les conséquences de « l'asymétrie d'information » sur le fonctionnement des marchés. Nous avons rappelé qu'une des hypothèses pour qu'il y ait un marché efficace est qu'acheteur et vendeur s'accordent sur ce qu'ils échangent. Il faut une symétrie d'information entre l'un et l'autre. Qu'il s'agisse d'un kilo de carottes, d'une bouteille d'eau, d'un kilomètre à la SNCF ou d'une nuit d'hôtel, l'acheteur a une idée assez précise de ce qu'il va obtenir pour un prix donné. Il peut donc changer de fournisseur s'il n'est pas satisfait du rapport qualité/prix. Toutefois, dans de nombreuses circonstances, l'acheteur n'a, parfois, qu'une idée assez vague de ce qu'il achète. Ainsi, quand une voiture tombe en panne, le propriétaire souhaite que cette panne soit réparée, mais ne peut pas, le plus souvent, apprécier le verdict du garagiste. Le client de l'avocat est dans une situation proche. Il souhaite être défendu mais n'a qu'une idée imprécise du travail qu'il va demander à son conseil. On dit alors que l'information est « asymétrique » entre, d'une part, le client et, d'autre part, le spécialiste de l'automobile ou du droit. Il en est ainsi du malade et de son médecin.

Ce n'est pas tant que le patient perde toute capacité de jugement ou qu'il soit incapable d'exprimer sa satisfaction

¹ Kenneth Arrow, « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, 1963.

TRÈS CHER SANTÉ

après une consultation. Mais il ne sait pas si le diagnostic porté par le médecin est effectivement le bon et si la thérapeutique prescrite correspond à ce que l'état des connaissances du moment pouvait lui permettre d'espérer. En outre, le plus souvent, il ne peut pas se faire une idée technique, médicale, de son médecin, sauf quand il est atteint d'une maladie chronique. Par ailleurs, il n'a qu'un seul appendice et ne peut pas tester tous les chirurgiens de la ville pour savoir celui qui l'opérera le mieux ! Il est donc en situation de dépendance. Certes il arrive, comme le souhaite l'association AIDES, que le malade puisse être *gestionnaire de sa maladie*, notamment quand il est atteint d'une affection chronique, un diabète par exemple. Mais cette situation est plus l'exception que la règle. Cette remarque ne disqualifie pas le malade et ne déclare pas sa totale incapacité mais, même quand son information est « loyale, claire et appropriée¹ », cela ne veut pas toujours dire qu'elle soit comprise par lui, ni que la « clarté » conduise à des diagnostics précis ou à des thérapeutiques systématiques. Tout simplement parce que les médecins ne savent pas toujours comment interpréter un signe clinique ou construire un protocole de soins. Ce n'est pas parce que la puissance publique limite les médicaments autorisés à la vente qu'un médecin, même le meilleur, saura toujours ce qu'il convient de prescrire.

Prétendre que le consommateur de soins devient « souverain car informé, évaluant des produits de santé standardisés (panier

¹ Article 35 de la loi du 4 mars 2002.

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

de soins) et des services spécifiques (médecin traitant) »¹ est, au mieux, une abyssale méconnaissance de l'art médical. C'est parce qu'il y a asymétrie d'information que l'exercice de l'art médical est confié à une profession. Le médecin en sait plus. C'est pour cela qu'on le consulte. Le malade est dépendant. C'est pour cela qu'il est protégé par des lois et un code d'éthique. Donc, le malade, ne sachant pas ce qui lui convient, il ne peut pas « gérer » ses dépenses. La « responsabilisation » du malade n'a pas de sens. Elle est antinomique de l'idée même de profession. C'est la raison pour laquelle tout ce qui retarde la consultation d'un médecin, notamment le prix de la consultation (ou son ticket modérateur), peut avoir des effets sanitaires regrettables : il existe des douleurs sans grand danger et des maux apparemment anodins aux lourdes conséquences. Le malade juge mal de l'importance de ce qui ne le fait pas souffrir. De même, l'idée de « moduler les cotisations en fonction de la consommation individuelle de santé² » fait l'hypothèse, d'une part, que les personnes sont responsables de leur consommation de soins (et donc de leur maladie) et donc qu'elles la maîtrisent. Il faut s'y faire : quand les soins sont gratuits les personnes surconsomment et quand les soins sont payants les malades mal-consomment. Ainsi, les mécanismes

¹ Batifoulier et *al.*, article cité.

² Patrick Artus, « Déplafonner les dépenses de santé : modalité et conséquences » ; in : *Economie de la santé*, sous la direction de Marc Guillaume. Les cahiers - le Cercle des économistes, PUF, Paris, 2007

TRÈS CHER SANTÉ

financiers, quels qu'ils soient, ne règlent pas la « bonne », la « juste » consommation de soins.

Le malade est fragile et la vie sur terre est une affaire qui se termine mal. C'est cette fragilité qui inspire toute la déontologie de la profession médicale et lui donne aussi comme obligation morale de se former, afin de connaître les dernières découvertes et offrir à ses patients les soins les plus adaptés à son état.

Historiquement, c'est à l'ordre des médecins qu'est revenue la tâche de contrôler les éventuels abus provenant de la position asymétrique du patient. Il l'exerce... prudemment et se limite aux cas d'abus manifestes. Cette asymétrie peut aussi être réduite par les médecins-conseils des caisses d'Assurance maladie dont nous avons vu qu'ils avaient peu de pouvoir. Enfin, ce rôle peut être partiellement dévolu au médecin traitant, pour ce qui est la consultation de spécialistes : il est compétent et voit suffisamment de patients pour acquérir cette capacité de jugement. Toutefois, le problème reste entier pour le médecin-traitant lui-même : comment le malade peut-il s'assurer de la qualité de celui-ci et même de la nature du service offert ? Le malade demande de l'aide, souhaite aller mieux, le médecin prescrit. C'est ce dernier qui va engager des dépenses. Mais l'un est dans l'incapacité de juger l'autre. Leur situation est donc bien asymétrique. Les économistes parlent de ce problème en évoquant le dilemme « principal-agent », dans notre cas le « principal » est le patient et « l'agent » le médecin traitant à qui « le principal » confie son sort, sans être toujours capable de l'évaluer. Une littérature très abondante,

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

pour l'essentiel nord-américaine, montre clairement que la réponse des médecins à des cas cliniques similaires n'est pas univoque, qu'à situation clinique (demande) identique les prescriptions varient très fortement d'un Etat américain à l'autre, voire d'un comté à l'autre.

Jusqu'à présent, nos systèmes de Sécurité sociale ont remboursé ce que les médecins prescrivaient. Dans un pays (la France) où les évaluations ne concernent que les assurés sociaux et pas les prescripteurs, il est difficile de remarquer les différences systématiques. De plus « que faire » quand ces différences sont décelées : le bon prescripteur est peut-être celui qui prescrit le plus ou... le moins. La moyenne n'est jamais la norme. Et il ne suffit pas d'édicter des recommandations de bonne pratique clinique pour être certain que toute personne est soignée comme elle le devrait. La spécialité, le mode de rémunération (à l'acte, salarié ou au forfait), l'importance de la clientèle, la publicité des industriels et de très nombreux autres facteurs influencent les prescriptions.

La seule réponse, pratiquée dans tous les autres secteurs de l'économie, pour limiter ces variations est le contrôle *a posteriori* des pratiques les plus courantes. En médecine, elles devraient être fondées sur des discussions confraternelles avec les médecins les plus réputés. La seule référence, la seule source de légitimité serait les derniers résultats de la recherche clinique. La formation continue, les guides de bonne pratique, la mise à disposition de banques de données facilement consultables et à jour, sont des conditions nécessaires, mais jamais suffisantes à l'amélioration de la qualité des soins. Car

TRÈS CHER SANTÉ

rien ne remplace l'analyse des faits. L'entrepreneur, fabricant d'automobile ou de téléphone portable, qui se limiterait dans ses contrôles qualité à la définition des guides de montage et à la formation de ses agents, n'aurait que quelques mois pour aller déposer son bilan.

La raison du malade

Un malade est-il toujours rationnel au sens où l'entendent les économistes ? La théorie économique fait en effet l'hypothèse de la rationalité du consommateur, quand il choisit entre différents biens ou services ou quand il privilégie l'investissement à la consommation. Ainsi, quand une personne décide d'acheter une maison en s'endettant, elle arbitre entre consommer tout de suite et se priver de cette consommation immédiate pour jouir demain de sa maison. En économie, l'arbitrage entre le présent et le futur est mesuré par un taux « d'actualisation », ici le taux d'intérêt demandé par la banque pour le prêt immobilier, remboursé plus tard par le client.

Toutefois, quelqu'un qui se sait condamné à mourir dans la semaine ne va pas faire le même arbitrage qu'une personne bien-portante. Il est disposé à payer aujourd'hui une somme très élevée pour tout ce qui pourrait prolonger sa vie, ne serait-ce que de quelques jours. S'il pense mourir demain, son taux d'actualisation est même infini ! Le médecin capable de retarder cette échéance est donc face à une personne dans une

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

situation économique particulière dont il pourrait tirer avantage.

Pour illustrer ce propos, Peter Berczeller¹ raconte l'histoire suivante : Heinrich von Neuman était le meilleur ORL de Vienne dans les années 1920. Appelé en urgence à la résidence de l'ambassadeur d'Argentine dont le fils avait une arête de poisson coincée dans la gorge, il arrive dans une maison où la mère était en larmes. L'enfant, âgé de six ans, présentait déjà les lèvres bleues, signe d'un manque d'oxygène. Il allait mourir. Le médecin introduit un index dans la bouche de l'enfant et réussit à faire bouger l'arête. L'enfant la rejette, il se mit à respirer, ses couleurs lui revinrent, il était sauvé ! Plusieurs minutes passèrent. L'ambassadeur, ayant retrouvé son calme, demande alors à Neuman le montant de ses honoraires. Celui-ci lui répond alors : « Pourquoi ne me payez-vous pas simplement la moitié de ce que vous aviez l'intention de m'offrir pour retirer l'arête de la gorge de l'enfant quand il l'avait encore ? »

A l'évidence, la rationalité avait changé. Avant, il s'agissait de vie ou de mort. Après, d'un service apparemment banal qui avait pris peu de temps, même si le grand professeur avait dû quitter un dîner et précipitamment monter dans sa calèche.

Ce genre de situation peut être à l'origine de prescriptions inadaptées, conséquences de demandes du type : « Docteur, faites l'impossible ! » La raison de quelqu'un qui ne veut pas mourir, être handicapé ou amoindri est d'une autre nature que

¹ Peter H. Berczeller, *Doctors and Patients : What We Feel About You*, Mac Millan Publishing Company, New York, 1994

TRÈS CHER SANTÉ

celle dont traitent les économistes quand ils s'intéressent au prix des fruits et légumes ou à ceux des téléphones portables. La raison du malade et celle de sa famille se situe sur un autre plan et, là encore, les risques d'abus sont considérables. Certes, la déontologie prescrit clairement ce qu'il faut ne pas faire. Mais les économistes, comme les juges, savent que les principes sont essentiels et ... insuffisants.

Complexité législative et coûts juridiques

A la fin des années 1970, des prêcheurs sont venus d'Amérique en Europe pour vanter l'efficacité de la concurrence par le financement dans le secteur de la santé. J'ai alors fait remarquer au plus éloquent d'entre eux, Alain Enthoven, que les conditions législatives et réglementaires nécessaires pour que puisse exister un tel marché étaient tellement nombreuses et complexes que je voyais mal le législateur français construire une cathédrale au nom d'une croyance en l'efficacité d'un marché qui n'était après tout qu'une boîte noire. Il valait mieux, me semblait-il déjà, agir directement sur l'organisation des soins. Pendant une décennie, l'expérience américaine a semblé porter ses fruits. Puis, dès le milieu des années 1990, les assureurs n'ont plus prétendu baisser leurs primes du fait des bienfaits de la concurrence. Les médecins avaient redécouvert leur pouvoir de négociation et organisé des cartels et les coûts se sont envolés. En revanche, la complexité juridique demeure et, avec elle, ses coûts administratifs, ses honoraires d'avocats et la paralysie du système qui a du mal à

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

se réformer tant il faut modifier de lois fédérales et de lois des Etats de l'Union pour effacer les conséquences de cette croyance et les intérêts de ceux qui en vivent.

Le prix de la confiance

En essayant de comprendre pourquoi les Etats-Unis ne parvenaient pas à organiser un marché concurrentiel de l'assurance-santé, je me suis dit que les économistes faisaient fausse route en prétendant que le patient achetait à son médecin un bien ou un service. Non seulement le patient ne connaît pas le ou les médicament(s) dont il pourrait bénéficier, mais il n'achète pas non plus un service. Le contenu d'une « consultation » est trop variable en temps, en nature, et en qualité pour recouvrir la réalité tangible que devrait avoir ce « service ». Il m'a alors semblé que le malade n'achetait pas à son médecin des biens ou des services, mais de la confiance.

Certes cette confiance peut conduire à la prescription de biens ou de services à venir, mais le malade veut seulement être bien soigné sans savoir le plus souvent ce que « bien » veut dire. Si donc c'est de la confiance qu'il achète, les patients pensent, à tort ou à raison, que les bons médecins sont les médecins dont les tarifs sont élevés et que les bons hôpitaux sont les établissements luxueux. Les personnes aisées cotisent alors à des assurances qui permettent d'avoir accès à ces médecins et à ces établissements et, du même coup, rendent solvables leur tarif qui, de fil en aiguille, produisent de l'inflation. L'économie de marché dans le cas de ces biens

TRÈS CHER SANTÉ

intangibles n'améliore pas la productivité. Au contraire, elle augmente les prix, sans bénéfice pour les patients. Ainsi, le tarif d'une consultation en Amérique du Nord est de 60 dollars. Assurer de la confiance par des mécanismes concurrentiels produit de l'inflation !

L'OCDE, club des pays riches, aux économistes réputés pour leur libéralisme, conclut dans le même sens. « Quel que soit son rôle dans le système de santé, l'Assurance maladie privée a eu pour effet d'accroître la dépense totale de santé. La plupart des pays de l'OCDE exercent moins de contrôle sur les activités et les prix du secteur privé que sur les régimes publics et leurs prestataires. D'autre part, les assureurs privés tendent à avoir moins de poids dans la négociation du prix et de la quantité des soins que les régimes publics, particulièrement lorsque ces derniers sont à payeur unique »¹. Ces particularités du marché de la santé plaident pour un financement fiscalisé que ce soit par les impôts ou les cotisations sociales.

La solidarité n'est jamais au dessus des moyens d'un pays. Si un produit est « inaccessible », « trop onéreux » pour l'assurance solidaire, il l'est encore plus pour un assureur privé, et plus enfin pour la très grande majorité des Français

Remarquons l'étroitesse du raisonnement qui affirme, sous prétexte qu'un traitement est onéreux, que la Sécurité sociale ne pourra pas, un jour, faute de moyens, le rembourser. C'est

¹ OCDE, 2004 Husson p.4.

« VIVE LA SÉCU ! » BIS

oublier que ce serait bien pire pour le patient s'il n'y avait pas d'Assurance maladie.

Plaçons-nous, en effet, dans la situation d'une personne pouvant bénéficier d'un traitement efficace et onéreux mais qui ne dispose d'aucune Assurance maladie universelle. Si elle ne s'assure pas, soit elle est suffisamment riche pour, le moment venu, acheter ce traitement, soit elle ne l'est pas et en sera alors privée faute de moyens. Si elle s'assure auprès d'une assurance privée, il lui en coûterait plus cher que la couverture du même risque par l'Assurance maladie universelle, et ce d'autant plus que les personnes qui choisissent de s'assurer (celles disposées donc à payer une prime), sont plus vraisemblablement des personnes à risque. La solidarité est doublement bénéfique : elle l'est d'un point de vue politique, elle l'est donc aussi d'un point de vue économique. Si les mécanismes de marché sont inflationnistes et inégalitaires pour financer les soins, la seule alternative qui reste est celle des mécanismes dits de « rationnement », ils ne sont pas non plus sans inconvénients pour financer les soins médicaux.

Un nécessaire rationnement

En l'absence d'économie de marché, le seul autre mécanisme pour répartir des richesses est le rationnement. Il implique des décisions politiques, des choix visibles, de la bureaucratie, des budgets et des prix administrés, autrement dit, des tarifs. Il en est notamment ainsi d'une question qui intéresse tous les Français, à savoir ce que rembourse l'Assurance maladie à nos concitoyens, autrement dit « le panier de soins ».

La santé rationnée était, au point d'interrogation près, le titre de mon premier ouvrage¹. Il rappelait qu'il n'existe que deux manières d'affecter de l'argent à une activité économique : soit par le marché, soit par une affectation directe. Et, dans ce cas, cet argent est, par essence, et par définition, « rationné ».

Si, en dehors du financement des soins, il existe bien des mécanismes de marché dans le domaine de l'organisation des soins médicaux, les mécanismes de rationnement sont

¹ Jean de Kervasdoué et al., *La Santé rationnée ?*, Economica, Paris, 1981

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

nombreux et plus la règle que l'exception. (Presque) tout est rationné dans le domaine des soins : le nombre de médecins, celui des pharmacies, des hôpitaux, des cliniques, des équipements « lourds » (scanners, IRM, appareils de radiothérapie...), des médicaments remboursés par l'Assurance maladie... Ces mécanismes donnent une importance prépondérante à la politique. La main de celui qui décide est connue et visible. Mais, contrairement aux mécanismes de marché, les sanctions ne sont pas immédiates. En cas, quasi-systématique, d'inadaptation de la demande à l'offre, les erreurs survivent longtemps, longtemps après que leurs inspireurs aient disparu !

Le mot de rationnement fait peur, il évoque les périodes de pénurie et de guerre. Néanmoins dans certaines circonstances de générosité ou, pour les économistes, quand la quantité rationnée est supérieure à la quantité d'équilibre du marché, un mécanisme de rationnement ne donne pas le sentiment de pénurie ce qui, bien entendu, n'empêche pas le rationnement d'exister. La pénurie n'est associée au rationnement que si la contrainte physique ou financière est atteinte avant le point d'équilibre.

Les mécanismes de rationnement

Le rationnement est par essence : *visible* (on sait quelle institution élabore une liste ou plafonne un budget) ; *discontinu* (toute liste est limitée ; tout budget est fermé ; chacun de ces mécanismes a des effets de seuil) ; *politique et bureaucratique*

TRÈS CHER SANTÉ

(il s'agit toujours de la décision d'une personne et d'une instance, et non pas d'une régulation automatique et invisible du marché). Les questions de légitimité prennent donc une importance majeure. Elles tiennent simultanément à la nature de la décision et à celle du décideur.

Les mécanismes de rationnement ne disposent pas, comme la plupart de mécanismes de marché, de systèmes autorégulateurs. Il importe donc d'être vigilant sur les principes qui les fondent et les modalités de leur mise en œuvre. Inadaptés, ils ne sont pas sans conséquences, parfois lourdes. Le lecteur sera donc déçu d'apprendre que quand l'on évite le Caribe du marché, c'est pour tomber dans le Sylla du rationnement. Pour comprendre l'importance de ces mécanismes, nous n'avons retenu qu'un exemple, celui qui joue quand une assurance publique ou privée cherche à définir un « panier de biens et de services » remboursés à ses membres. L'Assurance maladie, notamment, rationne ce qu'elle rembourse, autrement dit, elle choisit, elle limite. *Le panier de biens et de services d'une Assurance maladie est constitué de l'ensemble des produits, des actes et des prestations remboursées, en totalité ou en partie, de façon systématique ou conditionnelle, par ce régime d'assurance à ses affiliés.* Cette définition conduit d'ores et déjà à trois constats : 1) Il existe aujourd'hui en France, tant pour les régimes obligatoires que complémentaires, un panier de biens et de service. 2) Définir ce panier ne se limite pas à établir une liste des produits, des actes et des prestations remboursés. Il convient aussi et simultanément de préciser dans quelles conditions et pour

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

quels malades ces produits, actes ou prestations sont pris en charge par l'Assurance maladie. 3) Les conditions de remboursement peuvent être médicales, économiques ou financières et concerner soit le produit (ou l'acte), soit le patient.

Ce n'est pas parce que l'appellation « panier de biens et de service » est récente que les questions posées ici le sont. Elles sont aussi vieilles que l'Assurance maladie. Il ne s'agit donc pas d'inventer de toutes pièces de nouveaux mécanismes, mais de voir dans quelles conditions les mécanismes en vigueur aujourd'hui fonctionnent et quelles en sont les conséquences.

Le panier de biens et de service

Un panier de biens et de services possède une dimension physique, une dimension médicale et enfin une dimension économique.

La dimension physique est plurielle

C'est le "panier" au sens métaphorique du terme. Sa nature est hétérogène et constituée de : 1) la liste des médicaments remboursés, 2) la liste des « produits et prestations remboursables », 3) la liste des actes médicaux remboursés, celle définie aujourd'hui par la Classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le droit de prescription étant limité, ce panier n'existe que si l'on précise aussi les professionnels et les institutions de santé habilités à le mettre à la disposition de la population. Il doit

TRÈS CHER SANTÉ

donc s'enrichir de : 1) la liste des professionnels de santé agréés, 2) la liste des institutions de soins agréés (hôpitaux, cliniques, centres de santé...) à laquelle sont attachés les champs de compétence respectifs.

Pour arrêter ces listes, des principes différents peuvent être invoqués. Ils sont complémentaires. Bien entendu la première dimension est celle de l'évaluation médicale, issue de la recherche. Elle est universelle. En principe, ne devraient être acceptés au remboursement que des médicaments, des produits, des actes dont l'efficacité a été prouvée par des recherches cliniques conformes aux normes actuelles en la matière (et non pas celles qui prévalaient au moment où ces produits et actes ont été pour la première fois mis sur le marché). L'évaluation réalisée à cette occasion mérite le qualificatif « d'universel », car elle mobilise toutes les meilleures et les plus actuelles recherches mondiales.

A l'efficacité des produits est associée la compétence des hommes qui les délivrent. En outre, sont habilitées à accueillir des patients les institutions qui ont, à la suite de procédure d'accréditation ou de certification, démontré qu'elles étaient conformes aux normes en vigueur.

Un rationnement médicalisé

Les conditions d'utilisation d'un produit ou d'administration d'un acte dépendent à la fois des connaissances médicales du moment et de l'état du malade. Contrairement à ce qui est encore le plus souvent la règle en France, les conditions de

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

rembour-sement d'un produit ou d'un acte ne sont pas assorties de la vérification effective de la pertinence de leur administration, même s'il existe des « référentiels », des « protocoles », des « guides de bonne pratique ». Selon les pays concernés, le vocable utilisé pour la mise en œuvre de cette idée porte différents noms : « *managed care* », « *evidence based medicine* »... Il s'agit de spécifier puis de vérifier si les prescriptions d'actes diagnostics et thérapeutiques correspondent bien à l'état de l'art, aux connaissances du moment.

Depuis plus de vingt ans, nous soulignons que le principe de l'efficacité de la substance ou de l'acte (nécessaire dans l'élaboration des listes de médicaments, de produits ou d'actes autorisés) *ne suffit pas*. En effet, rien ne dit, que parce qu'un médicament est autorisé du fait de sa réelle efficacité thérapeutique, il soit toujours prescrit à bon escient ! En outre, du fait de la croissance exponentielle des savoirs et des produits médicaux, il est impossible, pour un médecin, de suivre seul l'ensemble de cette évolution. Or comment peut-on avoir le droit de tout (ou presque tout) prescrire alors qu'il est impossible de tout (ou presque tout) connaître ? Il est donc nécessaire de mettre en place des systèmes d'évaluation locale.

Ce n'est pas au ministère de la Santé ou à l'Agence compétente que l'on peut vérifier si, par exemple, les règles d'asepsie d'un bloc opératoire ont bien été respectées chaque jour, pour chaque malade dans chaque hôpital ou clinique. Il convient de le faire sur place. C'est cela « l'évaluation locale ». Elle est, depuis longtemps, entreprise par les ingénieurs et les gestionnaires du secteur industriel et commercial. C'est

TRÈS CHER SANTÉ

l'essentiel de ce que l'on appelle aussi, dans l'industrie, « la gestion de la qualité ».

Le constat qu'il est réellement nécessaire de développer l'évaluation locale en médecine est de plus en plus accepté par les professionnels de santé. Du chemin a donc été parcouru, car ils ont longtemps prétendu que la déontologie de chacun et des recommandations générales, certes indispensables, suffisaient ! Mais il y a encore loin de la théorie à la pratique. Les conditions de mise en œuvre posent de réels problèmes philosophiques, financiers, techniques. Comme il n'est pas question de faire suivre chaque professionnel de santé par un contrôleur, que faut-il contrôler ? Quel est le bénéfice et le coût de tout mécanisme de contrôle ? Qui doit le faire ? Comment ? Ces questions n'ont reçu en France que des réponses partielles et, le plus souvent mal acceptées par les intéressés.

Ne pas nuire au malade, lui donner toutes les chances ouvertes par l'arsenal thérapeutique disponible, telles sont les premières raisons pour lesquelles il importe de mettre en œuvre des méthodes s'assurant de l'effective qualité des soins¹ Ne pas engager de dépenses inutiles est l'autre condition. Jean Bernard, grand hématologue français, dit que : « tout ce qui n'était pas scientifique n'était pas déontologique ».

¹ Cf. Jean de Kervasdoué, *La Qualité des soins en France*, éditions ouvrières, Paris, 2000.

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

Qui paye et dans quelles circonstances ?

Il n'y a aucune raison *a priori* pour que tous les produits et tous les actes des listes précédentes, quel que soit le professionnel de santé qui les prescrit, soient remboursés pour tous les malades de la même façon. Le seul outil du panier n'est donc pas et ne doit pas se cantonner aux seules définitions et mises à jour de listes de médicaments ou d'actes que l'on peut prescrire ou pratiquer. Il doit également préciser la nature et les conditions partielles ou totales du remboursement. La dimension économique enrichit la gamme des outils disponibles et donne à l'assuré un signal, parmi d'autres, de l'utilité de tel produit ou tel acte.

La composante économique du « panier de soins » nécessite de préciser :

- la liste des maladies remboursées à X % ;
- les conditions diverses, autres que la nature de la maladie du patient, qui donnent droit à un remboursement intégral, (c'est par exemple aujourd'hui le cas des interventions chirurgicales dont la valeur de l'acte est supérieure à une borne, ou des affections de longue durée). Bien d'autres conditions existent ou sont imaginables.
- les mécanismes de « co-paiement », c'est-à-dire le « ticket modérateur », qui précise le montant laissé à la charge de l'utilisateur et donc, le cas échéant, assurable par un assureur « complémentaire » ;
- les mécanismes de franchise, c'est-à-dire le montant en valeur absolue et non plus en pourcentage payé par le patient

TRÈS CHER SANTÉ

(l'exemple le plus familier est celui du forfait journalier de tout hébergement hospitalier).

- le « bouclier » sanitaire qui plafonne la contribution annuelle d'une personne ou d'un ménage à l'Assurance maladie.

Plusieurs principes contribuent à l'élaboration de ces listes. Le premier est la solidarité. Si certaines personnes atteintes d'une maladie grave sont systématiquement remboursées à 100%, c'est pour éviter que l'éventuel manque d'argent limite leur accès aux soins. Il en est également ainsi des interventions, des actes ou des médicaments particulièrement onéreux.

A *contrario*, les assureurs précisent les conditions de remboursement pour limiter leur risque et leurs dépenses. Le raisonnement dépasse alors rarement le stade de la règle de trois : plus le patient paye un acte, un médicament ou un séjour hospitalier, moins l'Assurance maladie contribue financièrement à ce même acte médicament ou séjour, croit-on. Non seulement le « ticket modérateur » est aveugle et ne distingue pas entre les riches et les pauvres et produit donc des inégalités d'accès aux soins, mais ce raisonnement simpliste oublie que les patients et leurs médecins tiennent compte, quand ils le peuvent, de cette évolution ! Ainsi les urgences hospitalières sont devenues le médecin traitant des personnes les plus démunies : elles sont toujours accessibles et le « ticket modérateur », quand il est perçu, est faible.

Quelques pathologies du rationnement

Les mécanismes de rationnement ont de très nombreux inconvénients qu'il importe de connaître notamment quand on se déclare ennemi déterminé de tout mécanisme de marché.

Le premier est bien entendu l'organisation de la pénurie. Le rationnement peut conduire soit au refus définitif des soins pour certaines personnes ou certains actes, soit à l'instauration de listes d'attente. C'est le cas de la très grande majorité des pays d'Europe du Nord où les patients peuvent effectivement « patienter » plusieurs mois avant de bénéficier d'une intervention chirurgicale non urgente.

L'envers de la pénurie existe et s'appelle la rente. Ainsi, en France pendant les longues années de la « dotation globale », certains hôpitaux ont joui de budgets plus généreux que ceux qu'ils auraient obtenu si des mécanismes de marché concurrentiels entre établissements de soins avaient existé. Cousins de la rente sont les privilèges injustifiés comme ceux des médicaments à l'efficacité jamais démontrée.

Les mécanismes de rationnement sont aussi par essence des freins à l'innovation car il faut plusieurs mois, voire plusieurs années, pour qu'un acte nouveau soit autorisé, coté et remboursé... Ainsi, un médecin se verra contraint, en attendant, de prescrire un examen de radiologie conventionnelle alors que, compte tenu des connaissances du moment, le cas du malade aurait plutôt requis une IRM. Cette forme de rationnement est pernicieuse, car elle est le plus souvent cachée. Les mécanismes de marché *a contrario* sont plus

TRÈS CHER SANTÉ

souples et répondent mieux à l'évolution de l'offre des techniques médicales, mais sont inégalitaires.

Peu ouvert à la nouveauté, le rationnement ferme également la porte aux entrepreneurs. Ainsi, en France, il est impossible, à une jeune équipe de créer un nouvel établissement de soins. La carte sanitaire protège ceux qui sont en place. Il en est donc des lits d'hôpitaux comme des licences de taxi : les autorisations se vendent et s'achètent. La rente a un prix et un marché.

Moins évident, mais tout aussi tangible, est le fait que le mécanisme de rationnement peut être source d'autres formes d'inégalités : quand l'argent ne joue pas, comme à l'hôpital public, l'information compte. Même depuis les enquêtes récentes de magazines nationaux, tout le monde ne connaît pas les « bons » services, ceux où les médecins adressent, à tort ou à raison, mais le plus souvent à raison, leur famille. Il y a donc aussi un rationnement « passif » et inégalitaire pour les moins informés. Ainsi, passer à un système d'Assurance maladie à deux vitesses serait un indéniable progrès. Notre système est à quatre vitesses : ceux qui ont de l'argent et savent, ceux qui savent et n'ont pas d'argent, ceux qui ont de l'argent et ne savent pas et enfin ceux qui ont ni argent, ni connaissance du système !

Si nous insistons sur ces déviances, maintes fois constatées en France, c'est parce qu'il ne suffit jamais de définir des acteurs - ce que nous allons faire - et des principes - ce que nous venons d'esquisser. Encore faut-il mettre en place des mécanismes de gestion qui fonctionnent et avoir des responsables pour en porter la charge. Or, aujourd'hui il est

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

souvent beaucoup plus dangereux pour un responsable de prendre des décisions que de ne pas en prendre ! Les mécanismes de marché contraignent eux, parfois, les décideurs au mouvement, sous peine de mort institutionnelle. Le marché fait des erreurs, mais il les corrige ! Ce n'est pas le cas de la bureaucratie, ou si tard ! Il suffit par exemple de constater comment l'idée du dossier médical personnel, en dépit de ses échecs annoncés, flagrants et onéreux (officiellement à l'été 2008, 67 millions d'euros dépensés pour rien de rien, sans compter les dépenses des entreprises pour un montant au moins équivalent), perdure. Les Anglo-Saxons ont un joli terme, ils parlent de *surviving failures*, les « échecs survivants », sorte de zombie sociologique et politique. Puisque le marché, pour des raisons qui tiennent à la justice sociale, ne peut être le mécanisme dominant de régulation, il importe d'imaginer des systèmes d'adaptation efficaces des mécanismes de rationnement. Vaste programme !

Les acteurs du rationnement

Les industriels prétendraient en être plutôt les victimes que les acteurs, mais ils sont à l'évidence...intéressés. Leur rôle est simple : ils cherchent à vendre et condamnent tout mécanisme qui limite leur marché sauf quand il permet de le rendre solvable, ce qui est le cas de l'Assurance maladie. Le marché des produits de santé est un marché mondial. Tout produit nouveau ayant subi les tests exigés par les instances de réglementation nord-américaines ou européennes est immé-

TRÈS CHER SANTÉ

diatement connu. Il est de l'intérêt de l'industriel de le proposer au marché européen, le deuxième du monde, proche en valeur du marché nord-américain. Pour ce qui est des produits de santé, les intérêts économiques des uns vont rencontrer le pouvoir des autres : hommes politiques et fonctionnaires. L'argent d'un côté, la décision de l'autre.

L'État se compose du Parlement, du gouvernement et de l'Administration à laquelle nous associons toutes les agences concernées par les questions de santé. Remarquons simplement que, pour des raisons politiques essentielles (équité, solidarité...), c'est à l'État d'arrêter le contenu du panier de soins. Il est à la fois responsable de la politique de santé et de l'équilibre des comptes. Si, les institutions actuelles conviennent globalement, il leur manque un chef d'orchestre clairement identifiable et des moyens d'expertise permettant de suivre l'évolution des pratiques médicales.

Quant aux caisses d'Assurance maladie, leur rôle, en principe, s'est accru depuis les réformes récentes et la création de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie). Les tentatives de déremboursement des lunettes, de modification du remboursement des soins pour les malades atteints de maladie de longue durée, la création de « franchises » montrent que leur pouvoir de proposition est réel et touche les différentes dimensions physiques, économiques et médicales du « panier de soins ». Toutefois le choix ultime revient à l'Etat.

Les assureurs complémentaires peuvent en principe définir leur propre « panier de soins », ils le font notamment pour les

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

soins mal remboursés par les régimes obligatoires (lunettes, soins dentaires). Toutefois, ayant la part dominante du marché (mutuelles et institutions de prévoyance), ils se détachent assez peu du « panier de soins » de l'Assurance maladie. Elles sont donc véritablement des assurances « complémentaires » et assez peu « supplémentaires ».

Quant aux Français, si l'on en croit les sondages d'opinion, ils sont généreux, jaloux de leur liberté, sensibles à toute forme d'inégalité et réticents à payer impôts et cotisations sociales, surtout quand ceux-ci sont exigibles de manière immédiate. Ils redoutent donc plus l'impôt sur le revenu que la TVA. Par ailleurs, ils réagissent très vivement à toute modification du « panier de soins » et, semble-t-il, plus aux déremboursements d'un acte ou d'un produit qu'à de nouvelles cotisations ou à l'instauration de mécanismes de désengagement financier (ticket modérateur, « franchises », forfaits ...).

Le rationnement en pratique

Ces acteurs, vont agir sur les nombreuses gammes du rationnement en invoquant différentes sources de légitimité. Celles-ci peuvent être scientifiques, économiques et politiques.

La légitimité scientifique ne suffit cependant jamais à elle seule. Par exemple, à neuf reprises depuis 1985, il a été proposé aux gouvernements successifs de dérembourser l'homéopathie, faute de preuve tangible de son efficacité thérapeutique, sans succès jusqu'à présent. Il est vrai que cette thérapeutique a de nombreux fidèles, que le remboursement de

TRÈS CHER SANTÉ

ces produits ne coûte pas cher à l'Assurance maladie et, comme disent certains fonctionnaires cyniques : « Il vaut mieux que les médecins prescrivent ce type de produit car ils sont peu onéreux, sans danger et, si on les interdisait, ils seraient remplacés par des médicaments plus coûteux ».

A la légitimité scientifique s'ajoutent des légitimités économiques et ce n'est pas toujours celle des comptes de l'Assurance maladie qui prime. La Cour des comptes a ainsi remarqué que les prix et les taux de remboursement de certains médicaments étaient parfois maintenus à un niveau élevé pour des raisons... d'aménagement du territoire. L'entreprise productrice, relayée par les élus locaux, se livrait ainsi, dans tel ou tel département, à un chantage à l'emploi si les prix proposés ne lui étaient pas favorables.

Quant à la légitimité politique, elle est en France incontestable, mais ce n'est pas toujours le cas de l'action politique. Certes les questions de santé publique ont du poids dans les décisions mais elles ne sont pas les seules, loin s'en faut, à être prises en considération quand on touche au « panier de soins ». Ainsi, à l'automne 2007, le gouvernement Fillon a instauré des « franchises », semble-t-il pour des raisons d'abord symboliques fondées sur la croyance en la « responsabilisation » du malade. L'efficacité strictement politique de cette mesure est douteuse si l'on en juge par les vives réactions de l'opinion. Son efficacité économique est faible car cette mesure rapporte peu et enfin son impact médical est regrettable, car il se porte exclusivement sur les

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

plus démunis. Oui, les mécanismes de rationnement sont toujours politiques ! Peut-on les améliorer ?

Vers une justice procédurale

En organisant des procédures publiques et contradictoires avant de prendre une décision, les dangers de dérive se trouvent limités. Il est plus difficile de cacher un choix au soleil de l'opinion qu'à l'ombre des cabinets ministériels. Ainsi, pour les modifications permanentes à apporter au panier de soins, on pourrait imaginer que l'Etat fournisse tout d'abord, à tous les intéressés, toutes les études cliniques et toutes les études médico-économiques pour chacune des thérapeutiques potentiellement touchées.

Concrètement, à la fin du mois de mars de chaque année, le gouvernement et les caisses d'Assurance maladie présenteraient toutes les éventuelles modifications du « panier de soins » (entrées et sorties de tel ou tel produit ou technique, modification de taux de remboursement, modification des conditions cliniques ou économiques de prise en charge) qu'ils envisagent de mettre en œuvre l'année suivante. Les intéressés (professionnels et institutions de santé, assureurs complémentaires, associations de malades ...) auraient trois mois pour fournir arguments et contre-arguments. Ces réactions seraient accessibles sur Internet. Le gouvernement, après en avoir pris connaissance, arrêterait ses propositions définitives et les soumettrait à l'automne au Parlement qui les voterait,

TRÈS CHER SANTÉ

amendées ou non, à l'occasion du débat sur la loi de financement de la Sécurité sociale.

Chacun, dans la clarté, prendrait ainsi ses responsabilités.

En découlerait une plus grande légitimité et c'est essentiel. La solidarité consiste à reconnaître l'autre comme son semblable et à vouloir l'aider, non pas en fonction de ses croyances ou de ses désirs, mais de l'efficacité des thérapeutiques disponibles que son état requiert. Ainsi, il est nécessaire de tracer les limites entre ce qui relève de la solidarité et de la consommation personnelle de soins médicaux. A juste titre, me semble-t-il, l'Assurance maladie rembourse la chirurgie réparatrice après un accident ou une lourde intervention chirurgicale, mais ne rembourse pas la chirurgie esthétique. La situation pour les techniques de contrôle des naissances est plus ambiguë : certaines pilules contraceptives sont remboursées et pas d'autres ; les IVG sont remboursées et, dans certaines circonstances, les pilules abortives... Il ne serait peut-être pas inutile d'en reparler et de rechercher une nouvelle cohérence. Demain, du fait des progrès de la génomique, nul doute qu'il faudra débattre des tests génétiques qui seront remboursés et de ceux qui ne le seront pas. La discussion sera passionnée.

Faut-il espérer des économies majeures de ces modifications continues, de ces adaptations nécessaires, du « panier de soins » ? La réponse est décevante, car vraisemblablement négative. Les pays qui se sont lancés dans ce type de réflexions (Royaume-Uni, Pays-Bas, pays nordiques, Canada, Etat de

UN NÉCESSAIRE RATIONNEMENT

l'Oregon aux Etats-Unis...) en ont retiré une légitimité renforcée, mais peu d'économie parce qu'un produit qui a une efficacité thérapeutique démontrée est toujours utile à quelqu'un. Ce n'est donc pas tant la liste qui compte que les habitudes de prescription des cliniciens et les éventuels remboursements ou déremboursements.

Est-il, en outre, possible en France, à l'instar du Royaume-Uni, de mettre en place des mécanismes de rationnement médico-économiques ? La réponse me semble plutôt négative, même si je le déplore. Les Français n'acceptent pas que des critères économiques interviennent de manière visible dans les choix médicaux. Le projet britannique NICE¹ concerne l'évaluation de l'ensemble des institutions et des pratiques cliniques, à l'instar de ce que réalise en France la Haute autorité de santé (HAS). Néanmoins il existe une différence de taille entre ces deux institutions. L'institution britannique prend également en compte les critères économiques (*Value for money - how well it works in relation to how much it cost*²) pour recommander un médicament ou une conduite thérapeutique. Les techniques recommandées par NICE sont obligatoirement offertes par le système de santé en Angleterre et au pays de Galles. La procédure est publique et les documents accessibles sur Internet. Cette procédure, crainte comme nouveau mécanisme de rationnement, a eu l'effet

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence.

² « Quoi pour son argent ? Comment ça marche comparé à combien ça coûte ? ».

TRÈS CHER SANTÉ

global inverse : les intéressés estiment le surcoût des deux premières années (de 2000 à 2002) à 575 millions de livres. Toutefois, comme en France, les recommandations ne sont pas toujours suivies d'effets et, comme toujours, de telles procédures sont longues. La presse britannique s'en émeut et regrette qu'il faille plusieurs années pour approuver les conditions d'usage de nouveaux médicaments.

On voit donc que la politique de santé se heurte à un écueil majeur. Elle ne peut pas se contenter d'organiser et de faire fonctionner un marché des soins, comme pour la plupart des autres biens et services. L'Etat, avec toutes ses imperfections, avec les coûts politiques que les choix engendrent et les erreurs qui perdurent, se doit d'intervenir, de trancher, de choisir. Puisse-t-il le faire dans la transparence ! Elle est difficile à organiser. Elle nécessite patience et calme. Mais, pour paraphraser Churchill évoquant la démocratie, ces procédures publiques et transparentes de rationnement sont « le plus mauvais système de choix, à l'exception de tous les autres ». En outre, si les mécanismes de marché sont exclus du financement des soins, ils ne devraient pas l'être de la production de ces mêmes soins. La question consiste alors à rechercher des mécanismes de marché compatibles avec un financement collectif, des « quasi-marchés » en quelque sorte.

Qu'est-ce qu'une bonne économie de la santé ?

Chasser l'économie, elle revient au galop. L'argent est toujours rare. Il faut bien choisir. Mais une économie des soins médicaux dépend d'abord de la conception des soins. Là est toute la différence.

Une politique de santé ne se réalise pas sans argent, ni sans référence implicite ou explicite à l'économie. Pour ce qui est de la production de soins médicaux, et donc de la rémunération des professionnels de santé, du financement des hôpitaux et des cliniques, de la rémunération des industriels du médicament et des biens médicaux... l'économie classique a beaucoup à dire, y compris cette fois dans son modèle traditionnel, quoi qu'en pensent de nombreux professionnels de santé. L'organisation de la médecine ne s'explique pas par la seule évolution de l'art médical. Sa dimension économique éclaire la diversité des systèmes de santé des pays occidentaux. Toutefois, il n'y a pas d'économie de la santé, ou d'économie des soins médicaux, sans insister encore sur quelques présupposés philosophiques de l'économie, de la médecine et des soins.

L'éthique de la rareté

Cette discipline des sciences sociales s'est bâtie sur quelques hypothèses simples, et des raisonnements, parfois, enfantins. Nous les avons évoqués, à l'exception d'un rappel trivial : l'argent est rare, toujours. Quand il est dépensé ici (la médecine par exemple), il n'est pas dépensé là (l'éducation). La question du « coût d'opportunité » se pose systématiquement. C'est la première à laquelle pense un économiste. « Peut-on, avec la même somme, faire plus et mieux ? » Convient-il, par exemple, de favoriser la prévention ou les soins, la médecine de ville ou les hôpitaux, la région A ou la région B, les généralistes ou les spécialistes... ? De surcroît, le montant des sommes en jeu ne peut pas laisser indifférent. Accepterait-on de dépenser un million d'euros pour garder une personne en vie une seconde de plus ? Si ce n'est pas un million la seconde, faut-il un million pour une journée, une semaine, un mois, une année ? Cette question paraîtra brutale, elle est légitime, car il s'agit d'argent public. Les poches des contribuables ne sont pas sans fond.

En France, dans les années 1960, des études réalisées, notamment par les ingénieurs des Ponts et chaussées ont calculé le coût de la vie humaine pour déterminer les priorités dans les investissements autoroutiers. Aujourd'hui, cette manière de faire scandaliserait. La vie humaine n'a pas de prix, veut-on croire ! Bien entendu, elle est d'un autre ordre. Mais si philosophiquement une vie n'a pas de prix, les soins médicaux en ont. Donc, quand la réponse n'est pas explicite, elle est

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

implicite. Il faut bien décider. Ce voile, plus hypocrite que pudique, n'existe pas au Royaume-Uni. Peut-être parce que chaque sujet de Sa Majesté la Reine a conscience que si l'opportunité est individuelle, le coût est bien collectif. Ils savent, contrairement aux Français, que l'Etat n'est pas manchot. Il a une main généreuse et une main crochue. C'est en France, seule, que cette main crochue serait invisible.

La liberté de choix

La liberté de choisir un hôpital ou un médecin est une valeur, avant d'être une modalité d'exercice de la concurrence. Certes, les compétences du patient sont limitées pour déterminer l'origine clinique de ses souffrances, et, plus encore, la thérapeutique qui pourrait les atténuer. Toutefois, il sait s'il est facile de prendre rendez-vous avec un médecin. Il se souvient d'avoir été reçu tout de suite, ou d'avoir attendu plusieurs semaines, pour subir une opération. Les minutes qu'il passe aux urgences, ou celles qu'il perd pour remplir une formalité administrative, comptent double ou triple. L'angoisse avive la mémoire. Il est capable d'apprécier la qualité de l'accueil. Il sait quand il a été écouté. Il apprécie la clarté des explications portant sur l'origine thérapeutique proposée et sur ses éventuelles conséquences sur sa vie quotidienne. Mécontent, il choisira un autre médecin ou un autre hôpital ; satisfait, il sera fidèle.

Un patient, comme tout consommateur, vote avec ses pieds, s'il le peut. Donc, au-delà de toute conséquence économique,

TRÈS CHER SANTÉ

une situation de monopole est dangereuse. *A contrario*, la concurrence, même imparfaite, est bénéfique. Si la France est un des très rares pays de la planète où les malades n'attendent pas plusieurs mois pour être opérés de la cataracte ou pour bénéficier d'une prothèse de hanche, c'est parce qu'il y a certes l'Assurance maladie pour tous et des cliniques privées. Imaginons un instant que les cliniques disparaissent, et que leur budget et les honoraires des médecins concernés soient intégralement transférés aux hôpitaux publics. Des files d'attente apparaîtraient immédiatement. Les patients seraient les otages de l'hôpital public. L'établissement rechercherait alors l'organisation la plus adaptée pour lui-même et ses agents et non plus pour ses patients captifs. Il programmerait les interventions en fonction du planning des uns et des autres. Les Français, comme aujourd'hui la majorité des Européens, attendraient.

Si, en France, les patients ont encore le choix de leurs médecins, et pas seulement du médecin traitant, ce choix se réduit dans les zones les moins denses du territoire. Cela est vrai des médecins de ville, comme de leurs confrères hospitaliers. En effet, les Agences régionales de l'hospitalisation ont organisé depuis 1997 des monopoles territoriaux - elles appellent cela une « recherche de complémentarité » - entre hôpital public et clinique privée. La création projetée pour l'année 2009 des « établissements de territoire » ne sera que l'aboutissement de cette évolution. *De facto*, beaucoup de Français n'ont plus, et auront encore moins demain, de véritable choix de leur institution hospitalière.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

Des acteurs « rationnels »

Dans le chapitre précédent, nous avons attiré l'attention du lecteur sur le fait que les raisons du malade n'étaient pas nécessairement celles du bien-portant. Cette remarque ne s'appliquait ni aux professionnels, ni aux institutions hospitalières. Ils sont « rationnels » au sens de la théorie économique même si, eux aussi, pour citer les travaux de l'équipe de l'université Carnegie Mellon, n'ont pas une rationalité absolue. Elle est, comme celle des autres, « limitée ». Autrement dit, un acteur économique n'envisage jamais, faute de temps et d'information, tous les choix possibles. Il s'arrête à la première solution qui lui semble satisfaisante ; raison limitée certes, mais raison tout de même. D'ailleurs, les économistes, très respectueux du monde médical, n'imagineraient pas un instant de considérer que, sous l'effet d'une mystérieuse alchimie, les membres des professions de santé, ou les institutions hospitalières, seraient les seuls acteurs économiques à ne pas être touchés par cette « rationalité », les seuls donc à être irrationnels. L'économie s'applique donc

Ainsi, beaucoup de directeurs d'établissements hospitaliers ont constaté la vitesse à laquelle un praticien hospitalier apprenait à coter un acte quand il venait à exercer en clinique privée, alors qu'il négligeait cette tâche subalterne à l'hôpital. De même, beaucoup de médecins des hôpitaux publics feignent de s'étonner de l'évolution subite de leur directeur. Quand l'établissement était financé par la dotation globale, le directeur s'efforçait de limiter l'activité des équipes médicales.

TRÈS CHER SANTÉ

Soudainement, depuis que les recettes de l'hôpital dépendent de cette activité, ce même directeur veille à leur promotion. Ils jouent au jeu que leur impose l'économie. Ils sont bien « rationnels ».

Le médecin et l'argent

L'économiste n'oublie jamais qu'un médecin dévoué est aussi un médecin honoré en espèces sonnantes et trébuchantes. Rien de déshonorant dans ce constat, il est non seulement légitime, mais sain, de parler d'argent. Toutefois, ce faisant, je brise un tabou dont je suis d'autant plus conscient qu'au cours de nombreuses conférences il m'a été reproché... d'en parler, même quand j'affirmais que beaucoup de médecins français étaient mal rémunérés. Oui, un tabou ! L'économiste doit-il croire en l'application universelle et permanente de ce principe de la déontologie médicale ou avoir confiance en sa discipline ? Cette dernière prétend que *l'homo æconomicus*, sans être unidimensionnel, pour être « rationnel », doit agir dans son intérêt. Donc, le professionnel de santé qui répondrait toujours à l'intérêt de son malade, pourrait être, au sens économique, « irrationnel », notamment si son intérêt financier divergeait de celui de son patient. Qui croire ? Que croire ? L'analyse empirique permet de trancher en faveur de... la raison, plus que de la morale.

Curieusement si l'on est en France très attentif aux conflits d'intérêts dans le secteur financier, de l'expertise comptable (surtout depuis l'affaire ENRON), du droit (si l'on en juge par

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

le nombre de radiations, la profession d'avocat est infiniment plus sévère que la profession médicale), de l'entreprise (les abus de biens sociaux), de la banque (les parachutes dorés), ce n'est pas le cas en médecine. Certes il existe pour les prévenir une abondante législation¹, mais la jurisprudence ne semble condamner que les abus manifestes. Tout irait bien : (presque) tous les médecins prescriraient toujours à bon escient, sans jamais penser à leur propre intérêt ! Pourquoi cette cécité ?

Oui, les professions médicales, comme les autres professions, font face à des « conflits d'intérêts ». Relever « un conflit d'intérêts » ne consiste pas à prétendre que les personnes qui y sont confrontées sont malhonnêtes. Le conflit d'intérêts est un danger potentiel. Il s'exprime quand des enjeux financiers peuvent avoir une influence sur la loyauté du médecin à l'égard de son patient². La déontologie médicale, comme celle des avocats, a pour objectif premier de canaliser ces conflits d'intérêts³, afin qu'ils ne conduisent pas à des abus et que le client soit, en chaque circonstance, protégé.

¹.Agnès Schmitz-Schweitzer, « Les conflits d'intérêts en médecine », *Responsabilité*, n° 30, juin 2008

² Marc Rodwin, *Medicine, Money and Morals – Physicians' Conflicts of Interest*, Oxford University Press – 1993.

³ Les conflits d'intérêt ne sont pas tous d'ordre financier et ne se limitent pas au seul paiement à l'acte. Un médecin d'une équipe de sport du côté des sportifs ou de celui de l'équipe et de son propriétaire ? Un médecin du travail est-il toujours indifférent aux pressions de l'entreprise ? Un médecin qui apprend la séropositivité au VIH de son patient, doit-il en

TRÈS CHER SANTÉ

Ce sujet qui fâche, celui du rôle perturbateur de l'argent dans la relation médecin-malade, est un sujet ancien. Pendant de trop longues périodes, la profession a réussi à faire croire que la question ne se posait pas. Les questions d'éthique médicale passionnent les Français, ils entendent parler de manipulations génétiques, de biologie de la reproduction, d'essais thérapeutiques, de transplantation d'organes, de confidentialité des données médicales mais... jamais d'argent, comme si cette dimension éthique n'était pas essentielle.

Georges Bernard Shaw¹ remarquait, il y aura bientôt un siècle, « qu'une nation saine, ayant observé que l'on pouvait s'assurer d'obtenir du pain en offrant au boulanger un intérêt financier à le cuire pour vous, en ait déduit qu'il faille intéresser financièrement un chirurgien pour vous couper la jambe, suffisait à vous désespérer de l'humanité ... » ; ou encore que « l'on pouvait avoir autant confiance en un chirurgien payé à l'acte qu'en un général vendu à l'ennemi, car il avait intérêt à vous couper la jambe ». Il rajoutait enfin, au cas où l'on aurait mal compris, l'« objet de la profession médicale est d'assurer un revenu aux médecins ; et, de ce point de vue, toute considération pour la science et la santé publique doit s'effacer quand les deux entrent en conflit. Heureusement, ce n'est pas toujours le cas ! » C'était en 1913, avant la

informer son partenaire ? Notons que si en France on répond à cette question par la négative, la déontologie américaine recommande l'inverse

¹ George Bernard Shaw, "Preface on doctors", *The Doctor's Dilemma, A Tragedy*, Baltimore 1913.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

création de l'ordre des médecins, à une époque où la violence verbale signifiait que l'on respectait le lecteur, au risque de le choquer.

Bernard Shaw posait déjà les trois questions essentielles de la relation médecin-malade :

- Comment un patient peut-il bâtir sa confiance en son médecin ?

- Comment les médecins peuvent-ils agir dans l'intérêt de leurs malades, sans que ceux-ci ne leur prêtent un excès de vertu ?

- Comment enfin un patient peut-il se faire indemniser par un médecin si celui-ci lui a causé du tort ?

Malgré les excellents dictionnaires de vulgarisation, malgré Internet, le patient délègue à son médecin la manière appropriée de le prendre en charge. Il ne peut pas (je dirai même : il ne doit pas), ne pas lui faire confiance. Pour être bien soigné, il doit s'en remettre à lui. Un patient consulte parce qu'il a mal au ventre. Il ne « demande » pas une radiographie ou une analyse de ses urines. Il ne souhaite pas qu'on l'opère ou qu'on lui prescrive des antibiotiques. Il désire simplement ne plus avoir mal et ceci le plus rapidement et le moins douloureusement possible. C'est alors que la notion de conflit d'intérêts prend tout son sens. Elle varie selon la manière de payer les médecins et il n'y a que trois manières de les rémunérer : l'acte, le forfait, le salaire.

TRÈS CHER SANTÉ

Payer la prestation de service : le paiement à « l'acte »

La charte de la médecine libérale de 1926 a érigé en principe sacro-saint ce mode de rémunération des médecins de ville. Son avantage majeur est l'autre face de son inconvénient essentiel. Un système de paiement à l'acte favorise la production d'actes, s'il incite le médecin à répondre à la demande de son patient, cette incitation peut être trop forte et le conduire à réaliser des actes qui ne s'imposent pas. En pratique, le système de paiement à l'acte ne pose problème qu'en l'absence de mécanismes de contrôle de la production d'actes qui, eux-seuls, permettent de déceler d'éventuels abus. De surcroît, ce mode de rémunération fait l'hypothèse, pas toujours vérifiée, qu'il est facile de décrire ce qu'est un « acte ». Relativement¹ précise quand il s'agit de rémunérer un laboratoire d'analyse biologique pour une glycémie, un cabinet de radiologie pour un examen du poumon ou un ophtalmologue pour une opération de la cataracte, la notion « d'acte » est très vague quand il s'agit de consultation.

En France, à l'automne 2008, le tarif de l'acte des cliniciens varie selon que le médecin est un généraliste ou un spécialiste, selon qu'il pratique en secteur conventionné ou à honoraire libre², selon l'heure (nuit), le jour (dimanche et jour férié), l'âge du patient et enfin, depuis peu, selon le parcours de soins. Le tarif n'est en effet pas le même selon que le patient est, ou

¹ Bien entendu la technologie joue aussi un rôle important.

² Dans ce cas, il s'agit d'un prix et non pas d'un tarif.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

n'est pas, passé par son médecin traitant¹. Mais, et c'est bien curieux, en secteur conventionné, le tarif de l'acte est identique que la consultation dure dix minutes ou une demi-heure, que le médecin soit un expert reconnu ou un débutant, qu'il ait 30 ou 60 ans... En outre, et contrairement à certains pays, l'Assurance maladie ne considère pas qu'un médecin mérite d'être honoré, quand il donne un avis téléphonique ou épistolaire à son patient.

C'est ce flou qui a conduit de très nombreux pays à honorer les médecins cliniciens avec d'autres formules que l'acte ou, plus précisément, à ne pas faire de l'acte la seule et unique forme de rémunération des cliniciens de première ligne. Il s'agit notamment des généralistes, des pédiatres, des gériatres, des gynécologues médicaux ...

*Payer la prise en charge du malade :
le paiement au « forfait » ou à la « capitation »²*

Cette autre forme de rémunération est simple : le médecin n'est plus payé en fonction de son activité de ses « actes » mais en fonction du service global qu'il rend à la personne malade sur une durée longue, un an le plus souvent. Il a paru en effet

¹Il existe également un tarif spécifique pour la consultation annuelle des patients de longue durée, des visites en urgence, des visites à domicile « justifiées », la pose d'implant ou d'un dispositif intra-utérin, d'infiltrations, d'actes avec électrocardiogramme et de toute une série d'actes techniques (suture, pansements ...).

² De *capita*, la tête, en latin, autrement dit un système de paiement à la personne.

TRÈS CHER SANTÉ

inutile, complexe et dangereux, dans certains cas, de décomposer l'acte médical en sous-actes de plus en plus dénués de sens, d'autant que le malade ne demande jamais d'actes mais de l'attention et des soins. Aussi, dans la plupart des pays d'Europe du Nord, les médecins généralistes reçoivent un forfait annuel et global pour prendre en charge un malade. Le système demeure libéral : c'est bien le malade qui choisit son médecin¹, le médecin a donc intérêt à lui rendre le service qu'il demande, mais il n'a aucun intérêt, au contraire, à le voir plus souvent. Il se trouve aussi, et ce n'est pas un hasard, que dans les pays où ce système domine, les prescriptions d'exams et de médicaments sont moindres. C'est aussi la raison pour laquelle l'industrie pharmaceutique, sans jamais l'avouer publiquement, est farouchement opposée à ce que se développe en France ce système de rémunération des cliniciens.

Payer le médecin : le salariat

L'idée est banale. Les avantages et les inconvénients de ce mode de rémunération sont connus et *grosso modo* l'inverse du paiement à l'acte. Le salarié n'est pas incité à multiplier son activité au-delà du nécessaire. Le «nécessaire» signifie, en général, l'attention du supérieur hiérarchique, quand il existe, ce qui n'est pas toujours le cas des médecins salariés.

En France, si nous avons une idée primaire de l'acte clinique, nous avons également une idée très étroite du salariat, tout au

¹ Nous choisissons bien une fois par an seulement notre compagnie d'assurance.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

moins dans les hôpitaux publics. Salaire ne veut pas nécessairement dire salaire identique, quels que soient le lieu d'exercice ou la spécialité ! En France, dans les hôpitaux publics, on estime pourtant que les biologistes, les chirurgiens, les anesthésistes doivent être rémunérés de la même façon qu'ils habitent Paris, Brest ou Strasbourg, qu'ils soient biologistes, chirurgiens, anesthésistes ou radiologues ... On ignore ainsi l'existence de fortes variations de rémunération des médecins de ville selon leur spécialité. On fait l'hypothèse hasardeuse qu'il n'y a pas de marché des compétences médicales, mais le marché se venge et rappelle son existence. Il n'est donc pas nécessaire d'aller chercher loin l'explication de la vacance de postes de radiologues, d'anesthésistes et de chirurgiens à l'hôpital : ils sont moins bien rémunérés que leurs confrères de ville. En revanche, dans les spécialités purement cliniques (dermatologie, pédiatrie ...), pour un même salaire, la rémunération hospitalière se compare à celle de la ville et les postes ne sont pas vacants. Les médecins sont rationnels.

Chaque méthode de rémunération présente donc des situations où peuvent se produire des conflits d'intérêts. Ce problème concerne toutes les activités économiques. Toute manière de rémunérer ou, plus spécifiquement, d'honorer, peut transformer la relation entre un client et son conseil, entre un client et son fournisseur ou entre un employé et son entreprise. Bien entendu, les abus n'ont pas toujours des conséquences graves pour la personne abusée mais, parce qu'il peut s'agir de vie et de mort, l'humour des patients floués, ou de leur famille,

TRÈS CHER SANTÉ

atteint vite ses limites. Sans réduire la vie en société aux questions financières, elles sont essentielles. Le problème n'est pas seulement le conflit d'intérêts en tant que tel, c'est aussi la négation de son existence qui se drape d'angélisme.

Les enquêtes d'opinion montrent la grande considération que les Français portent aux professionnels de santé. Même les plus méfiants ont un bon médecin, le leur. Toutefois le public découvre et mémorise ce que veut dire « infection nosocomiale ». Les magazines classent hôpitaux et cliniques et donc, s'il y a de très bons établissements de soins, certains doivent l'être moins. *Le Parisien* en avril 2007 enquête sur les rémunérations en liquide demandées par des chirurgiens à leurs patients pour réaliser une opération. Certains de ces « dépassements » du tarif de l'Assurance maladie ne sont certes pas illégaux, mais – à tort ou à raison – sont jugés excessifs par la presse. Plus graves, mais moins connus, les travaux que nous avons menés sur la cardiologie en France¹ dont nous avons déjà parlé montrent que les très fortes variations du comportement des cardiologues et accessoirement des dépenses de cardiologie selon les départements français ne sont pas liées aux maladies cardiaques.

Aucun système de paiement n'est, du point de vue des conflits d'intérêts et donc de l'éthique, sans défaut. Si donc

¹ Jean-Paul Letouzey, Jean de Kervasdoué et al, *Cardiologie 2000 Livre blanc sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires en France*, Sanesco 1996.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

avec le paiement à l'acte le médecin peut avoir intérêt à prescrire, avec un mécanisme de dotation globale, surtout s'il est intéressé aux résultats, il peut avoir intérêt *a contrario* à rationner. Ce rationnement peut prendre une forme active (liste d'attente, transfert de patients) ou passive (examens non réalisés ou réalisés trop tardivement). Le salariat, surtout quand il s'accompagne d'un statut qui de fait rend la personne inamovible n'incite pas toujours, pour certains, dans certaines circonstances, au dépassement de soi-même. La capitation¹ a aussi ses inconvénients car elle incite le médecin à voir son patient aussi peu que nécessaire, pas trop cependant pour qu'il ne choisisse pas un autre de ses confrères pour « référent ». Il n'existe donc pas un « bon » système de paiement des médecins. Cela plaide pour des systèmes mixtes et évolutifs selon les défauts constatés à un moment donné, mais encore cela démontre que le pire des systèmes est un système non contrôlé, tel le nôtre.

Comme tout acteur économique, le médecin, l'hôpital, la clinique sont influencés par la manière dont ils sont rémunérés. C'est le malade qu'il convient de protéger d'abord, puis, et tout autant, plus lointain, plus abstrait, mais tout aussi concerné, celui qui cotise, nous tous donc. Pourtant l'escroquerie plus ou moins mineure à la Sécu est un sport national. Puisse l'éthique médicale s'intéresser enfin aux questions d'argent en général et

¹ Ce système est peu utilisé en France, il l'a été pour le médecin « référent » avant que ce concept ne soit abandonné au profit du médecin « traitant ».

TRÈS CHER SANTÉ

d'argent public en particulier ! Les médecins français sont, pour la plupart d'entre eux, et dans tous les sens du terme « mal » rémunérés. Je pense que c'est parce qu'ils se drapent dans une vertu qu'on ne leur demande pas. A force de ne pas en parler, on y pense toujours et cela a un prix pour eux et pour la collectivité.

Payer l'hôpital

Jusqu'au 1er janvier 2004, les hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) étaient financés par un mécanisme de dotation globale. En revanche, les établissements hospitaliers privés à but lucratif (les cliniques) l'étaient par un système de prix de journées et de forfaits. En principe, le montant global des dépenses alloué par l'Assurance maladie à ces établissements était plafonné. Le Parlement votait en effet chaque année un « Objectif quantifié national » (OQN) pour ces dépenses. En réalité, à l'exception d'une année, il a toujours été dépassé.

Payer l'hébergement : le prix de journée

Jusqu'en 1984 pour les hôpitaux universitaires et 1985 pour les autres établissements publics, les hôpitaux, comme les cliniques, étaient financés par un système de prix de journées. Toutefois, déjà, si l'idée était la même, pour ces deux institutions, la manière dont elle était mise en œuvre était bien différente, notamment, parce qu'à l'hôpital la rémunération des

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

médecins était incluse dans le prix de journée, ce qui n'a jamais été le cas des établissements privés. Les médecins des cliniques ont toujours facturé leurs honoraires à part, au nom de leur conception du « libéralisme ».

Si le système des prix de journées a été abandonné, c'est tout d'abord parce qu'il était inflationniste. En 1973, les dépenses hospitalières ont crû de 28 % ce qui est beaucoup, même quand l'inflation est voisine de 14 % ! Très inflationniste donc, favorable aux établissements, mais également très coûteux pour l'Assurance maladie. Il y eut une autre raison, plus fondamentale, mais moins souvent perçue. En effet, payer un service à la journée implique que le service rendu est bien mesuré par la durée de séjour. On devrait pouvoir en conclure que ce service s'accroît quand le nombre de journées augmente. Certes, pour un hôtel ou une institution qui prend en charge des personnes dépendantes, le paiement à la journée se justifie. Mais donner plus d'argent à un hôpital parce qu'il garde plus longtemps un patient, est-ce toujours une excellente idée ? En effet, une personne qui se fait opérer de la cataracte ou d'une prothèse totale de hanche prend ce risque pour mieux voir ou se déplacer plus aisément. Elle ne recherche pas à rester plus longtemps dans un lit hospitalier, endroit dangereux s'il en est ! Il m'a donc paru, depuis longtemps, que le paiement à la journée était, à la fois, la marque du rôle social de l'hôpital et la reconnaissance implicite de l'inefficacité de la médecine. Or la médecine progressait vraiment, il m'apparaissait urgent d'abandonner ce système archaïque. Ainsi

TRÈS CHER SANTÉ

furent abandonnés en 1983 les prix de journée et instauré le mécanisme de la « dotation globale ».

Payer l'institution : la dotation globale

La réforme de 1983 avait pour premier objectif de mettre un frein à l'inflation hospitalière galopante. Cet objectif fut atteint. Mais elle était plus que cela, elle privilégiait l'institution en tant que telle. Bien entendu la question essentielle, question peu comprise à l'époque, était de savoir comment cette dotation était calculée. Je souhaitais qu'elle le fût, au moins en partie, en fonction de « l'activité » de l'établissement. Les textes le prévoyaient, ils furent peu appliqués. La réforme de la dotation globale fut donc une réforme conservatrice. La dotation fut calculée, principalement, sur des bases historiques.

Cette dotation globale était une fiction juridique, même si elle avait des conséquences financières très pratiques. Cette subtilité juridique trouvait sa racine dans le préambule de la Constitution française de 1945. L'Assurance maladie est un droit que les assurés exercent. Il n'appartient à personne de préjuger de la manière dont il sera exercé. Aussi, en théorie, la dotation globale représentait la somme des remboursements que l'Assurance maladie devait verser à un hôpital l'année suivante (n+1), si ses patients étaient les mêmes que ceux de l'année précédente (n-1) et payaient pour chaque séjour le prix de l'année n augmenté d'un taux directeur (jusqu'ici toujours positif). Les hospitaliers ne sont pas trompés, il parlait de « budget global », de fait sinon de droit. C'était bien ce que nous voulions faire.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

La dotation était versée chaque mois aux hôpitaux par leur « caisse pivot » d'Assurance maladie et était, en principe, fonction de leur activité¹. Si la référence à l'activité fut peu prise en compte, c'est que la tutelle de l'époque (le directeur de l'action sociale du département) n'était pas toujours capable de mesurer précisément cette « activité », et surtout n'avait pas de réelle légitimité pour décider d'importants transferts de fonds entre établissements. La paix sociale a toujours eu un prix : celui de la prime à l'inefficacité. S'appuyer sur l'activité réelle de chaque établissement n'aurait donc été que justice et application des textes, mais l'histoire financière de l'établissement, c'est-à-dire ses budgets passés ont continué d'être le déterminant principal des sommes qui lui furent allouées. Certes il a existé des « marges de manœuvre », des « modulations d'enveloppe » par établissement, département ou région. La comparaison de la productivité relative des établissements a joué un petit rôle dans l'attribution des masses budgétaires, mais la dotation globale était conservatrice et inégalitaire. De plus, à l'occasion de la mise en place des trente-cinq heures, le gouvernement de l'époque a aggravé les inégalités existantes et ceci doublement. Tout d'abord, il a fait l'hypothèse que la durée réelle du travail était partout de 39 heures, ce qui n'était déjà pas le cas déjà vingt ans auparavant (37,5 heures). Il a en outre estimé que la productivité des

¹ Décret du 11 août 1983, précisant les mécanismes de calcul de la dotation globale de financement.

TRÈS CHER SANTÉ

hôpitaux était partout la même ! Aussi, les inégalités de dotation en personnel se sont mécaniquement aggravées.

La dotation globale pesait sur les meilleurs et donnait aux autres une rente. Il fallait évoluer. Elle est progressivement (en huit années) remplacée par une tarification à l'activité.

Payer la prestation : la tarification à l'activité

Avec cette réforme, le point de vue change à nouveau, et de manière radicale. L'Assurance maladie ne privilégie plus l'institution en tant que telle, mais le service qu'elle rend. Le service n'est plus mesuré en journées. Ce n'est plus l'hébergement qui prime, mais le service médical rendu. Au cœur du système est la classification des malades en GHM (Groupe homogène de malade). Réalisée à la sortie du malade de l'établissement, elle tient compte de la maladie qui explique pourquoi le malade a été hospitalisé, des éventuelles maladies associées (comorbidité) à cette maladie dite « principale », de l'intervention chirurgicale si elle a eu lieu et, parfois, de l'âge et du sexe des patients¹.

Il est en outre prévu que le même GHM soit payé différemment selon la structure où il sera pris en charge. On parle alors de « GHS » (Groupes homogènes de séjour). Ainsi les malades de certains GHM traités dans des unités de soins palliatifs sont mieux rémunérés que les mêmes GHM dans des unités traditionnelles. *La distinction GHM – GHS décrit donc*

¹ Pour plus de détail consulter : Jean de Kervasdoué, *L'Hôpital*, Coll. Que sais-je ? PUF, Paris 2007, 3^{ème} édition.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

un effet de structure de prise en charge. Cette possibilité est intéressante car elle permet aux pouvoirs publics par un mécanisme de prix de donner un signal aux acteurs hospitaliers et donc de les inciter, pour reprendre notre exemple, à constituer des unités de soins palliatifs.

Chaque GHS a un tarif, national, publié chaque année. Il est le même pour tous les établissements, sauf dans certaines régions (Corse, Paris et sa première couronne, départements d'Amérique et île de la Réunion) où les établissements jouissent d'un coefficient majoré qui peut évoluer d'une année à l'autre. Les activités externes : consultations, examens diagnostics, séances... sont facturées selon les modalités prévues par la nomenclature des actes utilisés par les médecins de villes, généralistes, spécialistes, cliniciens, radiologues, biologistes ou odontologistes. Ce système a l'avantage d'exister et l'inconvénient de ne représenter ni l'état de l'art médical, ni véritablement les coûts de revient de chacun de ces actes à l'hôpital. Les activités externes sont donc pénalisées et ne valorisent pas à leur juste prix l'expertise médicale et notamment celle des hospitalo-universitaires¹. Les médicaments et dispositifs implantables « coûteux » peuvent être facturés à part afin de laisser aux cliniciens leur liberté de prescrire. Leur liste est publiée chaque année ainsi que les tarifs de facturation.

¹ Une consultation par un hospitalo-universitaire coûte à l'hôpital de l'ordre de 150 euros. Il en reçoit moins de 30 !

TRÈS CHER SANTÉ

Le libéralisme s'est arrêté en chemin. Cette réforme a bouleversé la gestion hospitalière. Certes très progressivement, car huit années ont été prévues pour sa montée en charge, mais l'activité joue de nouveau un rôle central dans le calcul des recettes et cela modifie profondément la stratégie des institutions, à condition que le gouvernement en tire les conséquences et ne laisse pas s'accumuler les déficits.

Comme à l'époque des prix de journée, le système qui s'applique aux établissements privés fait usage de termes identiques à ceux choisis pour les établissements publics mais qui, une fois encore, recouvrent des réalités différentes pour les mêmes raisons qu'autrefois et notamment la facturation séparée des honoraires des praticiens et les missions de service public. Cependant, hôpital public ou clinique privée, la réforme a les mêmes effets : le revenu de chaque établissement dépend du nombre de cas qu'il traite, il y a donc un intérêt économique à admettre plus de malades et à les garder le moins longtemps possible, car pour chaque séjour il y a un forfait et un seul.

Les conséquences vraisemblables de cette réforme sont nombreuses, mais remarquons qu'à l'origine ce système n'a pas été conçu pour faire des économies. Les prix de référence sont ceux de la moyenne des établissements. Certains perdent et d'autres gagnent, mais la masse globale demeure inchangée. On pourrait penser qu'avec un tel système, la gestion des hôpitaux évoluerait rapidement. La comptabilité analytique, la connaissance intime de la clientèle (marketing), les comparaisons (benchmarking) inter-établissements, l'analyse financière... toutes ces techniques classiques de gestion

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

devraient enfin devenir réalité à l'hôpital. Pour l'instant, ce n'est pas ce que l'on constate. Construit pour susciter l'émulation et pour ne peser que sur les établissements les moins bien gérés (il s'agissait de rechercher un ajustement à la moyenne), il se trouve qu'à la fin 2008 le déficit devient la règle. Tous les hôpitaux régionaux, les CHR, seront en déficit à la fin 2008 à une exception peut-être ! La logique qui consiste à demander aux gestionnaires d'hôpitaux de se débrouiller avec des tarifs très (trop ?) rigoureusement calculés ne fonctionne pas. La crise hospitalière est à venir.

La raison de ce décalage entre l'idée et ce qui en résulte est aussi simple qu'évidente. La réforme a assoupli les recettes, mais n'a pas été accompagnée de modification des règles de gestion. Ainsi, sauf en jouant sur le calendrier des recrutements, il n'est guère envisageable juridiquement et politiquement d'adapter l'emploi à l'activité. L'hypocrisie perdure. L'Etat souhaite que les directeurs d'établissements prennent des décisions que lui-même n'assume pas. Chacun regarde le trou se creuser en attendant la rallonge qui, j'en suis persuadé, viendra.

Or, on ne peut pas demander à un gestionnaire de gérer sans lui donner la liberté de gestion et c'est la critique essentielle non pas de cette réforme du financement, mais du fait qu'elle n'ait pas été accompagnée des assouplissements nécessaires. Si donc, plusieurs critiques me paraissent sans fondement telle, par exemple, celle qui souligne que la qualité n'est pas prise en compte dans l'élaboration des tarifs des GHS, (comme si elle l'était dans les systèmes antérieurs de la dotation globale ou

TRÈS CHER SANTÉ

des prix de journées !), d'autres en revanche sont justifiées. Les consultations externes sont mal rémunérées car le pouvoir politique a craint que, s'il calculait un tarif plus élevé pour les hôpitaux publics, il aurait du mal à contenir cette augmentation à ce seul secteur. Plus fondamentalement, la légitimité clinique des tarifs est fragile en effet, leur méthode de calcul (l'ajustement à la moyenne) continue de prendre une moyenne pour une norme ! Les tarifs ne tiennent pas compte d'une thérapeutique de référence ce qui est regrettable. Enfin, et l'on a l'impression de fermer une boucle, ce système est inflationniste, comme tout système de paiement à l'acte. Ainsi, depuis 2004 les dépenses des cliniques où le système est appliqué à 100 % ont augmenté en moyenne de 8 %, faute, une fois encore, de contrôler les volumes.

Aucun système n'est parfait. Celui-ci devait être un progrès par rapport à l'application de la dotation globale : rigide, inadaptée, inefficace, injuste, onéreuse... Non seulement il requiert dans ses applications d'assez nombreux réglages, mais surtout il s'est arrêté en chemin. Ce qui ne marche pas, ce n'est pas ce système de paiement des hôpitaux, il a été adopté dans le monde entier, mais sa greffe française et cela me rappelle d'autres réformes. En 1968, la réforme des universités par Edgar Faure, le ministre de l'Education nationale de l'époque, expliquait dans son article premier que les universités étaient autonomes puis, la même loi indiquait en plusieurs dizaines d'articles en quoi elles ne l'étaient pas, mais pas du tout, le ministère des Finances était passé par là... Il en est de même

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

de la gestion hospitalière : l'appareil d'Etat et les syndicats ne veulent pas d'hôpitaux autonomes. La classe politique, même de droite, n'est pas libérale !

En attendant, les critiques viennent surtout de la gauche. Ainsi, dans *Le Monde*, certains médecins s'inquiètent de « cette fausse bonne idée de rentabilité obligée de l'hôpital public »¹. Outre le fait que personne ne demande à un hôpital public d'être « rentable », mais simplement d'équilibrer ses comptes, ces auteurs semblent avoir la nostalgie de la « dotation globale » et regretter que les recettes d'un hôpital soient aujourd'hui proportionnelles à son activité, soit ! On aimerait cependant connaître de ces éminents professeurs de médecine leur manière de financer l'hôpital public : si ce n'est pas en fonction de son « activité », autrement dit du service rendu à la population, quel devrait en être le principe de financement ? Doit-on revenir à la dotation globale et financer encore la « dysorganisation » de l'hôpital public, terme forgé pour évoquer une « organisation dont le fonctionnement sous-optimal est recherché par ses acteurs et qui les satisfait² » ? Robert Holcman montre en effet en quoi l'équilibre du rapport de force corporatiste à l'hôpital s'oppose à une organisation,

¹ M-G Bousser et al. ; « L'hôpital public ne doit pas devenir une « entreprise » », *Le Monde*, le 24 juin 2008.

² Robert Holcman, « La « dysorganisation », un fonctionnement sous-optimal recherché par ses acteurs », *Revue Française de gestion*, n°184 ; 2008.

TRÈS CHER SANTÉ

efficace pour le malade, et économe pour le financeur. Beaucoup de tâches programmables ne sont jamais programmées afin de laisser du pouvoir aux responsables médicaux. Ils deviennent ainsi les maîtres du temps...des autres.

Que défendent ces médecins, l'équilibre corporatiste ou l'intérêt du malade ? Bien entendu, le système qui vient de se mettre en place est loin d'être parfait, mais quel système proposent-ils ? Pour avoir connu trois¹ manières de financer les hôpitaux publics et participer à l'évolution de deux d'entre elles, celle-ci n'est probablement pas la pire et peut encore sensiblement progresser. Le flou, l'incapacité pour la majorité des acteurs d'interpréter un budget hospitalier permet des jeux de pouvoir qui ont un coût payé par les assurés sociaux alors que tout le monde comprend facilement l'idée du forfait pour un service médical donné.

Par ailleurs, je m'étonne toujours que des critiques, venant de la gauche de l'échiquier politique, ne prennent jamais en compte le travail de ceux qui se lèvent le matin pour payer leurs cotisations sociales. L'argent n'était pas compté à l'hôpital public jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité. L'argent ne comptait donc pas au sens où le raisonnement économique n'avait jamais prise sur les décisions médicales. J'ai ainsi pu constater² que douze personnes

¹ Les prix de journée par spécialité, la dotation globale et la tarification à l'activité.

² Jean de Kervasdoué, *L'Hôpital vu du lit*, Seuil, 2004.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

pouvaient simultanément chercher pendant une demi-heure le cliché d'une radio du poumon qui s'était égaré. Toute institution qui tenterait de limiter les erreurs et de réduire les coûts de production, aurait eu un système informatique recensant simplement l'activité du département d'imagerie médicale et organisé une forme moderne de traçabilité de ses examens. Du temps de la dotation globale, le budget seul comptait et l'argent était une variable discrète : soit il y en avait, soit il n'y en avait pas. Quand il y en avait, on le dépensait ; quand il n'y en avait pas, on rationnait, puis parfois on manifestait, en attendant la rallonge qui ne tardait jamais à venir. A l'hôpital public ne cohabitaient que deux discours : le discours médical et le discours social. Ils se renforçaient et n'étaient compatibles que parce que la collectivité, acculée par ce double rapport de force, offrait plus de moyens, d'où la dysorganisation, d'où les déficits, d'où la croissance des dépenses.

Un médicament à quel prix ?

L'économie du médicament est, dans son principe, plus facile à expliquer que l'économie hospitalière, mais plus difficile à mener du fait de ses contradictions intrinsèques et de sa dimension internationale.

L'industrie pharmaceutique est une grande industrie. Elle a apporté la contribution essentielle aux révolutions de l'art médical et continuera de le faire. Elle traverse aujourd'hui une crise profonde. En effet, cette industrie dont l'origine

TRÈS CHER SANTÉ

scientifique est double semble avoir tari la veine de la chimie et ne bénéficie pas encore pleinement des découvertes des biotechnologies. Elle est née des recherches en chimie des universités allemandes du milieu du XIXe siècle et des découvertes de Pasteur et des pasteurisateurs. La chimie fine et la biologie des anticorps et des vaccins vécurent dans des mondes séparés jusqu'au début des années 1960. Puis vinrent les révolutions scientifiques et techniques de la biologie qui donnèrent naissance aux « biotechnologies ». L'industrie pharmaceutique mit du temps à en saisir l'importance et se vit contrainte il y a une vingtaine d'années d'acheter à un prix élevé les compétences qu'elle n'avait pas. Depuis, elle tarde à bénéficier des investissements considérables qu'elle a réalisés dans ce domaine alors que tombe la protection par les brevets de plusieurs très grandes molécules. De surcroît, elle doit répondre à une réglementation tatillonne, lourde et onéreuse, tant pour des raisons médicales qu'économiques. Il n'existe plus que deux catégories d'entreprises : les entreprises mondiales capables de mener à bien toutes les étapes du développement d'une molécule jusqu'à l'autorisation de mise sur le marché et les autres appelées un jour ou l'autre à disparaître.

L'industrie pharmaceutique vit de la recherche. Il y a moins de pays au monde où l'on découvre de nouvelles molécules (moins de dix) que de pays où l'on fabrique des avions (une quinzaine). La recherche, quand elle aboutit, permet de bénéficier d'une situation de monopole temporaire grâce au brevet pris sur la molécule. En pratique, il ne dure qu'environ

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

une dizaine d'années¹. Cette protection a jusqu'ici permis, grâce aux bénéfices de quelques molécules par entreprise, de financer l'ensemble du système et en dépit de nombreuses dérives que nous allons évoquer, il a bien fonctionné. L'humanité ne peut que s'en féliciter même si une partie considérable des hommes de cette Terre n'en tire pas, loin s'en faut, tout le bénéfice voulu. A ma connaissance, les pays communistes de l'est de l'Europe et de l'Asie, n'ont pas, pendant plus d'un demi-siècle, découvert de nouveaux médicaments d'importance ! Le système capitaliste a ses dérives, celles du système soviétique étaient pires y compris dans ce domaine. Mais revenons à l'économie.

Quand un médicament nouveau se présente, la réglementation des grands pays est très similaires. L'industriel doit non seulement démontrer que son nouveau produit est efficace, mais il doit aussi qualifier ses dangers éventuels et comparer ses bénéfices thérapeutiques et ses effets secondaires aux produits similaires du marché, quand ils existent. Une fois autorisé, ce produit original jouit donc d'un monopole pendant les années qui courent jusqu'à la fin du brevet. Dans quelques pays, et pour certaines molécules, les prix sont laissés à l'initiative de l'entreprise, la règle - du fait du monopole - est bien entendu que le prix soit administré. Après l'autorisation, le parcours de l'entreprise se prolonge donc par une discussion qui va porter à la fois sur les conditions cliniques de rembour-

¹ Cela dépend du temps qui s'écoule entre la prise de brevet pour la molécule et le moment où elle est autorisée à être mise sur le marché.

TRÈS CHER SANTÉ

sement du médicament, le taux auquel il sera pris en charge par l'Assurance maladie (ou l'équivalent) et parfois le volume des ventes annuelles autorisées.

Il y a donc trois dimensions principales à toute politique du médicament : la dimension médicale, la dimension industrielle et la dimension « dépense d'Assurance maladie ». Les deux dernières sont contradictoires car l'industriel argue du coût de ses recherches et de la création d'emplois pour obtenir un bon prix et un volume important. Bien entendu, l'Assurance maladie souhaite que le prix soit le plus bas possible et le volume ajusté au strict nécessaire.

Alors que le volet médical est assez similaire dans les grands pays, ce n'est pas le cas des deux autres. Aux Etats-Unis, le volet industriel domine. L'Etat fédéral aide son industrie, lui offre la liberté des prix, interdit aux compagnies d'assurance d'acheter de manière groupée et, splendide cadeau, a autorisé la publicité auprès du grand public. Les Etats-Unis représentent à eux seuls 45 % du marché mondial du médicament et font remarquer au reste du monde qu'ils financent l'essentiel de la recherche. Le Royaume-Uni associe une grande rigueur pour la définition des conditions cliniques d'usage d'un médicament - et donc de sa prise en charge par le NHS - mais par ailleurs laisse une grande liberté aux entreprises. En échange de quoi leurs bénéfices sont taxés entreprise par entreprise. Ce pays dissocie donc bien politique de santé et politique industrielle. Ce n'est pas notre cas.

En France, l'outil privilégié a été celui de la fixation des prix et le point de vue dominant a donc été celui de l'Assurance

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

maladie. La France a effectivement eu, durant de longues années, les prix des médicaments les plus bas d'Europe, une victoire ? Oui, mais une victoire à la Pyrrhus, car en 2006 la France est quatrième en dépenses pharmaceutiques après les Etats-Unis, le Canada et la Belgique. Contraintes sur leurs prix, les entreprises se sont rattrapées sur les volumes qui eux n'étaient pas contrôlés ! Ceci a surtout bénéficié aux entreprises étrangères. Il faut en effet savoir que le coût marginal de fabrication d'un médicament est très faible.

La croissance de la consommation de médicaments depuis une décennie est d'abord due aux talents des équipes de marketing de cette industrie. Une étude réalisée en 2003 par une équipe de chercheurs de l'INSEAD (the European Institute for Business Administration) portait sur l'analyse des ventes de soixante nouveaux médicaments mis sur le marché en Europe depuis l'an 2000. Elle montre qu'il n'y a pas de lien entre la contribution médicale d'une découverte, classée selon les critères retenus dans ce domaine par la « Food and Drug Administration » américaine, et les ventes de ce produit. Cette bonne nouvelle pour les consultants en marketing en est une mauvaise pour tous ceux qui se sentent concernés par le bon usage du médicament et la santé publique. Chaque médecin a le sentiment de prescrire en toute indépendance. Si tel était bien le cas, si le marketing n'avait aucun effet, l'industrie investirait-elle plus de 20 000 euros par médecin et par an pour simplement « faire connaître » ses produits ? Du côté de l'Assurance maladie, en dépit des efforts récents, rien ne contrebalance la force de vente des visiteurs médicaux de

TRÈS CHER SANTÉ

l'industrie privée. Les puissants défenseurs de ce lobby sont particulièrement vigilants pour que ne se mette pas en place un véritable contrôle des prescriptions.

Une fois la molécule mise sur le marché, une fois le tarif ou le prix d'un médicament défini, l'Etat arrête son taux de remboursement par l'Assurance maladie en prescription de ville¹, ce taux peut varier dans le temps, notamment quand l'Etat cherche à réduire les déficits des comptes sociaux. Toutefois, Benoît Dervaux et Jean-Claude Saily² démontrent que « suite à une mesure de déremboursement, l'attitude des médecins se modifie... ces mesures n'aboutissent pas à des économies mais à un surcoût ». En effet, le médecin qui doit prescrire pour satisfaire son malade substitue le médicament déremboursé à un médicament plus récent et plus onéreux. La conséquence économique globale n'est pas celle qui est attendue. En outre, ce type de mesure se traduit par un transfert des régimes obligatoires vers les régimes complémentaires : le patient, au lieu de payer ce médicament par ses cotisations sociales, le fait par son assurance complémentaire, il paye donc toujours et cette dernière fois par un système moins équitable. Les économies ne sont tangibles que quand la consommation baisse, quand les médicaments inutiles et parfois dangereux ne sont pas prescrits. Jouer sur le taux de remboursement ne sert à

¹ A l'hôpital les prescriptions médicamenteuses sont, le plus souvent, comprises dans le tarif du GHS.

² La Tribune du 15 septembre 2003.

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

rien si ce n'est à transférer aux assureurs complémentaires des dépenses d'Assurance maladie.

Il arrive aussi *a contrario* que l'Assurance maladie soit détournée de son rôle. Le rapport de la Cour des comptes de 1998 reste d'actualité : « le comité économique [du médicament]¹ [...] n'a toutefois pas rompu avec la pratique antérieure, consistant à utiliser les prix, le maintien au remboursement et le taux de remboursement comme des instruments de politique industrielle et d'aménagement du territoire, voire comme aide au maintien de l'emploi et de l'activité² ». L'emploi ainsi préservé revient à environ 300 000 euros par an !

Enfin, sur un tout autre plan, et à leur décharge, les entreprises pharmaceutiques connaissent un réel aléa fiscal. Les gouvernements de droite, comme de gauche, trouvent en effet toujours un moyen d'inventer en cas de déficit trop manifeste de l'Assurance maladie une taxe sur la publicité ou une contribution « exceptionnelle » des entreprises du médicament ! Ceci est assez difficile à comprendre pour les entreprises étrangères installées en France qui préféreraient, je pense, des règles sévères mais stables, comme au Royaume-Uni.

¹ En dernière instance, il s'agit du Ministre.

² Cour des comptes, « La Sécurité sociale : septembre 1998 », *Journal officiel*, 1998, p. 314.

TRÈS CHER SANTÉ

Le bilan de ces balancements entre rigueur et laxisme, entre politique industrielle et politique sociale, est à la fois un échec pour l'Assurance maladie et un échec industriel pour la France. Il ne demeure dans notre pays qu'une entreprise pharmaceutique de niveau mondial et moins de dix autres qui peuvent encore jouer un rôle significatif à l'échelle internationale. Les entreprises étrangères ferment progressivement leurs laboratoires de recherche et, à l'instar des marchands du XVIII^e siècle, installent des comptoirs de vente très profitables et façonnent le discours collectif sur cette question sensible.

Par ailleurs, la France a perdu plusieurs de ses compétences réglementaires au profit de l'Union européenne. Les autorisations de mise sur le marché peuvent être données dans un autre pays de l'Union et deviennent opposables à la France. Quant à la politique de prix, elle se fait de plus en plus par mimétisme au sein des pays de l'Union. Elle laisse peu de marge de manœuvre à chacun. Cela explique que le gouvernement français ait dû accepter la liberté des prix de certaines molécules.

De ce rapide parcours, l'on peut retenir qu'une réglementation adaptée doit clairement dissocier sa politique industrielle et sa politique médicale. Pour ce qui est du volet industriel, ces entreprises mondiales sont surtout intéressées par deux aspects : celui qui touche à la recherche (formation, expertise, qualité des équipes universitaires et des institutions ...) et la fiscalité. Bien entendu à court terme les entreprises souhaitent vendre et regardent d'abord leur marché. Elles combattent, ouvertement ou pas, tout ce qui peut s'apparenter à un contrôle

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

des prescriptions, mais la véritable survie à terme dépend d'abord de ce que nous venons de souligner. A l'instar des Britanniques, il faut combattre toute incursion de l'industrie dans l'organisation des soins et les conditions de prescription, tout en favorisant par ailleurs le développement de cette industrie d'avenir par l'aide à la recherche et une fiscalité stable. Facile à dire !

Privilégier le point de vue du malade

Une autre révolution se prépare. Sous l'effet de la recherche médicale et de la mise sur le marché de nouvelles technologies la médecine mondiale se spécialise. Le rôle du médecin de famille évolue et ses correspondants, spécialistes, se multiplient. Si les facultés de médecine françaises reconnaissent une petite soixantaine de spécialités médicales, chirurgicales et biologiques, il y en a en réalité plus d'une centaine. De surcroît à l'hôpital se pratiquent environ deux cents métiers. Certes ils ne sont pas tous spécifiquement médicaux, l'hôpital a aussi ses ingénieurs, ses informaticiens, ses cuisiniers... mais les métiers paramédicaux prolifèrent et les plus anciens d'entre eux, dont celui des infirmières, à leur tour se spécialisent.

Or si les Français savent ce qu'est un pédiatre ou un ophtalmologue, peu nombreux sont ceux qui peuvent dire avec précision de quoi s'occupe un endocrinologue (pour l'essentiel du diabète). Par ailleurs, et surtout, la qualité des soins dépend de plus en plus d'une suite d'actes réalisés par des profes-

TRÈS CHER SANTÉ

sionnels nombreux et aujourd'hui en ville, indépendants¹. Ainsi les patients errent de spécialistes en examens et d'examen en spécialistes. Mon équipe a ainsi montré qu'il fallait neuf mois, sept consultations et vingt-sept examens radiologiques avant que ne soit (en moyenne²) diagnostiquée une maladie de Charcot, maladie rare et grave dont l'espérance de vie est de 3 ans, sans soins appropriés.

Certes, depuis 2004, la coordination des soins doit être assurée par médecin-traitant choisi par le patient. La reconnaissance du rôle est une étape, mais le médecin-traitant peut-il le jouer ? Oui, en partie, par conscience professionnelle mais, déjà mal rémunéré (23 euros la consultation d'un quart d'heure en moyenne), il n'est le plus souvent pas spécifiquement pour cette tâche et n'a aucun pouvoir hiérarchique sur ses collègues ; quant à ses patients, il n'a que de l'influence. Certes, depuis 1996, existe une autre réponse pratique pour organiser cette coordination : le « réseau de soins ». Mais ces réseaux n'interviennent que pour certains malades, grands utilisateurs de services médicaux (personnes âgées, maladies chroniques, maladies graves...) et ne parviennent pas à trouver un financement pérenne. Les réseaux sont subventionnés par les Agences régionales de l'hospitalisation, leur budget est annuel, les postes proposés au recrutement sont fragiles.

Plutôt que le mécanisme instable et rationné actuel, ne serait-il pas possible de proposer à chaque Français de choisir, s'il le

¹ Pour ce qui est de l'activité médicale, ils le sont aussi à l'hôpital.

² Cela varie de trois mois à deux ans !

QU'EST-CE QU'UNE BONNE ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ?

souhaite, un réseau de soins public, privé, mutualiste ou associatif ? Ce réseau serait financé par les régimes obligatoires et complémentaires en proportion de la gravité de ses problèmes. Il coordonnerait la prise en charge et évaluerait pour leurs membres les professionnels et institutions de santé. Depuis plus de dix années, la France tourne autour de cette idée, sans jamais franchir le pas, sans lui donner les moyens (de l'ordre de 5 % des dépenses de soins) qui devraient conduire, sinon à des économies, du moins à une meilleure prise en charge. Ces réseaux seraient un contre-pouvoir, chacun l'a compris. C'est justement ce qui pose problème à certains.

Les acteurs du système de santé réagissent aux incitations économiques. Ils sont rationnels, mais leur raison varie selon la nature du service considéré. L'économie fonctionne dans un cadre où les *a priori* sur la nature même du service rendu sont primordiaux. Financer un acte, une prise en charge ou un médecin fait toute la différence. Aucun système n'est parfait. Aucun système n'existe sans contrôle, sans ajustements permanents, sans pluralisme, d'autant qu'il n'y a pas de marché mais, au mieux des tarifs, sinon, des budgets. Des tarifs mal calculés conduisent à la rente ou au rationnement. Tout équilibre est précaire et requiert des mécaniciens bien informés et... bien payés.

Réconcilier raison médicale et raison économique

Si la raison médicale ne se réconcilie pas à la raison économique, ce sera pour laisser la place au bureaucrate, au juge, à l'usager, au détriment du malade et des professionnels de santé. Le retour à la charité est à redouter. La « Sécu » est autrement généreuse, équitable et efficace que toutes « pièces jaunes ».

L'économie politique naquit également au XVIII^e siècle. Cette autre victoire de la raison autorise, nous l'avons vu, un regard différent sur l'exercice de la médecine et la profession médicale. L'histoire de la médecine n'est plus alors seulement le conte épique auquel beaucoup souhaiteraient s'en tenir. Les médecins ne sont pas différents des autres hommes, même si le marché de la santé n'est pas un marché comme les autres.

RECONCILIER RAISON MEDICALE ET RAISON ECONOMIQUE

Ainsi Paul Star¹ remarquait, il y a plus de vingt ans déjà, que les médecins disposent à la fois d'une autorité sociale et d'une autorité culturelle. L'autorité sociale est tirée de leur appartenance à une profession détentrice d'un savoir, résultat de recherches mondiales. C'est la base rationnelle, le fondement essentiel de leur légitimité, elle leur confère en outre un réel potentiel d'utiliser la force et la persuasion même si celui-ci ne peut jamais s'exercer ouvertement et doit être habillé (pour ce qui est de la persuasion par la référence aux « besoins » des malades). Non seulement les médecins conseillent leurs patients, mais, pour l'opinion publique, ils évaluent et définissent la nature même de la « réalité ». Comme dans le *Léviathan* de Hobbes, leur autorité s'étend jusqu'au sens même des choses. De cette autorité sociale est née une autorité culturelle. L'industrie de la santé courtise la profession médicale, elle ne la domine pas. Elle finance ses journaux et ses congrès. Comme premiers émissaires de la science, les médecins ont fortement bénéficié de son influence. Cette réussite est exceptionnelle, elle n'est pas systématique – il suffit d'évoquer les ingénieurs - et demeure un trait marquant de la profession médicale, car toutes les professions ne transforment pas le savoir en autorité et l'autorité en pouvoir. La profession médicale y est, elle, parvenue. Si l'on regarde sur une période d'un siècle, l'industrie pharmaceutique, les hôpitaux et l'Assurance maladie qui auraient pu menacer le

¹ Paul Star, *The Social Transformation of American Medicine*, Basic Book, New York, 1982

TRÈS CHER SANTÉ

fondement du pouvoir médical, ont été mis le plus souvent à son service et toujours respecté son autonomie. Toutes les professions qui viennent en aide à la personne (assistante sociale) ou toutes celles qui cherchent ou enseignent ne sont pas aussi favorisées.

Science économique et science médicale, ces deux victoires de la raison, donnent une vue contrastée de l'organisation de la médecine. Toutefois, raison économique et raison médicale doivent se concilier, sinon se réconcilier. De nouvelles menaces, autrement inquiétantes, apparaissent en effet et risquent de balayer l'une et l'autre.

Une déstabilisation croissante de la raison médicale

L'entrée du juge

La déontologie médicale devrait avoir des conséquences pratiques. C'est rarement le cas. Alors que les services des hôpitaux universitaires « récupèrent » des patients aux diagnostics tardifs, aux traitements inadaptés, voire dangereux, ces erreurs - ou ces fautes - dans la prise en charge de ces malades n'ont guère de conséquences sur ceux qui les ont commises. Le confrère, dans la très grande majorité des cas, prime sur le malade, ce qui n'est pas sans conséquences pour ce dernier, ni pour celui qui finance ses soins c'est-à-dire nous tous par l'intermédiaire de la Sécurité sociale. Le destin, comme la Sécurité sociale, a les épaules larges.

RECONCILIER RAISON MEDICALE ET RAISON ECONOMIQUE

L'absence quasi totale d'autodiscipline¹ des médecins français justifie l'entrée du nouveau partenaire de la relation médecin-malade : le juge. Or, l'on sait que ce nouvel acteur est humainement et financièrement coûteux et que, du seul point de vue de la justice, il est aussi très peu efficace. L'étude dite « de Harvard »² a en effet montré que dans seulement un cas sur quinze, une faute médicale condamnable était condamnée et qu'en revanche, beaucoup de plaintes, sans fondement médical, conduisaient à une condamnation du praticien ou de l'hôpital. La justice n'est pas le moyen d'améliorer la qualité des soins, mais elle devient le seul recours quand se perpétuent des pratiques injustifiées.

La France ne connaît pas encore les excès nord-américains, mais les plaintes se multiplient et, avec elles les primes d'assurance des médecins et des hôpitaux. La situation ne peut que s'aggraver : la spécialisation de la médecine ne peut se satisfaire de la liberté de prescription, ni de la quasi-liberté de qualification pour réaliser un acte nouveau auquel le praticien qui se lance a été souvent peu formé. Pour être encore plus précis, je crois que défendre la liberté de prescription, tant prisée par les autorités ministérielles, s'assimile parfois à de la non-assistance à personne en danger.

¹ Les cas traités par l'Ordre concernent plus l'indélicatesse que l'incompétence.

² R.P. Wenzel, *A Measure of Malpractice*, Harvard University press, 1993.

TRÈS CHER SANTÉ

L'acharnement du bureaucrate

Inquiet de cette évolution, mais refusant de voir et de toucher à l'essentiel - à savoir la liberté clinique et l'évaluation de la qualité des soins - le bureaucrate pond des règles croyant bien faire, parfois, et toujours pour se protéger. Ces règles peuvent être contradictoires, elles sont toujours onéreuses, souvent inappliquées, mais demeurent le point d'entrée du juge. En créant des normes, le bureaucrate accroît l'insécurité juridique et démontre simultanément le peu de confiance qu'il a des personnes sous sa coupe puisqu'il cherche à prévoir chacun de ses comportements. Un inspecteur nommé par un ministre pour auditer un établissement qui a défrayé la chronique me racontait que cet établissement était plutôt bien géré, mais que, comme il était toujours facile de trouver quelque chose, que comme le ministre le souhaitait, alors il a « trouvé ». L'établissement et les médecins ne s'en sont pas remis. L'administration, c'est-à-dire l'application de règles a depuis longtemps pris le pas sur la gestion. Ceci est contraire à toutes les techniques modernes de gestion de la qualité. Elles rappellent que les erreurs sont (presque) toujours collectives, que c'est donc l'organisation qu'il faut revoir et, surtout, éviter de rechercher un bouc émissaire. Sinon, demain, la même erreur se reproduira.

De surcroît, le bureaucrate, c'est son essence, n'aime pas l'exception. Il ne distingue pas l'excellence et est incapable de gérer des cas particuliers. Cependant les Français apprennent que tous les médecins, que tous les hôpitaux ne se valent pas.

RECONCILIER RAISON MEDICALE ET RAISON ECONOMIQUE

Certains ont des listes d'attente de plusieurs mois et d'autres opèrent une fois par semaine. Quant aux chercheurs de renom, passés l'âge de la retraite, ils exercent leurs talents...à l'étranger.

L'apparition de l'usager

Nul ne niera l'importance prise par certaines associations de malades dans l'évolution des systèmes de santé des pays occidentaux. Chacun pense notamment au rôle des porteurs du virus du sida, mais aussi aux associations de diabétiques, aux familles d'enfants handicapés physiques et mentaux, à certaines associations de personnes atteintes de maladies rares... Je ne nie aucunement leur légitimité ou, plus précisément la légitimité de ceux dont la vie est transformée par la maladie. En revanche ce n'est pas parce que l'on a attendu quelques mois que l'on est nécessairement à vie un usager du système de santé, ce n'est pas parce que l'on a été atteint d'un cancer que l'on se considère d'abord comme « cancéreux ». Je me méfie de la légitimité de certaines associations – pas de toutes - et n'oublie pas certaines dérives passées. Autrement dit, je ne suis pas certain que ce soit de là que l'on puisse attendre une transformation profonde de notre système de santé d'autant plus que j'analyse cette montée du pouvoir des usagers comme un nouvel abandon des politiques.

TRÈS CHER SANTÉ

La vérité exigée

Informé le malade de son état est depuis toujours une exigence déontologique, en avoir fait une obligation légale me paraît plus discutable. Je passe ici sur les difficultés épistémologiques d'informer véritablement, c'est-à-dire de transmettre une compréhension partagée de l'état pathologique et de ses conséquences du médecin au malade, difficultés réelles, difficultés profondes auxquelles les médecins font face chaque jour. Je n'évoquerai que l'impossibilité de répondre aux questions premières du malade :

- Vais-je vivre ?
- Combien de temps ?
- Serai-je diminué ?
- Comment ?
- Vais-je souffrir ?
- Où ?
- De quoi ?

Le médecin, en général, ne le sait pas. Les études ne donnent, pour la majorité de ces questions, que des résultats statistiques or les individus ne sont pas des populations. Que représentent 90 % de chances de survivre si l'on se trouve du mauvais côté de la chance ? J'entends ainsi depuis quelques années des narrations de réponses aussi brutales qu'inadaptées. Est-ce un hasard ? De toute façon, la vérité n'a jamais été un baume apaisant permettant seule de faire face à la mort. Est-il toujours sage d'éviter la fuite ? Cette vérité, aujourd'hui exigée,

RECONCILIER RAISON MEDICALE ET RAISON ECONOMIQUE

renforce l'aspect tragique de l'hôpital, celui où s'éteignent 85 % de nos concitoyens.

L'altruisme abandonné

On ne soigne plus les autres pour sauver son âme comme il y a un demi-siècle encore. Toutefois, l'absence de référence religieuse n'empêche pas l'opinion publique de reconnaître et de valoriser le dévouement du personnel des hôpitaux. Elle y attache un prix tangible au sens où elle soutient systématiquement les grèves hospitalières. L'altruisme a compté dans le choix de carrière de la très grande majorité des médecins. On ne choisit pas ces métiers par hasard et les personnes hospitalisées sentent cette réelle empathie. Mais la profession médicale n'a pas réussi à renouveler le discours sur l'altruisme et l'a laissé pour l'essentiel aux paramédicaux. Elle s'est réfugiée dans la technique. Soigner devient un métier comme les autres. Rien ne distingue plus statutairement (je ne parle pas des universitaires) le médecin des autres catégories de personnel. En à peine quarante-cinq années, le médecin hospitalier est passé du statut de profession libérale à celui de salarié sans distinction particulière. Quel chemin ! Curieusement, la dernière étape, franchie à l'occasion de l'application de la loi sur les trente-cinq heures, n'a pas donné lieu à un débat public. L'altruisme n'a pas disparu, il n'a cependant plus de reconnaissance sociale. Est-ce tenable dans une fonction où la prise en charge de la personne fragile, de la personne malade, de celle qui va mourir est l'expérience journalière des équipes de soins ?

TRÈS CHER SANTÉ

Le retour de la charité

Ce vide se remplit par la charité médiatique dont les exemples abondent des « pièces jaunes » au téléthon. Les enfants connaissent mieux ces initiatives qu'ils n'ont d'idées sur la protection sociale pour laquelle ils travailleront cependant trois mois et demi chaque année de leur vie professionnelle. En outre, l'usage des fonds constitue parfois un paravent : on collecte ainsi grâce à une émission de télévision 220 000 euros pour les personnes âgées alors que, la même année 2004, le gouvernement gèle 1,1 milliard d'euros de crédit pour la prise en charge de ces mêmes personnes. « L'aide à la classe défavorisée est une charge de l'Etat » disait au XVIII^e siècle le duc de la Rochefoucault-Liancourt.

Rendre compatible la raison économique et la raison médicale

Pour financer et produire les soins afin de venir en aide aux personnes malades, il n'y a que deux solutions : les mécanismes de marché ou les mécanismes budgétaires. Pour des raisons économiques, politiques et philosophiques, les mécanismes de financement collectifs des dépenses de soins sont préférables. En revanche, les mécanismes non pas de marché, mais de « quasi-marché » – parce qu'un financement collectif implique des tarifs et pas des prix - l'emportent sur des mécanismes purement budgétaires et donc par essence

RECONCILIER RAISON MEDICALE ET RAISON ECONOMIQUE

bureaucratiques et politiques. Les premiers laissent aux acteurs la liberté d'agir, les seconds les contraignent. Pour les premiers le pouvoir est économique, pour les seconds il est politique. Les premiers ne font pas l'hypothèse de la vertu des acteurs, leur intérêt égoïste suffit ; quant aux seconds le moteur est soit celui de la contrainte soit celui de l'éthique.

L'éthique ou le (quasi)marché ? Nous aimerions répondre l'éthique : éthique de la responsabilité, éthique du travail, éthique de l'altruisme, éthique de la compétence. Les valeurs morales devraient suffire. C'est le cas pour certains, parfois, mais ce n'est ni la règle ni la norme de l'époque. Le marché - qui n'est pas nécessairement synonyme de profit - n'a pas de morale, mais sans prêchi-prêcha récompense les institutions dont le public prise les mérites. Il m'arrive donc de penser que pour ce qui est de la production de soins, le marché est souvent préférable à une prétendue défense du service public dont les manquements ne sont jamais suivis de conséquences tangibles, dont l'efficacité n'est jamais mesurée, dont la notion d'égalité dissimule des rentes au nom d'un patient oublié et d'un contribuable lésé à qui personne ne rend des comptes.

Annexes

Tableau 1

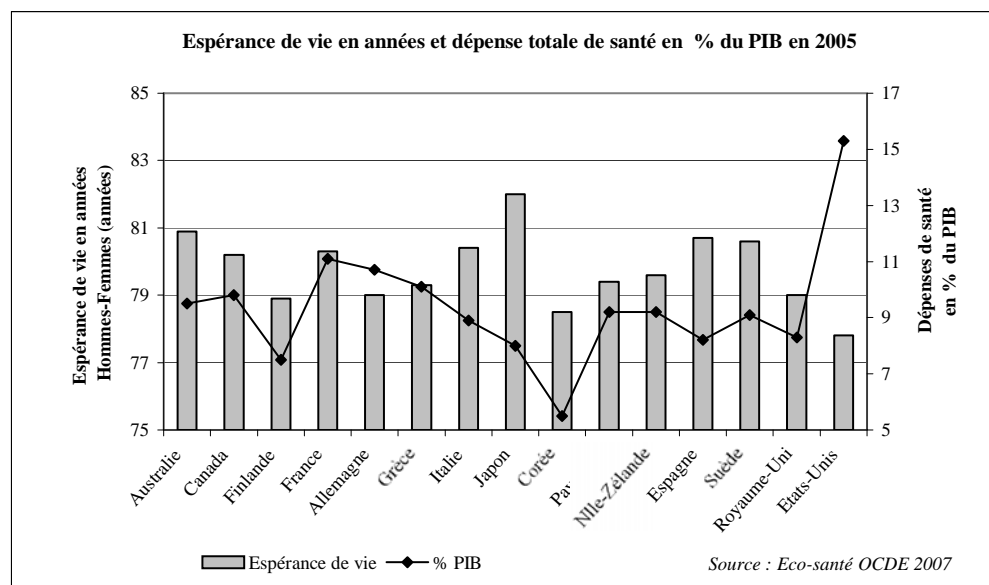
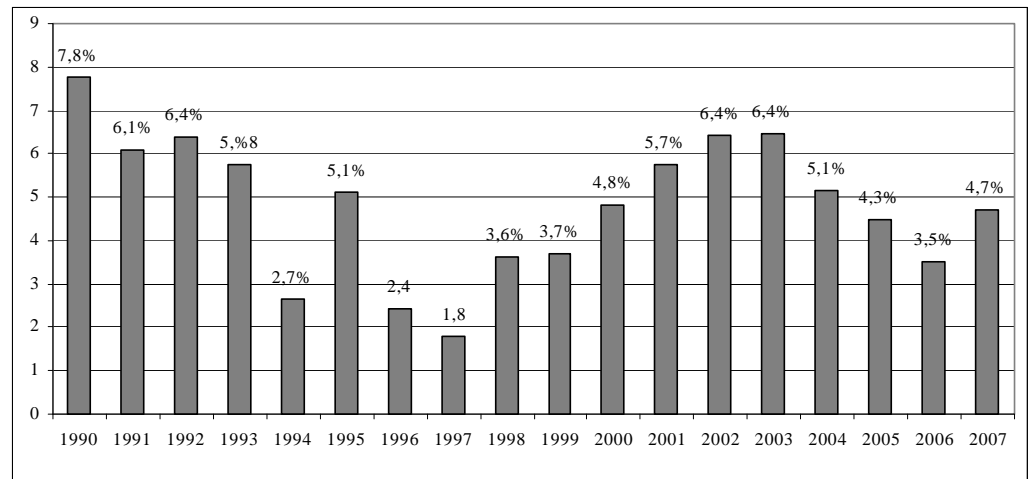
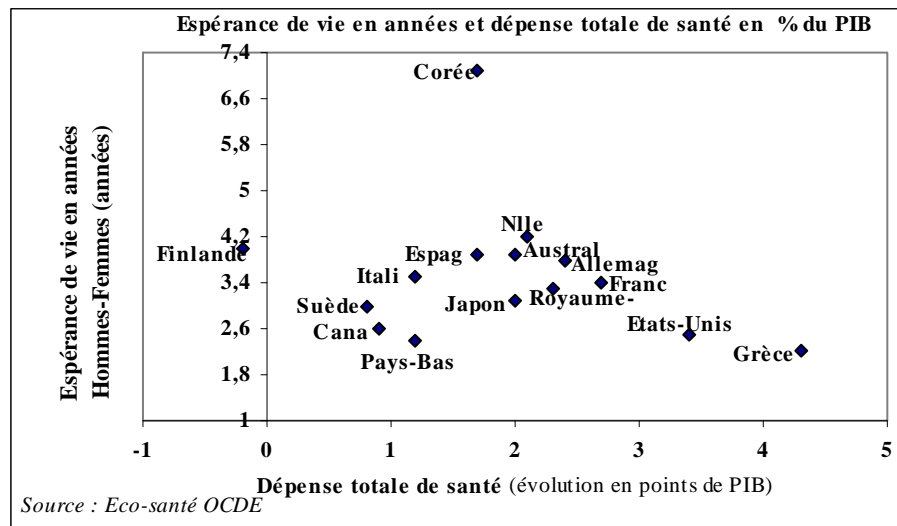


Tableau 2
Consommation de soins et de biens médicaux 1990-2007
(en valeur, en %)



Source : DREES, Comptes de la santé, base 2000

Tableau 3



Source : Eco-santé OCDE 2007

Tableau 4

	Montants 2007 (en millions d'euros)	Structure (en %)
DEPENSES POUR LES MALADES	182 209	88,2
Soins et biens médicaux	163 840	79,3
Soins aux personnes âgées en établissements	5 651	2,7
Aide aux malades (IJ)	10 712	5,2
Subventions au système de soins	2 007	1,0
DEPENSES DE PREVENTION	5 737	2,8
DEPENSES EN FAVEUR DU SYSTEME DE SOINS	8 163	4,0
Recherche	7 003	3,4
Formation	1 160	0,6
COUTS DE GESTION DE LA SANTE	14 328	6,9
DOUBLE COMPTE*	-3 942	-1,9
DEPENSE COURANTE DE SANTE	206 495	100
PRODUIT INTERIEUR BRUT (PIB)	1 892 243	

* Dépenses de recherche pharmaceutique financées en partie par la vente des médicaments

Sources : Drees, Insee

Tableau 5

Postes de la Dépense Courante de Santé 2007	En millions d'€	En %		
Les dépenses hospitalières publiques et privées	72 654	35,2	} Consommation de Soins et de Biens Médicaux CSBM	
Les soins ambulatoires : médecine, auxiliaires médicaux, dentistes dispensaires, analyses, établissements thermaux	45 062	21,8		
Les transports sanitaires	3 240	1,6		
La pharmacie	33 351	16,2		
Les biens médicaux (optique, prothèse)	9 533	4,6		
Soins et biens médicaux (CSBM)	163 840	79,3		} Consommation Médicale Totale CMT
Dépenses de médecine préventive	3 301	1,6		
Consommation Médicale Totale (CMT)	167 141	80,9		} Dépense Courante de Santé DCS
Dépenses de prévention collective	2 436	1,2		
Indemnités journalières et subventions	12 719	6,2		
Soins aux personnes âgées	5 651	2,7		
Dépenses en faveur du système de soins :	8 163	4,0		
- dont Recherche pharmaceutique (publique et privée)	7 003	3,4		
- dont Formation	1 160	0,6		
Double compte : recherche pharmaceutique	-3 942	-1,9		
Gestion administrative de santé	14 328	6,9		
Les dépenses courantes de santé	206 495	100,0		

Source : Drees, Comptes de la santé

Remerciements

Je tiens à chaleureusement remercier pour leurs commentaires et leurs relectures attentives : François Blamont, Etienne Caniard, Françoise Lucas-Fontaine et Olivier Pastré. Le texte m'engage seul.

TABLE

Table

Préambule.....	9
1. Le conte de la santé.....	13
La santé n'est pas la médecine.....	14
La médecine n'est pas la santé	18
« Mesurer » la santé.....	22
2. Ses comptes et mécomptes.....	30
L'économie ignorée.....	31
L'économie instrumentalisée.....	34
L'économie bafouée.....	36
Un maquis de concepts et de comptes.....	37
Des bases mouvantes et manipulées.....	43
3. Un merveilleux système.....	47
La bonne santé des Français.....	50
Une médecine de qualité.....	55
Un système de financement généreux.....	58

TRÈS CHER SANTÉ

3. Au bord de la faillite.....	62
Une croissance accélérée des dépenses.....	63
Une fatalité ?.....	64
Une offre abondante.....	66
Des disparités régionales perdues quand d'autres naissent. ...	77
Une consommation inhabituelle de médicaments.....	78
Un partage ambigu des pouvoirs.....	80
Un système sans contrôle des pratiques cliniques.....	82
Quel bilan peut-on tirer de ce diagnostic ?.....	84
4. Solidarité <i>versus</i> liberté.....	85
La continuité du financement et de l'organisation des soins médicaux.....	98
5. L'alliance de la bureaucratie et du corporatisme...	107
La mainmise de l'Etat.....	108
La défense de la corporation médicale.....	114
6. « Vive la Sécu ! » bis.....	124
Un marché pas comme les autres.....	129
La santé des autres.....	132
La concurrence n'est ni toujours possible, ni toujours efficace.....	135
La raison du malade.....	144
Complexité législative et coûts juridiques.....	146
Le prix de la confiance.....	147

TABLE

8. Un nécessaire rationnement.....	150
Les mécanismes de rationnement.....	151
Le panier de biens et de service.....	153
Quelques pathologies du rationnement.....	159
Les acteurs du rationnement.....	161
Le rationnement en pratique.....	163
Vers une justice procédurale.....	165
9. Qu'est-ce qu'une bonne économie de la santé.....	169
L'éthique de la rareté.....	170
La liberté de choix.....	171
Des acteurs « rationnels ».....	173
Le médecin et l'argent.....	174
Payer l'hôpital.....	184
Un médicament à quel prix ?.....	195
Privilégier le point de vue du malade.....	203
10. Réconcilier raison médicale et raison économique	206
Une déstabilisation croissante de la raison médicale.....	208
Rendre compatible la raison économique et la raison médicale.....	214

Annexes

Remerciements

Economiques

Sous la direction
de
Olivier Pastré

DEJA PARUS

Patrick Artus, *Les Incendiaires. Les Banques centrales dépassées par la globalisation*

Le cercle des économistes, *La guerre des capitalismes aura lieu*

Le cercle des économistes, *Politique économique de droite, politique économique de gauche*

Le cercle des économistes et Erik Orsenna, de l'Académie française, *Un monde de ressources rares*

Le cercle des économistes et Hubert Védrine, *5+5=32. Feuille de route pour une Union méditerranéenne*

Philippe Chalmin, Benjamin Dard, Bernard Maris, *Le Making of de l'économie*

Christian Chavagneux, *Les Dernières Heures du libéralisme. Mort d'une idéologie*

François Lenglet, *La crise des années 30 est devant nous*

Jacques Mistral, *La Troisième Révolution américaine*

Olivier Pastré, *La Méthode Colbert ou le patriotisme économique efficace*

Olivier Pastré, Jean Marc Sylvestre, *le Roman vrai de la crise financière*

Christian Saint-Etienne, *L'Etat efficace*

La photocomposition de cet ouvrage
a été réalisé par
GRAPHIC HAINAUT
59163 Condé-sur-l'Escaut

Cet ouvrage a été imprimé en France
Par CPI Bussière
A Saint-Amand-Montrond (Cher)
Pour le compte des éditions Perrin
76, rue Bonaparte Paris 6^{ème}
en janvier 2009

N° d'édition : 2462. – N° d'impression : 084056/1
Dépôt légal : janvier 2009

Les Français ont hérité d'un merveilleux système de santé, classé au premier rang mondial par l'OMS en 2000. Seul problème, ils semblent déterminés à le conduire à la faillite. Pourtant ce n'est pas faute d'injecter des milliards d'euros et de multiplier les plans de réforme.

Résultat : le tonneau des Danaïdes financier apparaît comme une fatalité puisqu'à la rigueur aveugle succède la compassion dégoûlante et vice versa. Or, il y a urgence à identifier les vraies causes de notre problème de santé et à y porter remède. Sinon, ce qui nous pend au nez – pour d'évidentes raisons démographiques et de concurrence internationale –, c'est l'explosion d'un système associant Assurance maladie et médecine dite « libérale ».

Jean de Kervasdoué établit non seulement le diagnostic actualisé le plus lucide, mais balaie aussi les idées fausses entretenues depuis cinquante ans et, grâce à d'édifiantes comparaisons internationales, indique les pistes d'une sortie de crise.

Jean de Kervasdoué est professeur au CNAM et codirige l'Ecole Pasteur/CNAM de santé publique. Membre de l'Académie des technologies, il a été directeur des Hôpitaux au ministère de la Santé. Son dernier livre, Les Prêcheurs de l'Apocalypse, a été un best-seller.

978-2-262-02698-1



9 782262 026981

www.editions-perrin.fr

14,90 €

Prix France TTC