



Economie de la santé : une réforme ? Non, une révolution
Le Cercle des économistes, *Cahier* n°6, 2004

<http://www.cerclledeséconomistes.asso.fr/Cahier%206.pdf>

AVANT-PROPOS

L'économie de la santé est une fois de plus au cœur de notre actualité sociale et politique. Faut-il un rapport de plus ?

Oui, car même si notre réflexion peut éclairer le débat actuel, elle souhaite d'abord provoquer une rupture, en amont même du débat – un changement radical dans les représentations dominantes qui enferment les choix politiques et les réduisent à un problème de financement de la Sécurité Sociale.

Rupture ? Révolution même. Nous affirmons qu'il faut s'attendre à un fort développement de nos dépenses de santé dans les prochaines décennies. Et que ce développement est en outre **souhaitable**, pour de multiples raisons, que nous détaillons. Au fond, c'est une évidence, mais une évidence masquée, obscurcie, par le ressassement réducteur d'un débat centré sur la réduction des dépenses.

Après ce constat et ce souhait, mais après seulement, surgit le problème, complexe, du **financement** de ce développement.

Nous abordons ce problème selon deux axes.

– Certes, il existe des gaspillages, des dysfonctionnements, des surconsommations. Et s'il faut dépenser **plus**, c'est à la condition de dépenser **mieux**. Nos propositions dans ce sens sont fondées sur quelques principes simples d'autonomie et de responsabilisation des acteurs de la santé qui sont finalement assez proches de ceux que nous avons présentés, dans le précédent Cahier, pour l'enseignement supérieur et la recherche. Autonomie et responsabilité : incantations dira-t-on pour un système étatisé, bureaucratisé, sur lequel se sont sédimentées des couches de réformes partielles, insuffisantes, inabouties. Pour réduire ce risque, nous avons accordé une importance particulière aux leçons venues de l'étranger et souligné l'importance du *benchmarking* et de l'**expérimentation**.

– La question de la **bonne gouvernance du système global de soins** n'est pas **séparable** de celle de son financement. Financement ? Charges sociales, para-fiscales donc ? Nous sommes habitués à raisonner ainsi, mais ce n'est pas une fatalité. Est-il normal que les Français dépensent **directement** moins de 3 % de leur budget pour un bien aussi précieux que leur santé ? L'essentiel de notre réflexion revient à séparer ce qui relève de la **solidarité**, que nous proposons de renforcer, et ce qui ressort de l'**assurance**, ou de la dépense directe, sous des formes adaptées à la situation de chacun.

Les questions que traite ce Cahier débordent largement le champ strictement économique. Elles présentent une dimension sociétale ou une technicité qui nous a obligés à... sortir du Cercle, pour faire appel à l'expérience professionnelle et humaine des acteurs de la santé et de l'assurance. C'est pourquoi se sont joints au Cercle des économistes, pour la première fois dans la série des Cahiers, des experts et des professeurs de médecine. Nous remercions donc très vivement Didier Bazzochi et Jean-Claude Prager qui ont très largement contribué à la rédaction du rapport de synthèse et, pour leurs contributions spécifiques, les professeurs Denis Castaing, François Thépot et Guy Vallancien.

SOMMAIRE

Introduction	5
I. Principes d'action et scénarios de cohérence	9
1. Douze principes d'action	9
2. Deux scénarios de cohérence.....	22
II. Bientôt, il sera trop tard	27
1. Le mirage du retour à l'équilibre	29
2. Rappel de quelques bases.....	36
3. Les enjeux industriels	46
III. Des idées venues d'ailleurs	61
1. Allemagne	61
2. Pays-Bas.....	66
3. Royaume-Uni	68
4. Suède.....	72
5. États-Unis	75
6. Canada.....	79
IV. Gouverner, c'est construire	81
1. Un modèle pour penser la reconstruction.....	81
2. Une esquisse des possibles.....	88
3. Moins d'État, mieux d'État.....	96

Compléments des membres du Cercle des économistes	99
<i>Patrick Artus</i>	
Fausse pistes et techniques bien connues en assurance.....	99
<i>Michel Didier</i>	
Les enjeux industriels de la réforme de l'assurance maladie	110
<i>Christian Saint-Étienne</i>	
Dépenses de santé dans quelques pays industriels	119
<i>Jacques Mistral (avec Bernard Salzmman)</i>	
L'explosion des dépenses de santé aux États-Unis.....	131
 Contributions des médecins	 143
<i>Denis Castaing</i>	
La santé française doit rester attractive	143
<i>François Thépot</i>	
Réforme des dépenses de santé et pratiques médicales	153
<i>Guy Vallancien</i>	
Que la médecine est belle !.....	157

Économie de la santé : une réforme ? Non, une révolution !

Une autre réforme pour rien ? La montagne risque d'accoucher une nouvelle fois d'un cortège de mesures insuffisantes négociées aux forceps : cela a mal commencé. Les vrais connaisseurs ont peu apprécié de voir stigmatisé le petit fraudeur à la carte vitale ou à l'arrêt maladie, avec forces démonstrations oratoires, comme le principal bouc émissaire des déficits béants et du malaise grandissant de la santé en France. Le cru 2004 de la « réforme » n'évite, comme tous les autres, aucun poncif du registre : une nouvelle hausse des prélèvements obligatoires, un ticket modérateur revampé de nouveaux principes, l'étalement des dettes comme en Argentine, et un énième comité de supervision aux pouvoirs incertains et d'ailleurs probablement fugitifs comme ceux de ses prédécesseurs ; tous ingrédients bien connus de la potion toujours présentée comme amère (il faut bien que le malade souffre un peu, c'est un signe de la qualité du traitement !), et jamais magique. Tout cela pour trouver, comme d'habitude, quelques ressources supplémentaires et faire des économies, mais rien pour rendre un sens clair à un système incontrôlé.

Encore une fois, le politique est débordé par l'ampleur des enjeux et l'incapacité de notre pays à gérer, dans la sérénité et l'objectivité, un débat qui devrait être tourné principalement vers l'avenir ; une locomotive formidable du progrès humain, qui aurait besoin d'une sérieuse révision, aura seulement quelques rustines, alors que toutes les conditions sont réunies pour faire de la santé un domaine d'excellence de notre modèle social. Mais il faudrait avoir un courage hors du commun pour ouvrir un réel débat de fond sur un sujet de première importance qui n'a pas de solutions faciles dans la culture de notre pays. Sur la question de la santé et de l'assurance-maladie, tout a été essayé en trente ans, sauf le débat démocratique, remettant en cause les idées trop simples, cache-misère des corporatismes, sauf l'innovation dans une profession restée

artisanale dans son organisation, sauf encore la régulation qui suppose à la fois des institutions performantes et un réel contrôle de l'offre de soins. Nous proposons une révolution : le débat démocratique, des structures du secteur adaptées au monde d'aujourd'hui, et une régulation moderne.

La santé est la question la plus importante des deux ou trois prochaines décennies. La réforme de l'assurance-maladie et du mode de gouvernance du système de santé ne répond pas seulement aux enjeux sociaux et financiers d'une politique de santé claire ; elle comporte également une dimension économique considérable, occultée le plus souvent car elle dérange les idées reçues. Les services de soins et les industries de santé représentent en effet une part importante et croissante de l'activité économique, particulièrement concernée par les progrès de l'économie de la connaissance.

Le secteur des soins de santé est une industrie de services complexe et capitalistique ; elle est appelée à connaître une métamorphose véritable, d'abord du fait de l'introduction des technologies de l'information et de la communication, comme dans le reste du secteur tertiaire, mais également en raison des mutations rapides dans ses produits et dans les procédés utilisés, par l'amélioration permanente des techniques thérapeutiques en vigueur et l'apparition de nouveaux traitements pour les maladies considérées aujourd'hui comme incurables. Le secteur des services de soins, resté encore aujourd'hui protégé de la concurrence internationale, va devoir s'ouvrir à l'industrialisation. La partie exposée à la concurrence internationale représentera à terme un pourcentage significatif du PIB. La question de sa compétitivité se posera donc de plus en plus. Enfin, et peut-être est-ce le point le plus essentiel, ce secteur est stratégique pour la recherche fondamentale en biologie et la recherche-développement dans le domaine des biotechnologies. De la même façon que le secteur de la défense a été le moteur stratégique de recherches et d'innovations dont tous les secteurs industriels ont profité, celui de la santé pourrait être demain à l'origine d'une nouvelle vague d'innovations dont tous les secteurs de l'économie seraient bénéficiaires. On ne peut qu'espérer que le

xxi^e siècle sera celui des technologies sanitaires plutôt que militaires et qu'il permettra leur exportation massive vers des pays qui en ont le plus grand besoin.

I. PRINCIPES D'ACTION ET SCÉNARIOS DE COHÉRENCE

Le système de soins, n'étant pas soumis aux régulations du marché et de la concurrence, est naturellement confronté à de multiples tensions. La consommation et le paiement des soins sont, en grande partie, déconnectés en France, et il y a un risque constant de surconsommation et d'inefficience ; ce risque est aggravé par l'absence de pilote et de contrôle.

Les objectifs financiers et sociaux des solutions apportées jusqu'à présent aux problèmes du secteur n'ont jamais été atteints ; elles n'ont fait que renforcer la dérive d'un système pourtant suradministré et ne peuvent, pour l'avenir, que conduire à un déficit croissant de qualité dans l'offre de soins et à une perte de substance économique énorme. Les fièvres récurrentes de la sécurité sociale sont d'abord le symptôme d'une incapacité à penser le long terme. C'est d'une véritable tache aveugle qu'il s'agit dans un monde centré sur l'actualité au jour le jour. La santé, le bien santé serait-il l'impensable de l'économie ?

Douze principes d'action

Il faut remettre un pilote aux commandes et donner au système les moyens d'être excellent : au lieu de considérer la croissance des dépenses de santé seulement comme une évolution préoccupante, il faut la reconnaître comme une opportunité de développement, de compétition et d'innovation, et la prévoir. Les difficultés de financement posent des problèmes complexes et urgents en grande partie à cause de l'imprévoyance des dirigeants. On nous a dit à chaque fois que tout devait s'arranger pour longtemps avec le plan du moment ; mais qui nous parle aujourd'hui des dix prochaines années ? des investissements à faire du fait de la révolution médicale qu'il faudra bien financer dans le contexte délétère de dérive de la

dette publique ? Cette hausse tendancielle des coûts est inéluctable malgré les gains de productivité. On berne l'opinion et on corrode la démocratie en laissant croire, à chaque crise financière de la Sécurité Sociale, que le système sera définitivement sauvé si on accepte la médecine amère proposée dans l'instant, alors que tout concourt à penser qu'un nouveau déficit, encore plus élevé, est déjà dans les cartons.

Seules des structures et une régulation modernes peuvent permettre à la fois de réellement maîtriser la croissance des dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins, tout en favorisant le développement d'un secteur compétitif dans la concurrence internationale. Les évolutions rapides que doit connaître la santé au cours des prochaines années demandent un pilotage attentif, mais qui favorise toutes les innovations, financières, organisationnelles ou techniques. Le monde de la santé doit devenir à nouveau un espace de responsabilité et d'efficacité par l'affirmation de la volonté collective, à rebours de l'indécision, de l'esprit tatillon et du laxisme de fait de ces trente dernières années. À condition de respecter douze principes, de savoir réellement choisir un modèle cohérent et éprouvé de fonctionnement du système de soins et de lui donner sa place dans une politique de santé publique.

1. La solidarité autour d'un panier de haut niveau pour tous

La solidarité est autant un impératif moral qu'un objectif politique. La solidarité, c'est la capacité du système de soins à assurer dans les faits un panier de qualité pour tous, financé sur ressources publiques. Mais il faut cesser de se gargariser de beaux principes dont l'application reste illusoire. Dans la réalité, le monde de la santé est celui des inégalités, inégalités sociales, inégalités entre praticiens, inégalités géographiques. Une solidarité effective demande une vigilance de tous les instants et un système d'évaluation sans concessions, car tout pousse aux inégalités dans un secteur où les asymétries d'information sont le régime de base. L'égalité d'accès de tous les malades demande de tourner le dos au

malthusianisme et la révision régulière du panier de soins de base pour que ceux-ci, sans distinction de ressources, puissent bénéficier en permanence du niveau le plus avancé des pratiques médicales. C'est un véritable défi pour la France d'aujourd'hui. L'enjeu est également financier, car la solidarité ne peut reposer que sur l'acceptation par tous d'un effort croissant de la collectivité comme des individus, en fonction de l'évolution des techniques et des aspirations des citoyens à une santé toujours meilleure. Pour ancrer, sans contestation possible, la solidarité dans la France de demain, il n'y a pas d'autres choix que d'affirmer l'existence d'un régime universel des prestations sur la base d'un panier de soins de qualité pour chacun.

2. Parier sur l'innovation

Le système de soins s'est construit entre les années 50 et 70 et a su correctement faire face aux défis de cette période ; depuis, il piétine, écrasé par la contrainte financière qui ne l'a pas empêché de courir sans fin après les plans de redressement de la Sécurité Sociale. Le résultat a été de faire subir des reculs permanents à l'ensemble des industries de santé, des services de soins à la recherche médicale. Le plus spectaculaire échec industriel a été celui des équipements médicaux ; l'industrie pharmaceutique résiste mieux, grâce à l'audace d'une poignée de chefs d'entreprises. Il ne faut pas se bercer d'illusions sur les forces économiques d'aujourd'hui. Les méthodes et techniques nouvelles, comme la biogénétique, et les gains de productivité du secteur de la santé, ne se développeront pas d'une manière significative dans notre pays sans une politique tournée vers l'innovation et la compétitivité, à l'opposé de la tendance, qui, depuis une trentaine d'années, a laissé ces impératifs au second plan. Le mode de régulation de la santé doit donner la priorité à la recherche et à l'innovation, aussi bien dans la formation des personnels, dans les techniques utilisées, que dans l'organisation des soins.

3. Donner un prix juste et moderne aux soins

Toute l'expérience des pays étrangers le montre : le système de prix pratiqué pour les soins en France est anachronique et injuste. Certains médecins libéraux, dans les faits, ont la chance de pouvoir fixer librement leur rémunération sur ressources publiques et sans risques, sans lien entre leur contribution sociale et leurs revenus ; à l'opposé, des professionnels compétents, mais trop honnêtes, vivent des vies difficiles et étriquées. Certains hôpitaux, qui pourraient être à la pointe de la médecine mondiale, se voient priver de ressources en raison de procédures administratives inappropriées ; d'autres services sont totalement dépassés, mais prélèvent toujours, avec la complicité coupable des responsables locaux, une part constante des ressources. Un système de prix parfaits n'existe pas : ce ne peut être que le fruit d'un choix social, par comparaison des bonnes pratiques. Mais en France, les premiers progrès à faire sont évidents, à l'expérience : mettre en place une rémunération des praticiens sur la base de forfaits annuels par patients, corrigés bien évidemment pour tenir compte du sexe, de l'âge, de l'état de santé générale...et introduire la tarification à la pathologie dans les hôpitaux publics et privés, suivant les méthodes éprouvées des *Diagnostic Related Groups* ; c'est la condition de base d'une gestion tournée vers la bonne utilisation des ressources.

4. Des « maisons de santé » performantes pour des soins primaires de qualité

La médecine de ville ne peut plus rester, dans le monde de demain, une industrie artisanale composée, dans une large mesure, d'entreprises individuelles aux services inégaux. Le sacro-saint face-à-face entre le médecin et le malade n'est qu'un paravent corporatiste dont le seul but est dans bien des cas d'interdire toute évaluation et toute évolution des pratiques. On ne pourra pas faire l'économie du réexamen du pacte libéral de l'après-guerre sur la médecine de ville et sur la rémunération à l'acte ; les simples incitations dans ce sens se sont constamment avérées insuffisantes.

Il faut pousser à la création de « maisons de santé »¹, centres de soins structurés avec des médecins généralistes, des capacités de faire des analyses et de la petite chirurgie, des assistants médecins et des infirmières, et la possibilité de délivrer des médicaments. Ces centres doivent être le pivot de la médecine ambulatoire et le point de passage obligé du système. Ils sont la meilleure réponse possible à la majeure partie des cas, dont ceux qui engorgent les services d'urgence des hôpitaux. Dans ce sens, le dossier médical ne peut plus attendre, après vingt ans de tergiversations ; il assurera une meilleure qualité de traitement et de service (attentes réduites, meilleure performance des diagnostics) et révolutionnera l'articulation de l'offre de soins, parallèlement aux progrès de la télémédecine et grâce à l'utilisation d'Internet dans la relation client-praticien. Il faut avoir le courage d'imposer cet outil indispensable, car un nouveau modèle médical est en jeu, tourné vers l'esprit d'équipe, la compétence et l'efficacité collectives.

5. La liberté et l'autonomie pour les hôpitaux

Liberté et responsabilité sont les deux mamelles d'un système de santé moderne.

L'objectif premier d'un système de soins, moderne et nécessairement diversifié, est que la qualité des soins soit assurée pour chacun, au coût le meilleur pour la collectivité. La satisfaction de cet objectif passe par la promotion des établissements et techniques de soins les plus performants, et l'adaptation ou l'élimination des autres ; elle doit éviter la définition trop détaillée, uniformisante et fatalement sclérosante, des principes d'organisation et de gestion ; elle doit inciter aux synergies, économies d'échelle et au progrès technique. Les hôpitaux, notamment les plus grands, publics ou privés, ont besoin d'autonomie pour organiser leur réponse en fonction de leurs avantages comparatifs et de laisser les substitutions s'opérer librement entre technologies de pointes, médicaments, dépenses de personnel et investissements immobiliers, pour atteindre la frontière d'efficacité du système de soins. Tout milite

1. Comme le suggère G. Vallancien dans sa contribution (cf. p. 157).

pour la suppression de la tutelle détaillée gérant un rationnement de fait dans le système hospitalier, notamment en matière d'équipements, et qui ne contribue plus maintenant qu'à entraver les évolutions, malgré les apparences. Les réticences à surmonter sont importantes. En France, on a toujours le vertige quand on supprime des réglementations ou qu'on crée des libertés nouvelles ; l'expérience est pourtant toujours positive.

6. La responsabilité

La responsabilité est le corollaire indispensable de la liberté, compte tenu des asymétries d'information. Cette question est bien connue des économistes : la responsabilisation n'est jamais spontanée. Pour la santé, elle doit démarrer à l'école, et se poursuivre par une politique de prévention énergique ; on est loin du compte dans notre pays. L'acquisition des comportements utiles doit faire partie des apprentissages sociaux de base. N'oublions pas que l'état de santé de la population est principalement conditionné par des facteurs dits culturels, la qualité des soins n'étant que secondaire par rapport à ces données sociologiques. La responsabilité se construit avec des incitations appropriées qui orientent les acteurs de la santé vers des comportements individuellement et collectivement vertueux. Elle concerne tous les acteurs du secteur : patients, médecins et gestionnaires des caisses. Bien sûr, les formes précises de cette responsabilisation dépendent de l'organisation retenue : dans un modèle privé ou assurantiel, la responsabilisation peut reposer principalement sur l'instillation d'une concurrence régulée, elle est manifeste dans un système public intégré comme dans les pays nordiques ou au Royaume-Uni, alors que dans un système de médecine très libérale comme celui de la France d'aujourd'hui, elle est plus difficile à assurer et suppose l'organisation rigoureuse de contrôles publics sans lesquels les dépenses ne peuvent que dériver sans limites, et pas toujours au profit de la qualité des soins.

7. L'évaluation et la qualité des soins

L'aversion pour l'évaluation est le mal français par excellence et la santé n'y a pas échappé, bien au contraire. Bientôt nous serons le dernier pays où les offreurs de soins ne font l'objet que d'une évaluation de principe, très confidentielle et incertaine dans son suivi. Les médias sont largement prêts à se mobiliser pour empêcher la fermeture d'une maternité ou d'un petit hôpital dont on oublie de dire que son activité réduite rend ses prestations souvent dangereuses ; à l'opposé, ils acceptent de se laisser instrumentaliser par certains avocats dans des affaires spectaculaires de prétendues erreurs médicales. Mais personne ne s'émeut des insuffisances quotidiennes et au fait que la France sera bientôt un des derniers pays où un diplôme acquis trente ans auparavant permet à un praticien de continuer à exercer, sans vérification de la mise à jour de ses connaissances. Le thème de l'évaluation est une tarte à la crème pour colloques, mais la réalité est celle de l'immobilisme et de ce qui n'est pas loin d'une compromission avec les corporatismes ; il suffit de voir l'indifférence des autorités publiques quand un organe représentatif de médecins met en cause un directeur de caisse primaire qui ne vise qu'à faire respecter les conventions médicales. Faudra-t-il que des associations privées deviennent, devant la carence des autorités publiques, une force de contestation et de contrôle de la qualité des soins et des offreurs de soins, comme l'ont fait avec succès les associations de consommateurs ?

8. La concurrence

Avec la concurrence, le grand mot est lâché. Ce sont les fantasmes les plus profonds, et le spectre de la privatisation qui sera agité. Nous l'assumons. Partout et toujours, un peu de concurrence ne peut qu'être bénéfique, même si les experts sont unanimes à reconnaître qu'elle ne donne pas, dans la réalité du monde de la santé, des résultats aussi importants qu'attendus; cela est vrai, une concurrence mal régulée ou trop de concurrence peuvent coûter cher, comme aux États-Unis, ou étouffer l'innovation et la qualité, si elle se traduit par la guerre des prix. La concurrence entre les

offreurs de soins reste très superficielle aujourd'hui en raison des asymétries d'information ; elle doit pouvoir être exercée par patients éclairés sur la qualité des prestations grâce aux conseils des professionnels des centres de soins, et sur la base d'évaluations complètes et publiques. Le jeu de la concurrence internationale est d'ailleurs appelé à s'imposer progressivement pour les activités de pointe et doit pousser les services à développer et valoriser leurs avantages comparatifs ; les hôpitaux, publics comme privés, auront donc à mettre en œuvre des stratégies différenciées adaptées à leurs capacités techniques et humaines. Selon les cas, ces stratégies consisteront en des concentrations sur la base d'économies d'échelles et de spécialité, des recherches de niches, la mise en œuvre de la polyvalence et de l'intégration dans les soins de proximité. Comme pour toutes les entreprises de services, les établissements de soins devront réaliser une optimisation permanente de leur fonction de production entre le capital et le travail. La concurrence entre les caisses est d'une nature différente ; elle passe par des cahiers des charges et un contrôle très stricts, pour bien tirer la leçon des expériences faites depuis dix ans en Allemagne ou aux Pays-Bas. Sur ce point, il faut noter que la concurrence par les prix peut avoir des effets pernicioeux. La concurrence par la qualité et l'efficacité, entre organismes à but non lucratif, peut s'avérer préférable, car dans le cas de biens dont la définition complexe comporte des risques d'aléas moral, une concurrence dont la finalité est la rentabilité peut avoir des effets importants et préjudiciables à la qualité². Le *managed care* à l'américaine donne lieu aujourd'hui à des appréciations mitigées³. Les organismes à but non lucratif s'appuient sur d'autres éléments de motivation que le profit et ne cherchent pas, sauf exception, à utiliser leur pouvoir de marché ou les asymétries d'information ; ceci est particulièrement vrai de la gestion des caisses d'assurance maladie, et plus généralement du secteur de la santé. Sous ces réserves, la concurrence est porteuse de bénéfices, par la pression qu'elle exerce, si elle est judicieusement contrôlée (c'est en fait l'application

2. A. Ben-Ner : For-Profit, State, and Nonprofit, how to cut the pie among the three sectors, Colloque Saint-Gobain, Septembre 2003.

3. Comme le montre J. Mistral dans sa contribution.

de la théorie du monopole contestable) ; l'absence de concurrence ne peut que contribuer à entretenir des rentes injustifiées et débouche toujours, à long terme, sur la sclérose.

9. Une politique de la recherche

Le constat alarmant, établi pour la recherche et l'Université en France⁴, s'applique particulièrement au domaine de la santé. Les moyens consacrés sont insuffisants et les structures inadaptées. Dans le biomédical, on n'est plus dans le même monde que les États-Unis ou le Japon. Chacun des grands pôles américains représente un potentiel presque équivalent à l'ensemble de la recherche française. Une politique soucieuse de combler le retard européen et français se doit d'abord d'être suffisante en termes budgétaires, et d'autant plus sélective que les ressources sont limitées. Elle doit savoir faire des choix ; penser développer en France cinq cancéropôles ou vingt-cinq biopôles, est une illusion et la marque d'une faiblesse profonde de la décision politique dans notre pays. Il n'y a pas la place en France pour plus de deux ou trois médico-biopôles de classe internationale sur lesquels il convient de concentrer tous les moyens pour leur permettre de survivre dans la compétition mondiale. L'enjeu n'est plus de jouer en première division, mais simplement de tenir une place honorable face aux pôles de deuxième rang américains ou japonais. La création d'une agence européenne de la recherche médicale, sur le modèle des NIH américains, dotée de moyens équivalents, par des transferts progressifs des moyens nationaux doit être envisagée. Mais il faut aussi de nouveaux moyens pour aider au développement de centres de recherche puissants dans les universités, de *clusters* associant les diverses techniques en cause dans l'avenir du secteur, bio, nano, imagerie, robotique et systèmes informatiques, et rattraper le retard déjà trop important par rapport aux États-Unis et au Japon. Enfin, la politique européenne de l'agrément et de la mise sur le marché des médicaments et des matériels médicaux doit être mobilisée, comme le font les Américains, au service du rattrapage de l'industrie

4. Cf. notre Cahier n°6 : « Un pacte pour une nouvelle Université ».

européenne et de la relocalisation en Europe des laboratoires de recherche.

10. La planification prévisionnelle des ressources du système

Le poids de la santé a augmenté régulièrement dans le passé et est appelé à progresser à nouveau dans les prochaines années puisque les prévisions courantes tablent sur une part de 20 % du PIB pour la santé dans les pays développés d'ici 20 à 25 ans (et, par exemple, 17 % aux États-Unis dès 2015). La santé est un bien supérieur, c'est-à-dire que sa consommation augmente plus vite que le revenu disponible. C'est un bien à externalités positives, et on voit mal pourquoi des pays ayant atteint des niveaux de vie élevés, associés à des consommations plus ou moins futiles, ne donneraient pas la priorité à des biens essentiels comme la santé, le confort et la sécurité sanitaires, la prévention. Evolution de société aussi inéluctable que souhaitable. Il faut arrêter de faire croire que les déséquilibres financiers réguliers sont dus à l'irresponsabilité des acteurs de la santé : ils sont inévitables dans un système où la prévision de la dépense est toujours et par nature inférieure à celle des ressources, parce qu'on ne sait plus anticiper. On préfère focaliser l'attention de l'opinion publique, tous les trois ans, sur des sujets secondaires comme le taux de remboursement de certains actes ou sur le nombre de dixièmes de point de taux de cotisation ou de CSG utiles pour redresser l'équilibre (les médias adorent visiblement cette comédie rejouée sans fin et avec délectation par des ministres souvent talentueux), au lieu de mettre en place un contrôle du système, qui passe par un ONDAM efficace, et une véritable programmation pluriannuelle de la recette publique, en définissant par avance l'évolution des taux des impôts concernés. Les abus et gaspillages sont réels et doivent être réduits. Mais, à supposer même qu'ils disparaissent totalement, il n'en reste pas moins que la consommation de santé est vouée à croître inéluctablement. Autrement dit, l'optimisation instantanée du système de soins, aussi souhaitable soit-elle, et même si elle suffit parfois, à court terme, au rééquilibrage du financement, ne permet pas de

garantir l'équilibre dynamique si nécessaire pour laisser jouer les forces de progrès.

11. L'efficacité par des agences de régulation indépendantes

La régulation du secteur de la santé doit se centrer sur l'anticipation des évolutions futures, au lieu de se laisser enfermer dans les idées du passé. Cela implique des institutions de régulation modernes très différentes des institutions de l'après guerre que l'on ne finit plus de rapiécer et de compliquer, une grande souplesse annuelle dans la mise en œuvre de la régulation, et surtout une véritable vision stratégique à long terme. Le choix de l'excellence en matière d'innovation et de compétitivité suppose que les caisses d'assurance-santé aient le maximum de souplesse dans la mise en œuvre de la réponse à la demande : la régulation doit porter sur le contrôle du coût global de l'offre des soins et celui de sa qualité et non pas sur une réglementation détaillée des offreurs les plus dynamiques mais les plus faciles à surveiller, comme c'est le cas actuellement pour les hôpitaux performants. Les méthodes modernes de régulation des services publics peuvent être transposées utilement à la santé. Quatre fonctions doivent être distinguées si on veut être efficace : la définition des ressources financières du système, prérogative du Parlement, mais qui doit être mieux précisée qu'aujourd'hui, la définition du panier de soins assuré sur ressources publiques et sa réévaluation permanente, l'évaluation et le contrôle de la qualité de l'offre des soins, et l'évaluation et le contrôle du fonctionnement des caisses. Ces fonctions sont confondues aujourd'hui dans une gouvernance illisible, déresponsabilisante et inefficace. Elles doivent être séparées et exercées avec fermeté par des autorités indépendantes, à l'abri des pressions corporatistes. Donnons un véritable pouvoir à ceux qui ont en charge le pilotage du système de santé ; ils remplaceront avantageusement la prolifération des circulaires, placebos inutiles contre l'impuissance et l'irresponsabilité. Là aussi, les débats sont complètement occultés.

12. Le temps du débat public

Les économistes ne peuvent pas avoir une réponse unique sur l'organisation du système de santé et de nombreuses choix restent ouverts : formes des rémunérations individuelles des praticiens, formes de la mise en concurrence entre réseaux de soins, articulation institutionnelle de la régulation. Il faut également tenir compte de la « préférence pour la variété » des patients, qui, comme le montre l'exemple des États-Unis, peuvent être nombreux à préférer le confort du libre choix à un prix plus élevé, plutôt que de payer moins cher dans le système plus contraint à *gate-keeper*. Le benchmark international donne ainsi des références utiles mais ne permet pas aujourd'hui de trancher nettement en faveur d'une formule institutionnelle déterminée. Il appartient au compromis politique de définir l'architecture chargée de piloter le système. Les mutations à accomplir pour moderniser notre système de soins sont considérables : elles mettent en jeu des corporatismes profondément ancrés dans la vie publique française. Elles demanderont donc du temps : le temps du débat qui peut être long, celui de la négociation, celui de la décision qui sera probablement spasmodique compte tenu des traditions de notre pays, mais qui ne doit pas être esquivé par des artifices tactiques, et enfin celui de la mise en œuvre qui demande beaucoup de ténacité. Il serait contreproductif de chercher à brûler les étapes ; la liste est trop longue des réformes du système, annoncées comme décisives à grands renforts de trompettes politiques, tranchées en trois mois, et qui se sont avérées insignifiantes au bout de quelques années, comme par exemple la responsabilisation collective introduite par les réformes de 1995. Les grands soirs finissent toujours mal dans notre pays, au pire par un retour en arrière, au mieux par une strate supplémentaire de réglementations et de contraintes. Les conclusions de Tocqueville sont toujours d'actualité. La véritable réforme prend du temps et demande humilité et patience de la part de ses promoteurs. La réforme des retraites a commencé avec Michel Rocard il y a quinze ans ; la loi de 2003 a prévu qu'elle ne sera pas terminée avant une dizaine d'années. On ne peut plus attendre pour la santé, car les évolutions sont rapides et on aurait dû commencer le débat il y a au moins quinze ans comme dans le cas des retraites ; on a déjà trop

perdu de temps. Pourquoi ne pas procéder dès aujourd'hui à des expérimentations diversifiées, portant sur l'organisation du système de soins, la création de caisses de type nouveau, puis de généraliser progressivement par évaluation et diffusion des meilleures pratiques ? Donnons tout de suite l'autonomie complète, sous forme de fondations d'utilité publique, à un ou deux grands CHU de province, prêts à l'accepter en leur confiant la tâche de structurer des centres de soins modernes autour d'eux. Testons nos scénarios dans des départements ou des régions volontaires. Serons nous, dans le pays de Claude Bernard, les derniers à refuser les bienfaits de l'expérimentation institutionnelle dans le domaine médical ?

Deux scénarios de cohérence

Le système d'assurance-maladie est devenu d'une telle complexité, au-delà des multiples inefficiences reconnues dans tous les rapports effectués ces dernières années, qu'une clarification s'impose si on veut réellement l'améliorer. Le système de santé de la France a lentement dérivé vers une sorte de monstre institutionnel, extravagant et inefficace, sous l'effet des accommodages successifs. La transparence démocratique exige de lui rendre un minimum de lisibilité, avant qu'il ne soit trop tard et que le citoyen ne finisse par s'en détourner au profit de la formule naturellement la plus simple, celle d'un service de qualité et onéreux pour ceux qui pourront se le permettre et d'un service public au rabais pour les pauvres ; à cette vitesse, notre pays n'est d'ailleurs plus très éloigné de cette formule. Il suffira d'une petite couche supplémentaire de complexité pour que s'impose définitivement, derrière l'apparence d'un système égalitaire, la réalité d'un dualisme que nous refusons. Les choix à faire exigent de retourner aux fondamentaux. Derrière le débat technique, dont les douze principes qui viennent d'être énoncés traduisent les conclusions les plus importantes, il y a un choix de société qui dépasse les experts ; le rôle de ceux-ci est d'aider le citoyen à en comprendre les enjeux et de pousser le décideur à la cohérence. C'est ce que nos deux scénarios veulent apporter : forcer à réfléchir sur des maquettes de référence tirées du meilleur des réformes poursuivies aujourd'hui dans le monde.

Le modèle social européen s'oriente, dans le domaine de la santé, vers le choix entre deux modèles exclusifs à l'origine l'un de l'autre dans leur logique profonde, mais qui tendent à tirer maintenant le meilleur l'un de l'autre : le système « bismarckien » modernisé avec un meilleur contrôle collectif, chemin pris par l'Allemagne ou les Pays-Bas, et le service public de qualité auquel on donne de la souplesse, dont les pays nordiques ont marqué la voie, et que le Royaume-Uni vise, en acceptant d'augmenter considérablement les

moyens du National Health Service. Les réformes entreprises poursuivent les mêmes objectifs, en particulier le refus de la privatisation des soins à l'américaine, rejetée partout en Europe, mais qui présente une probabilité non négligeable de réalisation si elles échouent.

Dans nos deux scénarios, les ressources publiques qui assurent l'offre du panier de base sont fixées dans le cadre d'une véritable programmation pluriannuelle et limitative d'engagements des ressources publiques, décidée par le Parlement, sur la proposition de l'autorité indépendante. La définition du panier de soins obligera à trancher dans la question vive de la partie de la dépense qui n'est pas couverte par le régime universel. Les facteurs structurels d'augmentation du coût des soins de santé, prévisibles pour les dix à vingt prochaines années, engendreront très probablement une augmentation de ces coûts supérieure à celle du PIB, quel que soit le niveau de performance du modèle organisationnel et de financement qui aura été retenu. En conséquence, les pouvoirs publics doivent, aussitôt que possible, prendre l'initiative courageuse d'expliquer à nos concitoyens que le financement par les ménages est inéluctablement appelé à croître, directement ou par l'assurance santé facultative pour les soins ne relevant pas de l'effort de solidarité nationale tel que défini par le Parlement.

1. Scénario 1 : le système « bismarckien » modernisé

Cette formule comporte un double niveau, celui des offreurs de soins indépendants et celui des caisses d'assurance-maladie.

Les offreurs de soins peuvent être de régimes juridiques variables, praticiens libéraux, sociétés médicales à but non lucratif pour les cabinets de groupe, fondations à but non lucratif ou entreprises privées pour les hôpitaux ou cliniques. Le respect des 12 principes de base implique que la rémunération des praticiens isolés et des cabinets de groupe se fasse selon un régime principalement de capitation, par convention avec les caisses, avec des incitations pour les actes de prévention et le regroupement des praticiens (la

capitation doit être nettement plus élevée pour les « maisons de santé », dès lors qu'elles assurent une fonction complète et permanente des services de soins de proximité ; ce peut d'ailleurs être le cas également de centres rattachés techniquement à des centres hospitaliers dans le cas de réseaux ville-hôpital). Les établissements secondaires de soins, hôpitaux ou cliniques, ne sont accessibles aux patients qu'après décision des praticiens des centres primaires. Ils sont autonomes (et de statuts divers) et rémunérés à la pathologie par conventions avec les caisses. Les soins qui font l'objet du panier de soins de base sont donc gratuits pour les patients mais donnent lieu à une contribution forfaitaire de leur part (avec deux ou trois niveaux, suivant les revenus fiscaux) et inassurable. La masse globale des rémunérations perçues, aussi bien dans les centres de soins que dans les hôpitaux ou cliniques, est distribuée dans le cadre d'une procédure interne à chaque établissement ; de très nombreuses formules sont possibles sur ce point. Les centres de soins, hôpitaux ou cliniques, doivent pouvoir négocier librement les rémunérations des praticiens, aussi bien médecins qu'aides médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychothérapeutes, par vacations, salaires mensuels ou même à l'acte, avec toutes formes d'incitations possibles (référencement des salaires en fonction de la compétence ou de l'ancienneté, primes pour les gardes de nuit ou de week-end par exemple), dans le cadre d'une convention collective qui laisse une grande place à la prime à la compétence et à la performance.

Les caisses sont des organismes à but non lucratif intégrés (la distinction entre caisse principale et caisse complémentaire pour assurer le ticket modérateur disparaît de facto) et en concurrence « modérée » entre elles, avec une forte régulation. Elles sont ainsi dotées d'une mission de service public. Les assurés choisissent librement leurs caisses ; celles-ci reçoivent leurs ressources de base de la part de la caisse centrale, en fonction du nombre et des caractéristiques médico-démographiques de leurs assurés. Elles sont tenues d'assurer le panier de soins de base, par convention avec des centres de soins et hôpitaux ou cliniques, et peuvent offrir également des options, dont la liberté de choix des centres de soins ou praticiens pour les patients ; elles doivent bien sûr accepter tout

assuré candidat. Pour éviter les effets de sélection de clientèle, c'est-à-dire le risque de voir certaines caisses se spécialiser sur des options coûteuses de libre choix entre offreurs « de haut niveau », mais avec des services de base de niveau médiocre, il faudra se poser la question d'interdire la séparation entre des centres de soins relevant uniquement du régime optionnel et d'autres centres de soins uniquement du régime de base : tous les centres de soins offerts par la caisse doivent être ouverts à tous les assurés d'une manière équitable, et les organismes de régulation contrôlent la réalité de l'égal accès aux soins. La différenciation entre les caisses porte donc principalement sur la qualité d'ensemble des prestations offertes ; cette qualité est d'ailleurs évaluée, chaque année, par des organismes indépendants, et rendue publique.

Les soins ne relevant pas de la solidarité nationale peuvent donner lieu à une assurance particulière séparée (contractée auprès de la caisse principale ou auprès d'une autre compagnie).

Le système « bismarckien » modernisé correspond bien à l'histoire du système français de santé et à la sensibilité de nos concitoyens. Mais un autre scénario est possible ; il correspond dans sa logique à la dérive étatique constatée depuis de nombreuses années. Il doit être exploré, au moins intellectuellement, ne serait-ce que pour vérifier la pertinence du premier.

2. Scénario 2 : le service public intégré

Dans ce système, les caisses et mutuelles perdent leur objet et la collectivité publique pilote en direct l'offre de soins. C'est la collectivité publique qui assure la concurrence entre les offreurs de soins, par la qualité et la contestabilité de l'offre de soins. Cette formule est donc celle de l'organisme acheteur public des soins, avec une grande décentralisation, qui peut être régionale, car l'expérience des pays nordiques montre que cette formule est meilleure. Dans chaque région, l'organisme acheteur public, qui bénéficie des ressources affectées par le Parlement, proportionnellement à la population, avec une correction de péréquation, pour tenir compte de la faible attractivité de certaines régions, passe des conventions avec

des prestataires de soins qui peuvent gérer des centres de soins primaires et des hôpitaux et cliniques. Les prestataires agréés ont l'obligation d'assurer l'intégralité de l'offre sur le territoire pour lequel ils sont agréés et d'accepter tout client. Ils le font soit directement, en tant qu'opérateurs intégrés de soins, soit, s'ils sont simplement centres de soins primaires, en passant à leur niveau des conventions avec les hôpitaux ou cliniques vers lesquels ils envoient leurs malades, sur la base de tarifs nationaux par catégorie de patients (sans possibilité de négociation tarifaires). Les hôpitaux ou cliniques sont tenus par contre d'offrir la triple prestation, accueil primaire, urgences et traitements secondaires.

Les offreurs de soins sont structurés de la même manière que dans le premier scénario, mais, dans la mesure où ils peuvent être en concurrence plus qu'en complémentarité, ils sont tenus d'autoriser l'accès aux « tiers offreurs » pour certaines catégories de soins très spécialisés, au titre des facilités essentielles. Les salaires des professionnels des soins sont négociés librement par les offreurs, dans le cadre du respect d'une convention collective qui laisse une grande marge à la rémunération de la compétence et de la performance.

Les patients acquittent, dans les mêmes conditions que dans le cas « bismarckien » une contribution forfaitaire pour l'accès aux différents prestataires (avec trois niveaux suivant les revenus fiscaux) et inassurable. De même, les soins ne relevant pas de la solidarité nationale peuvent être assurés par des organismes d'assurance, sous la forme d'une assurance santé facultative.

II. BIENTÔT, IL SERA TROP TARD

Le système de santé construit en France au lendemain de la guerre s'est développé sans grandes difficultés jusque vers les années 60-70 . À cette époque, les dépenses se sont mises à croître beaucoup plus vite que les ressources prévues, à cause du ralentissement de la croissance, et de l'augmentation élevée de la dépense en raison du progrès technique et de l'absence de réel contrôle de l'assurance maladie. En trente ans, le génie administratif et politique français a tout inventé et tout essayé, depuis les contributions financières demandées aux patients, les hausses présentées souvent comme temporaires des prélèvements obligatoires, le contrôle tatillon sur les hôpitaux, un régime de conventions médicales à plusieurs vitesses, d'ailleurs peu respecté avec la complicité du politique, des objectifs annuels de croissance de la dépense votés en grande cérémonie, mais dépassés dans la discrétion de tous les jours, des agences réputées indépendantes mais dont les responsables sont révocables tous les mercredi selon l'humeur des princes... Notre régime de santé d'aujourd'hui est le digne descendant de deux traditions bien françaises, la rigueur formelle de l'étatisme et l'emballement fantaisiste de Monsieur Hulot.

Donc, depuis plus de vingt ans, la croissance des dépenses de soins de santé entraîne un déficit croissant des régimes publics d'assurance maladie. Cette croissance sectorielle a été financée par la croissance du PIB, l'augmentation des prélèvements obligatoires, et l'emprunt public. Par ailleurs, cette période a vu l'augmentation tendancielle de l'espérance de vie en France, sans que l'on soit en mesure d'apprécier la part imputable à l'efficacité du système de soins. Enfin, le financement soutenu de ce secteur n'a pas permis de construire une politique de recherche médicale ambitieuse, ni un secteur industriel du biomédical d'envergure mondiale. On peut donc s'interroger sur l'efficacité de la politique publique de financement des soins de santé. Du reste, la crise de notre système de santé est révélatrice des fragilités de notre démocratie, de son incapacité à entreprendre des réformes, quand il s'agit d'aborder des problèmes

complexes, de l'impuissance des élus à en débattre de manière construite face aux représentants des groupes d'intérêt, et de l'inaptitude des pouvoirs publics à les expliquer sereinement aux Français.

Pour concevoir une esquisse du possible, nous devons abandonner tout carcan idéologique, nous inspirer d'expériences réussies ailleurs, dans d'autres domaines et d'autres pays, et nous placer d'emblée dans une approche systémique conçue au service des hommes. Quand on parle de santé, c'est de « bien être » des hommes qu'il s'agit, et pas seulement de la réparation – utile, inutile?– de telle de ses fonctions organiques ou, a priori, de tel intérêt industriel ou corporatiste ; c'est bien de là que nous vient la complexité du sujet qui nous occupe et la nécessité d'un débat de société, posant de nouveaux paradigmes. La santé est bien un thème de développement durable et équitable.

L'économie de la santé est abordée le plus souvent à travers les questions que pose son financement. Ce sont les déficits publics qui alimentent les rapports et les débats ainsi que les inquiétudes de toute nature. Et qui, finalement, fondent une position, un point de vue presque universellement partagés qui débouchent sur une seule question : comment limiter, maîtriser les dépenses de santé.

Cette approche semble de bon sens et répondre à des urgences manifestes. Ce n'est pourtant pas la bonne façon d'organiser la réflexion car, même si l'on veut éclairer des choix à court terme, un détour permettant d'établir une vision à long terme est indispensable. Deux lignes de force doivent en effet être dégagées avant d'en venir aux questions de financement.

1. Le mirage du retour à l'équilibre

Tout a été dit et écrit sur « le retour à l'équilibre ». Mais de quel(s) équilibre(s) parle-t-on ?

L'équilibre des régimes obligatoires d'assurance maladie dépend de quatre variables principales, le vieillissement de la population, les progrès des techniques médicales, la demande de soins et de confort, et pour les recettes, le niveau de la croissance économique. Il comprend également deux variables d'ajustement : le niveau des prélèvements obligatoires (dont la CSG et la CRDS), et le périmètre des dépenses remboursées au titre de la solidarité nationale, au titre du « panier de soins ».

Comme l'État ne peut agir, à moyen terme, sur les quatre premières variables, il ne lui reste théoriquement comme modes d'action possibles que l'augmentation des prélèvements obligatoires, la réduction du panier de « soins », ou du taux de remboursement, le rationnement des soins, la recherche de gains de productivité du système de soins, et la gestion du risque.

À chaque crise de la Sécurité sociale, l'État a agi sur les deux premiers leviers : l'augmentation des prélèvements obligatoires et la réduction des taux de remboursement. Le rationnement des soins a été utilisé partiellement et maladroitement, notamment par le biais de la carte sanitaire, des budgets hospitaliers, ou du numerus clausus, et la plupart du temps sans succès. La recherche de gains de productivité n'a jamais été réellement mise en œuvre en France, alors que ce fut le cas dans d'autres pays dotés de systèmes publics développés, comme le Canada ou la Suède. La gestion du risque en est encore à ses débuts, même si la CNAM a conduit des opérations efficaces sur le médicament.

L'équilibre des régimes complémentaires ne semble pas concerner, a priori, les pouvoirs publics, puisqu'en apparence, ils relèvent de la consommation des ménages. Ce n'est évidemment pas le cas, puisque avec le désengagement des régimes publics, les « complémentaires » deviennent des éléments clés de l'accès aux

soins. Ceci s'opère, en outre, avec de fortes inégalités de traitement, puisque les salariés couverts par une protection collective obligatoire d'entreprise bénéficient d'un double avantage : l'abondement par l'employeur (jusqu'à 50 % du coût), et les avantages fiscaux attachés, pour l'employeur comme pour le salarié. Ce double constat a motivé la revendication de la Mutualité Française d'un crédit d'impôt pour tous.

Il faut également noter que si le désengagement des régimes publics devait se poursuivre, la protection sociale collective « complémentaire » ayant un caractère obligatoire (pour disposer des avantages fiscaux), deviendrait une charge permanente importante pour les ménages comme pour les entreprises, pesant sur la compétitivité de celles-ci. Ce phénomène avait amené le gouvernement américain à instaurer une tarification à l'activité pour les programmes publics, aux États-Unis, au début des années 1980 (*Diagnosis Related Groups*). Si l'on n'y prend pas garde, le caractère inégalitaire des prélèvements des régimes complémentaires, ainsi que leur augmentation régulière du fait d'une mauvaise gestion des ressources du système de soins et de l'absence de politique de solidarité nationale, provoqueront de nouveaux phénomènes d'exclusion que ni la CMU, ni de nouvelles contraintes publiques sur les organismes « complémentaires » ne pourront résorber, ainsi qu'une insatisfaction croissante de l'opinion publique. L'acceptabilité des augmentations récurrentes et simultanées des prélèvements sociaux et des cotisations des organismes complémentaires est probablement limitée ; il en est de même, à court et moyen termes, de la solvabilité de la demande de couverture complémentaire, pour la plupart des ménages. En tout état de cause, ni la prise de contrôle par l'État d'une partie du champ d'intervention des organismes « complémentaires », ni son extension ne peuvent régler les problèmes d'accès aux soins ou la maîtrise des coûts de santé.

La recherche de gains de productivité globale du système de soins est-elle une voie accessible ?

Tout d'abord, deux constatations simples. La recherche de gains de productivité n'est pas contraire à l'amélioration de la qualité

des soins ; au contraire, les unités de soins performantes sont aussi les moins coûteuses (traitement plus rapide des malades, absence de complications ou d'infections nosocomiales, coûts évités pour la collectivité, etc.), et les plus actives en termes de recherche appliquée ou d'innovation médicale. Ensuite, ce n'est pas par une sous-tarification des actes médicaux, comme c'est le cas en médecine ambulatoire depuis de nombreuses années, que l'on peut entretenir une médecine de qualité, ni que l'on génère un moindre coût global du système de soins.

La recherche de gains de productivité passe par plusieurs éléments.

En premier lieu, elle passe par l'affectation des ressources aux structures de soins les plus performantes, selon des critères objectifs (et non selon les coûts historiques). Ces critères doivent avoir pour base leurs missions permanentes et explicites : recherche, permanence des soins, urgences, santé publique, etc. Ils doivent intégrer les normes de technicité et de qualité définies en concertation par les instances professionnelles et les agences publiques, et tenir compte du niveau réel d'activité.

La productivité porte, en second lieu, sur la maîtrise de la gestion du risque par les régimes d'assurance maladie. L'État doit veiller à ne pas engager des dépenses (telles que fixation des prix du médicament ou rémunérations des personnels hospitaliers), sans que leur financement spécifique ait été préalablement trouvé. La maîtrise de la gestion du risque concerne les caisses d'assurance maladie, quelque soit leur nature, pour les dépenses qu'elles prennent en charge et s'appuie aussi, en principe, sur le non remboursement de dépenses médicalement non justifiées : visites médicales non justifiées, médicament à faible SMR, certaines cures thermales, etc.. Elles doivent avoir la capacité juridique de négocier les prises en charges avec les professions de santé. Les caisses doivent disposer, pour les dépenses prises en charge, des outils effectifs de contrôle de l'utilisation des ressources compatibles avec l'ampleur de l'enjeu. Elles doivent disposer de la capacité juridique, matérielle, et politique, de faire la chasse aux gaspillages et aux abus, notamment : la

surconsommation de médicaments, le nomadisme médical, l'utilisation frauduleuse des cartes de sécurité sociale. Elles doivent rendre des comptes des contrôles effectués, des méthodes utilisées et de leurs résultats, d'une manière publique. Par ailleurs, les organismes d'assurance santé facultative doivent également pouvoir contracter avec les professionnels de santé, pour les dépenses qu'ils prennent en charge.

Plusieurs pays ont engagé, dans les années 1990, des programmes de réduction des coûts des infrastructures hospitalières ; par exemple le Canada, confronté à une crise financière majeure, a engagé le « virage ambulatoire » et supprimé plusieurs centaines de services hospitaliers, devenus inutiles avec l'émergence de la chirurgie ambulatoire. La Suède est un autre exemple de politique de restructurations majeures.

Notre pays est désespérément en retard dans cette politique de productivité. Il a mis en place, longtemps après les autres, une politique partielle de « maîtrise » de la qualité des soins, grâce aux travaux de l'ANAES⁵, mais se révèle incapable de conduire une politique de réallocation des ressources et de maîtrise des coûts ; l'échec du projet de réforme en 1995 en est un exemple. Pire encore, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), engagé par le Directeur des Hôpitaux dès 1982, n'est toujours pas mis en œuvre vingt ans plus tard, et on peut craindre que la mise en application de la tarification à l'activité (TAA) soit également retardée sous la pression des conservatismes corporatistes. Les compétences et les techniques de gestion sont pourtant disponibles, dès à présent, pour engager une véritable politique d'amélioration de la qualité et de la productivité du système de soins, dans l'intérêt partagé de la collectivité nationale et des usagers. Mais notre pays est-il aujourd'hui capable de conduire une réforme d'ampleur, dès lors que des intérêts catégoriels sont en jeu ?

Ce secteur administré peut-il ignorer les impératifs industriels et les questions économiques ? Le secteur des soins de santé constitue dès aujourd'hui un secteur industriel et de services, de l'industrie

5. Agence Nationale d'Évaluation en Santé.

pharmaceutique aux soins médicaux, représentant un poids macroéconomique considérable (de 7 à 11 % du PIB pour les pays avancés, bientôt 14 % pour les États-Unis⁶). Les dépenses de santé augmentent plus vite que le produit intérieur brut (PIB) dans la plupart des pays de l'OCDE. En 2000 et 2001, les dépenses de santé ont augmenté de 4 % par an, en termes réels, en moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE, à comparer à une croissance du PIB réel de 2,3 % par an. Les dépenses de santé, en pourcentage du PIB, ont atteint 8,4 % en moyenne dans l'OCDE en 2001, contre 7,3 % en 1990 et juste au-dessus de 5 % en 1970. La proportion du PIB dépensée pour la santé a atteint 13,9 % en 2001 aux États-Unis, contre 11,9 % en 1990 et 6,9 % en 1970. Par ordre décroissant derrière les États-Unis, en 2001, on trouve la Suisse (10,9 %), l'Allemagne (10,7 %), le Canada (9,7 %) et la France (9,5 %). Une analyse des dépenses de santé au sein de l'Union européenne à 15 (UE 15) montre que ces dépenses évoluaient entre 7,5 % du PIB et 9,5 % du PIB, en 2001, sauf pour l'Allemagne (10,7 %). Si l'on considère la Pologne comme un exemple représentatif des nouveaux entrants au sein de l'Union européenne, les dépenses de santé ont atteint 6,3 % du PIB en 2001 dans ce pays.

Le poids des dépenses de santé est appelé à progresser fortement dans les prochaines années puisque les prévisions courantes tablent sur une part susceptible d'avoisiner les 20 % du PIB pour la santé dans les pays développés d'ici vingt à vingt-cinq ans (et, par exemple, 17 % aux États-Unis dès 2015). Mais de plus, ce secteur, qui reste aujourd'hui en partie protégé pour ce qui concerne les services, va s'ouvrir à l'industrialisation et à la concurrence internationale. La question de sa compétitivité se posera donc de plus en plus. Enfin, et peut-être est-ce le point le plus essentiel, ce secteur est stratégique pour la recherche fondamentale en biologie et la recherche-développement dans le domaine des biotechnologies. De la même façon que le secteur de la défense a été (et le reste encore dans certains pays) le moteur de recherches et d'innovations dont tous les secteurs industriels ont profité, celui de la santé pourrait être demain à l'origine d'une nouvelle vague

6. Voir la contribution de C. Saint-Étienne, p. 119.

d'innovations dont tous les secteurs de l'économie seraient bénéficiaires. À l'origine aussi d'exportations vers des pays pauvres qui en ont le plus grand besoin⁷. Il faut aussi souhaiter que les pays développés s'efforcent d'accueillir et de traiter, non pas toutes les maladies du monde, mais des pathologies pour lesquelles ils ont développé un avantage comparatif⁸.

Cette question invite à s'interroger sur ce qui fonde la mise sous tutelle publique, plus ou moins partielle selon les pays et les époques, du secteur de la santé. La raison principale – ce n'est pas la seule, mais c'est elle qui est prédominante – s'inscrit dans un choix collectif de réduction des inégalités. Choix collectif qui ne relève pas d'un critère théorique mais résulte de considérations sociales, culturelles, d'équilibres entre groupes sociaux, et se traduit par un arbitrage politique. Il en est de même, plus généralement, de tous les arbitrages concernant la redistribution fiscale et les aides publiques. Mais les inégalités après redistribution restent inacceptables dans certains domaines, principalement celui de l'éducation et celui de la santé.

En ce qui concerne l'école, le consensus collectif s'est construit autour de l'idée d'une égalité des chances, évidemment hors d'atteinte, mais visant à réduire les facteurs économiques de reproduction des inégalités. Dans ce secteur, comme dans celui de la santé, le système d'offre reste sous-optimal. Mais il est au moins régulé par divers mécanismes (secteur libre, écoles en concurrence, bourses, etc.). De plus, la croissance de ce secteur est probablement bornée par une asymptote et les dépenses publiques d'éducation ne devraient pas dépasser sensiblement 6 à 7 % du PIB.

Le principe redistributif en matière de santé est d'éliminer les inégalités économiques face à la maladie, face à tous les handicaps, et finalement, face à tous les risques sanitaires. Bien sûr, cet objectif est hors d'atteinte et les inégalités en fonction des niveaux de revenus et des activités professionnelles restent très sensibles (par

7. Selon l'OMS, 17 millions de personnes meurent chaque année faute de médicaments.

8. Sur cette question, cf. la contribution de Denis Castaing (p. 143).

exemple, si on les mesure par les durées de vie moyennes⁹). Mais le recours aux soins est considéré comme devant être accessible à tous, sans discrimination économique.

À partir de ce principe simple surgissent au moins trois difficultés supplémentaires :

– La déconnexion totale entre la consommation et le paiement des soins (comme c'est le cas par exemple dans l'école publique) est irréalisable à l'expérience car les services de soins sont largement privatifs. Les pays qui ont expérimenté cette solution ont mis en évidence ses très nombreux inconvénients. On peut même penser que lorsque le lien entre prélèvements sociaux et services de santé devient trop ténu, cela finit par rendre difficiles les choix démocratiques.

– À partir du moment où des paiements directs sont en œuvre, les usagers du système de soins souhaitent s'assurer contre les aléas de santé. D'où l'apparition d'un système d'assurance entraînant avec lui toutes les difficultés spécifiques de ce secteur : aléa moral et sélection adverse. Pour compliquer encore, on a greffé sur ce système d'**assurance** une logique d'**assistance** permettant d'atteindre les objectifs de redistribution et de solidarité ;

– L'augmentation sensible et prévisible des dépenses de santé (à la différence des dépenses d'éducation) rend difficile le maintien du système actuel, sauf à accepter une croissance indéfinie des charges sociales. Or cette croissance met en péril la compétitivité économique d'un pays, tout en aggravant les risques de sous-optimalité d'un système de soins (qui restaient tolérables lorsque les dépenses de santé étaient encore limitées).

Le secteur de la santé est donc un domaine dans lequel les économistes ont peur de s'aventurer (ils sont d'ailleurs peu nombreux à s'y investir). Les valeurs sociologiques et morales, forgées au cours d'un long cheminement historique, les contraintes institutionnelles et politiques, encore resserrées par l'obligation

9. Le taux de mortalité à âge égal varie du simple au double entre la catégorie socio-professionnelle la plus exposée (ouvriers) et celle des cadres.

d'entreprendre le renouvellement du modèle social européen, ne laissent que peu de place aux instruments théoriques des économistes. D'où la tentation d'une position conservatrice ou, au mieux, prudemment réformiste, se limitant à proposer des solutions pour réduire les gaspillages les plus importants et surmonter les problèmes de financement à l'horizon de quelques années¹⁰.

2. Rappel de quelques bases

Avant de tenter une esquisse du possible, nous allons mettre en exergue ici quelques concepts bien connus des économistes de santé, mais qui sont rarement rappelés dans les débats sur l'avenir de notre système de santé et de son financement. Ils nous paraissent pourtant devoir tenir un rôle significatif dans la réflexion.

Premier fondamental : la santé est à la fois un bien individuel et collectif

La médecine est une discipline scientifique, sur la base de laquelle on a mis en place des systèmes de soins, dont les caractéristiques sont propres à chaque pays. La santé reste, quant à elle, un bien dont la représentation dépend de la situation actuelle d'une culture et d'une civilisation, un bien à la fois individuel et collectif. Ainsi, on peut poser trois définitions différentes de la santé :

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé est celle d'un état complet de bien-être, physique, psychique et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité.

10. Position fortement confortée, en France, par l'observation que le système de santé est, en l'apparence, globalement satisfaisant dans les comparaisons internationales. L'OMS classe même la France au premier rang pour son système global de santé parmi 191 pays, les États-Unis arrivant seulement au 37^e rang, en dépit d'un financement sensiblement plus important. Mais comme on le verra plus loin, les facteurs socioculturels doivent relativiser ce classement. OMS, *Rapport 2000*, p. 152-155, 21 juin 2001.

La conception « humaniste », celle du gouvernement du Québec, dans les années 1990, repose sur trois convictions¹¹ :

- la santé et le bien être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu,
- le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective,
- la santé et le bien être de la population sont un investissement pour la société.

La conception économique est un peu à l'opposé de la conception canadienne¹² ; la question est de savoir comment il est possible de se comporter en « acteur économique rationnel » sur le marché des soins médicaux. Ainsi, on est amené à énoncer les particularités de l'économie de la santé par rapport à d'autres domaines :

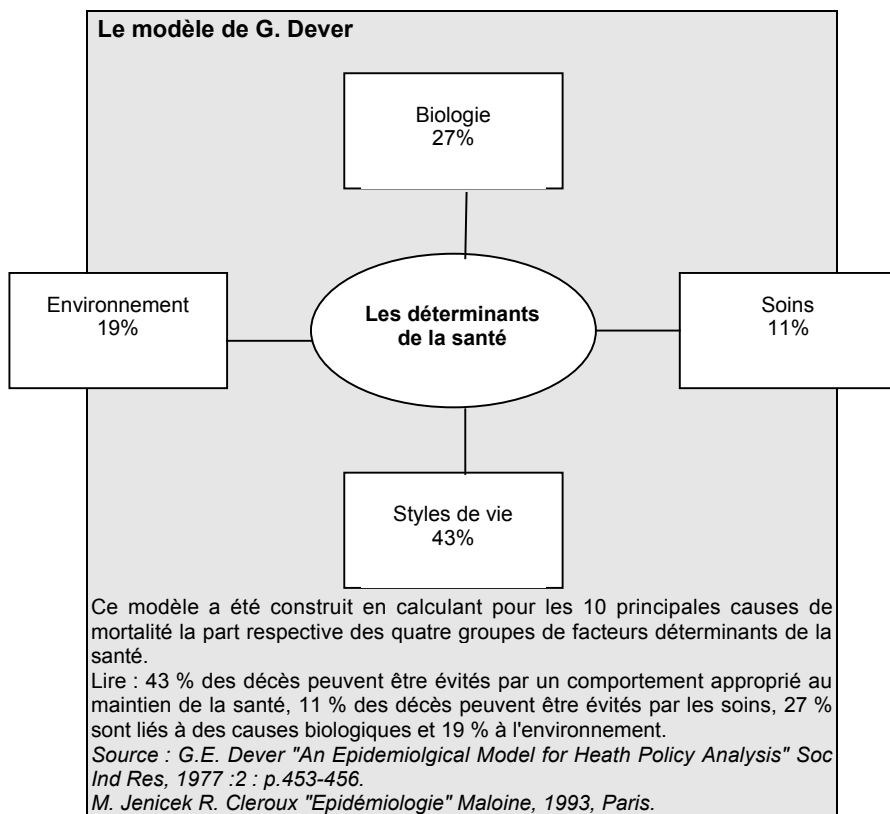
- l'étendue de l'intervention de l'État, y compris dans les modèles libéraux,
- la présence dominante de l'incertitude à tous les niveaux, depuis le caractère aléatoire des maladies jusqu'à l'efficacité des traitements médicaux chez des personnes différentes,
- l'écart important d'information entre les médecins (et autres prestataires de soins) et les patients,
- les externalités : le comportement de certaines personnes fait supporter des coûts ou procure des avantages à d'autres, indépendamment de leur volonté propre ; par exemple, lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie transmissible, elle subit la maladie et accroît le risque de voir ses proches la contracter ; à l'inverse, si elle se vaccine, elle le réduit. Ces particularités sont présentes dans d'autres domaines de l'économie, rarement à un tel

11. « La politique de la santé et du bien-être » Gouvernement du Québec, 1992.

12. La référence de base est celle de C. E. Phelps : *Les fondements de l'économie de la santé* 1992.

degré de complexité. Dans le système de santé, partout règne l'incertitude. Cette incertitude conduit au développement de l'assurance maladie qui contrôle en retour l'utilisation des ressources.

Quelle que soit la conception adoptée, on constate que la santé est un bien individuel déterminé par l'action collective et un bien collectif déterminé par l'action individuelle, et que sa définition est extérieure au système de soins. Du reste, comme le montre le modèle de G. Dever, les déterminants de la santé sont multiples : biologie (y compris les facteurs génétiques), environnement, style de vie, et de manière minoritaire les soins :



Ce constat permet de rappeler avec force l'idée, rarement évoquée dans les débats sur le système de santé, que ce n'est pas seulement en ajoutant des moyens supplémentaires dans le système de soins que, dans un pays industrialisé, on améliore le plus efficacement le niveau des indicateurs de résultat de la santé publique. Il convient aussi, et avant tout, d'agir sur l'environnement et les styles de vie. Il ne faut donc pas confondre, ce qui pourtant est généralement fait, le système de santé et le système de soins, qui en est seulement l'une des composantes, la plus onéreuse.

Deuxième fondamentale : la demande de soins de santé va continuer de croître

En effet, si on se place cette fois non du côté de l'offre mais de la demande, on observe l'évidence que le « bien » santé est un bien supérieur, c'est-à-dire que sa consommation augmente plus vite que le revenu disponible. C'est d'ailleurs cela qui fonde les prévisions de développement évoquées précédemment. On voit mal pourquoi des pays ayant atteint des niveaux de vie élevés, associés à des consommations devenues très diversifiées, ne donneraient pas la priorité à des biens essentiels comme la santé, le confort et la sécurité sanitaires, ou la prévention. Évolution aussi inéluctable que souhaitable et raisonnable, donc.

Un autre facteur de progression de la demande est lié à la démographie : le nombre d'européens âgés de plus de 65 ans a presque doublé entre 1960 et aujourd'hui. D'ici 2020, plus de 5 % de la population des pays européens aura plus de 80 ans. Or les dépenses de santé croissent avec l'âge : même si cette relation n'est pas facile à quantifier, le progrès technique renforce cette corrélation. Il en est encore plus directement et plus clairement de même pour les dépenses de dépendance qui peuvent relever plus ou moins des systèmes contributifs comme l'assurance maladie.

Ces constats d'évidence sont cependant souvent masqués. Parfois de bonne foi par des observateurs superficiels, parfois aussi pour esquiver les vrais problèmes. On fait observer que la consommation et le paiement des soins étant, en grande partie, déconnectés, il y a risque de surconsommation. Et ce risque est

avéré, en particulier en France (surconsommation d'antibiotiques, de tranquillisants). On ajoute que le système de soins, n'étant pas soumis aux régulations du marché et de la concurrence, est confronté à un autre risque, celui de l'inefficience et du gaspillage des ressources. Et ce risque, comme le précédent, se réalise effectivement comme le montrent de multiples observations et enquêtes (par exemple l'usage de médicaments plus coûteux que les génériques). Ces abus et ces gaspillages sont donc réels et doivent être réduits. Mais, à supposer même qu'ils disparaissent totalement, il n'en reste pas moins que la consommation de santé est vouée à croître inéluctablement¹³. Autrement dit, l'optimisation du système de soins, aussi souhaitable soit-elle et même si elle suffit, à court terme, au rééquilibrage du financement, ne suffit pas à maintenir cet équilibre à long terme.

On peut donc dresser quelques perspectives :

- la demande de soins et les coûts de la demande de soins continueront d'augmenter, avec le vieillissement de la population, le progrès médical et la demande de confort ;
- la majorité des dépenses futures d'assurance maladie ne seront pas assurables par le marché, car elles correspondront – notamment avec l'émergence de la médecine prédictive – à des risques devenus plus probables et présentant des coûts de soins élevés ;
- la croissance des dépenses durant les prochaines années concernera, de manière prépondérante, des dépenses non assurables relevant actuellement de la solidarité nationale, car elles correspondront à des soins ne pouvant être différés ;

13. Sur ce point le rapport du Haut Conseil (janvier 2004) adopte une formulation embarrassée qui revient, finalement, à nier l'évidence : après avoir affirmé que « les gains latents d'efficacité devraient permettre de couvrir pendant quelques années au moins l'écart de croissance tendanciel entre le PIB et les dépenses de santé », il estime qu'on « ne peut aujourd'hui formellement exclure que, même après qu'auront été engagées ces réformes [visant à l'efficacité], les dépenses de santé ne maintiennent, dans la longue durée, une tendance de croissance un peu plus rapide que celle de la richesse nationale » (p. 13). Le Haut Conseil, avec une prudence excessive (sur le fond et la forme), ne veut pas voir au delà de 4 ou 5 ans !

– le financement de moyen et long terme par la solidarité nationale, dans son périmètre actuel, ne pourra pas être trouvé en l'absence d'une croissance économique forte, sans une augmentation des prélèvements obligatoires.

La répartition actuelle des dépenses entre régimes obligatoires et complémentaires marque l'ampleur du défi que le régime général doit assumer :

Dépenses de santé		
2002	en milliards d'euros	en % de la dépense sous ticket modérateur
sécurité sociale	103	
<i>dont à 100 %</i>	78	
<i>dont avec TM</i>	25	43.9
État	1	
« complémentaires »	17	29.8
ménages	15	26.3
Total	136	100

D'ores et déjà, on peut constater que plus de la moitié des dépenses de l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge à 100 %, et ce phénomène s'amplifiera, toutes choses égales par ailleurs, avec le vieillissement de la population et la pression de la demande de soins : ainsi, le nombre des « affections de longue durée » augmente de 600 000 chaque année. Par ailleurs, plus de la moitié des dépenses de soins courants relèvent déjà d'un financement par les ménages, directement ou par une couverture « complémentaire » ; ce phénomène est également appelé à s'amplifier.

Ainsi, si l'on prend l'hypothèse basse d'une augmentation annuelle de 5 % des dépenses couvertes par les régimes obligatoires et les « complémentaires », inférieure au niveau actuel de croissance des dépenses de santé, et une augmentation annuelle du PIB en volume de 2 %, on peut estimer les effets suivants pour 2008 :

- sans aucune action de transfert, les dépenses du régime obligatoire s'élèveront à 138 milliards d'euros (35 milliards de plus qu'en 2002) et les dépenses totales à 178 milliards d'euros,
- avec un transfert annuel vers les complémentaires permettant de maintenir le niveau initial des prélèvements obligatoires, la plupart des dépenses des complémentaires seraient consacrées aux remboursements à 100 %, les cotisations des complémentaires devraient être multipliées par trois alors que le taux de couverture des dépenses de soins par les régimes publics passerait de 75 à 69 %.

Il faut noter que l'hypothèse la plus favorable d'efficacité des mesures d'économie proposées actuellement (7 milliards d'euros d'ici 2007 grâce au dossier médical informatisé) et par la CNAM (4 milliards d'euros par an, dans l'hypothèse d'une réduction de la prescription des généralistes et d'une maîtrise des ALD), ne fait que compenser les effets d'une dérive annuelle de 5 %, dont on sait qu'elle est inférieure au moins de 2 % à la dérive tendancielle ; ces mesures ne permettent donc de gagner que deux ans avant d'avoir à recommencer un nouveau plan, qui sera lui aussi présenté comme le « sauvetage définitif du système », ou de modifier enfin les éléments fondamentaux du système de fonctionnement de l'assurance-maladie.

Troisième fondamental : tous les risques ne sont pas assurables

C'est là qu'on rencontre la difficulté de la répartition, dans la logique actuelle, de la dépense entre régime public ou obligatoire et régimes complémentaires. On peut, en théorie, partir des éléments suivants :

- les régimes obligatoires, relevant de la solidarité nationale, doivent garantir l'accès à des soins de qualité pour les risques non assurables dans les conditions du marché et pour les personnes non solvables,
- les risques assurables et les personnes solvables sont couverts par les assureurs, de différentes formes statutaires : mutuelles, instituts

de prévoyance, compagnies, dans le respect de missions d'intérêt général telles que : non sélection des risques, non exclusion des mauvais risques, mutualisation des risques, accès à des prestations minimales.

La question se pose alors de savoir dans quelle mesure un cahier des charges d'intérêt général peut suffire à protéger le patient et le citoyen-client : la définition de la ligne de partage est une tâche publique redoutable, dont la portée est différente suivant les personnes, et le cahier des charges est, par nature, global pour l'organisme qui y souscrit, alors que l'acte de soins relève d'un « colloque singulier » entre le patient et le praticien, qui peut être soumis à des contraintes importantes de la part des payeurs contraints par la recherche de profit, comme c'est le cas aux États-Unis au sein de certains HMO (*Health Maintenance Organizations*). C'est le *gag rule* constaté aux États-Unis.

La réponse à cette question tient dans la définition du risque assurable : les effets de *gag rule* se sont produits aux USA lors de traitements de pathologies lourdes. Il conviendrait donc de laisser les risques considérés non assurables dans la sphère du service public et de confier les seuls risques assurables au marché. Les « complémentaires » devraient donc gérer les risques assurables, sous contrainte d'un cahier des charges définissant les prestations minimales, dont le périmètre serait défini en concertation avec l'État. La question est donc de définir le périmètre de ces risques assurables dans des conditions permettant de réaliser une gestion médicalisée du risque et de responsabiliser les consommateurs de soins. Si cette dernière condition n'était pas satisfaite, le gain pour la collectivité serait nul, puisque la gestion ne serait significativement pas plus performante. C'est alors qu'intervient la définition du risque assurable. C'est évidemment un fondement théorique de l'assurance, l'assurabilité du risque est déterminée par la nature et l'ampleur de l'aléa et le coût du risque, et d'autre part, par la capacité de financement des agents économiques (ménages, entreprises). Lorsque le produit arithmétique de l'aléa par le coût du risque sera supérieur à la capacité contributive des agents économiques, l'assureur considèrera que le risque sera devenu non assurable (à

moins que l'assurance ne soit obligatoire). Il devra alors relever de la solidarité nationale.

En matière de santé, des risques très fréquents à coût élevé, comme certaines pathologies chroniques, ou des risques à coût très élevé, comme le traitement de cancers, peuvent être considérés comme non assurables, dans les conditions actuelles de solvabilité des agents économiques. Par exemple, les risques actuellement considérés comme relevant de la solidarité nationale, non assurables, sont ceux couverts par le régime des « affections de longue durée », telles que les maladies du vieillissement, les maladies chroniques, les accidents ou les maladies pour lesquels le processus vital est engagé, ainsi que la maternité. Par ailleurs, il convient de noter le problème important susceptible d'être soulevé par les progrès de la médecine prédictive, si le caractère aléatoire d'une pathologie à caractère génétique venait à disparaître, et ce, dès la naissance.

Le caractère assurable d'un risque dépend ainsi de la capacité contributive des agents économiques. Ainsi, si celle-ci est durablement importante, les pouvoirs publics pourraient transférer des charges futures sur les assureurs, en leur imposant la constitution de provisions pour risques croissants. Ils pourraient ainsi déplacer la frontière des risques qui seront considérés comme assurables. Ils pourraient aussi les transférer vers les ménages par l'incitation fiscale à une épargne santé. Ceci suppose impérativement l'existence d'une capacité contributive supplémentaire des agents économiques pendant une longue période.

La notion de risque assurable n'a de sens que sous deux conditions prépondérantes :

- la définition par la collectivité nationale des situations qui doivent relever de la solidarité nationale : absence de capacité contributive d'une population à bas revenus, situations pathologiques lourdes et coûteuses, risques certains, etc.
- la capacité, inscrite dans la durée, des agents économiques à financer la gamme des risques dits assurables.

Il s'agit de choix sociaux complexes et toujours imparfaits et insatisfaisants : d'où l'idée, dans nos scénarios, d'écartier ce débat peut-être inutile, en donnant une compétence générale à toutes les caisses d'assurance maladie, qu'elles soient aujourd'hui du régime général ou complémentaire. Cette proposition va dans le sens de ce que l'on observe depuis longtemps dans la plupart des pays, où elle n'est pas remise en cause.

Quatrième fondamental : le coût des soins de santé n'est pas réellement connu de la population

Les Français sont très attachés à un accès illimité aux soins et, ce, d'autant que cet accès leur est fourni, dans des conditions honorables de qualité, mais à un coût apparent très avantageux, quand on le compare aux autres composantes de la structure de dépense des ménages (en %, en 2002) :

logement, eau, gaz, électricité	18,6
Transports	11,9
produits alimentaires et boissons	11,6
loisirs et culture	7,2
autres biens et services	6,2
<i>dont assurances</i>	2,1
hôtels, cafés et restaurants	6,1
meubles, articles de ménage, entretien	4,8
articles d'habillement et chaussures	3,7
soins de santé (hors administrations publiques)	2,9
boissons alcoolisées et tabac	2,7
communications	1,8
éducation (hors administrations publiques)	0,5

Cette sous-représentation des dépenses de soins de santé dans les dépenses des ménages, du fait de la « gratuité » apparente de la majeure partie de ces dépenses induit un ensemble de comportements non responsables : « puisque la santé n'a pas de prix, je n'ai pas à gérer mon capital santé, car j'aurai accès, le moment venu, à des soins gratuits », « puisque la sécurité sociale et la mutuelle remboursent les soins, qu'ils soient utiles ou pas, je n'ai

pas à faire une utilisation raisonnable de ces ressources », « puisque ces soins ne me coûtent pas et que les médecins sont sous-payés, je ne reconnais pas la valeur de l'acte qui m'est proposé, et suis amené à faire pression sur les professionnels, selon ce que les médias m'ont raconté, ou par intérêt personnel ».

Il ne peut exister de maîtrise des dépenses de soins de santé si les principaux acteurs, que sont les consommateurs de soins, ne sont pas des usagers responsables et, paradoxalement, si les professionnels de santé ne sont pas correctement rémunérés, selon la valeur d'utilité de leurs actes.

3. Les enjeux industriels

Bien que la santé ne soit pas un bien comme les autres, elle présente des enjeux industriels majeurs.

La révolution médicale s'annonce peut-être plus importante que celle des TIC. Le titre d'un numéro de *Business Week* de l'an 2002, « Bienvenue dans l'économie de la santé », rejoint la formule de Noëlle Lenoir : « le xx^e siècle fut celui de l'atome. Le xxi^e pourrait être celui du gène et du vivant¹⁴ ». Le poids de la santé dans les vingt prochaines années va continuer de connaître une augmentation importante. Ainsi, toute réflexion sur l'évolution des structures du système de santé et de sa régulation doit s'inscrire dans cette perspective dynamique.

Les trois branches de la santé sont également concernées par cette révolution : l'industrie des soins, l'industrie pharmaceutique et des biotechnologies, et celle des fournitures et équipements médicaux. Les biotechs bouleversent déjà un secteur pharmaceutique fondamentalement changeant, comme le montrent les mouvements industriels passés du secteur et les nombreuses acquisitions ou alliances entre entreprises pharmaceutiques et biotechnologiques. De même, les médicaments et technologies

14. N. Lenoir : rapport «Relever le défi des biotechnologies » mars 2002.

médicales vont transformer l'articulation des soins d'une façon considérable : il suffit pour cela de penser au chemin parcouru par une très grande partie de la chirurgie, aux évolutions annoncées pour la chirurgie cardiaque ou le traitement du cancer, ou enfin aux relations nouvelles, au sein des équipes médicales, qu'entraînera la télémédecine¹⁵.

Ceci ne veut pas dire que cette croissance des dépenses de soins de santé doit être abandonnée à la fatalité du laisser-faire ; au contraire, elle doit être mieux contrôlée pour améliorer la satisfaction des besoins sociaux, et aussi pour que la dépense publique soit bien acceptée par l'opinion publique, dans la mesure où le financement du secteur est toujours appelé à venir, pour l'essentiel, des prélèvements obligatoires. La croissance régulée des dépenses de santé doit permettre, par ses modalités, à un système de santé, considéré comme globalement satisfaisant dans les comparaisons internationales, d'améliorer en permanence l'efficacité sociale et économique de la dépense publique.

Le secteur des soins de santé est une industrie de services complexe et capitalistique ; elle est appelée à connaître une mutation importante, d'abord du fait de l'introduction des TIC, comme le reste du secteur tertiaire, mais également en raison des mutations rapides dans ses produits et dans les procédés utilisés, par l'amélioration permanente des techniques thérapeutiques en vigueur et l'apparition de nouveaux traitements pour les maladies considérées aujourd'hui comme incurables.

Pour la dimension technique des soins, la France est, en moyenne, considérée comme bien placée, d'après l'OCDE, derrière les États-Unis et le Japon, et devant les autres pays avancés¹⁶. Un rapport récent de l'IGAS a conclu dans le même sens : « Les équipements des centres et des établissements de santé (américains) sont comparables aux nôtres. Les médicaments sont similaires et les méthodes d'investigation et de traitement également

15. G. Vallancien et alii : *La révolution médicale*, 2003, le Seuil.

16. E. Docteur, H. Suppanz, J. Woo : *The US health system*, OCDE 2003.

très proches »¹⁷. Ces observations ne font pas l'unanimité en France au sein de la profession, mais ici comme dans les autres domaines de la santé, les évaluations objectives font cruellement défaut. On peut toutefois considérer, d'après les professionnels, que les inégalités sont significatives entre les hôpitaux ou cliniques de pointe et la majorité des autres établissements. De même, les différences d'organisation dans les chaînes de soins et l'utilisation de l'informatique sont marquantes entre les hôpitaux américains et français.

Pour la dimension économique, la situation est très différente. La compétitivité qualité-prix de l'offre reste aujourd'hui une préoccupation encore secondaire, car la tradition française a tendance à refuser l'évaluation et la comparaison des coûts pour les activités publiques ou semi-publiques. La connaissance des structures de coûts des filières de soins, sur toute la chaîne de valeur, est encore embryonnaire et insuffisante ; les développements du PMSI fournissent une première base pour que les responsables des services hospitaliers puissent avoir, dès aujourd'hui, les moyens de faire un « benchmark » permanent de leur compétitivité et prendre les mesures utiles à la mise en valeur de leurs pôles d'excellence. Selon les cas, ces stratégies pourraient déjà consister en des concentrations sur la base d'économies d'échelles et de spécialité, des recherches de niches, la mise en œuvre de la polyvalence et de l'intégration dans les soins de proximité. Comme pour toutes les entreprises de services, les établissements de soins doivent pouvoir réaliser une optimisation permanente de leur fonction de production entre le capital et le travail.

L'introduction du dossier médical informatisé, un des facteurs-clé de l'efficacité technique et économique, est inéluctable malgré les oppositions fortes de certains praticiens à cette idée déjà ancienne, les difficultés techniques et juridiques, et les protections à mettre en œuvre ; elle assurera une meilleure qualité de traitement et de service (attentes réduites, meilleure performance des diagnostics) et révolutionnera l'organisation des centres de soins, parallèlement au

17. Rapport de M. G. Duhamel de avril 2002.

progrès des techniques médicales non-invasives, à ceux de la télémédecine et grâce à l'utilisation d'Internet dans la relation client-praticien. La création de centres polyvalents, l'organisation de réseaux ou de filières de soins, contribuera à une meilleure gestion de la dépense plus proche et une évaluation plus efficace des soins. La dimension et l'organisation de ces filières de soins seront probablement diversifiées.

Ces évolutions organisationnelles demandent à être encouragées fortement en France, sous forme d'expérimentations, et à être accompagnées par la mise en place d'une veille des pratiques innovantes dans tous les pays. La flexibilité organisationnelle et la capacité managériale des centres de soins, de tous niveaux et de toutes dimensions, sont un impératif de base que toute nouvelle régulation doit viser ; ces exigences sont à l'opposé de la tendance actuelle du système, qui pousse à faire des responsables des centres de soins des gestionnaires administratifs concentrés sur la défense de leurs enveloppes budgétaires. Quant au secteur des soins primaires, il reste, pour l'essentiel, une industrie artisanale composée, dans une large mesure, d'entreprises individuelles aux services inégaux.

L'autonomie et la souplesse d'organisation des centres hospitaliers sont un impératif ; les praticiens doivent adhérer à cette idée, car c'est la capacité d'adaptation de l'ensemble des services de soins qui est en jeu, et, à terme, la qualité même des individualités. Les excès de réglementation et les rigidités aussi bien administratives que culturelles étouffent toute initiative susceptible de renforcer la responsabilité et l'efficacité. La souplesse d'organisation est la condition urgente pour donner aux hôpitaux publics les moyens de rester des pôles d'excellence. Les techniques de management sont maintenant suffisamment éprouvées pour ne plus se contenter de bonnes intentions et passer à une mise en œuvre opérationnelle. Les réorganisations hospitalières et la mise en place de centres et de

réseaux de soins remettent en cause, à l'évidence, des situations acquises, mais les gains pour la collectivité sont considérables¹⁸.

Le constat fait pour les industries pharmaceutiques est également contrasté. La régulation française des dépenses de santé a eu un effet mitigé sur le secteur du médicament. Jusque vers les années 95, le contrôle des prix et les délais d'habilitation ont eu un effet très négatif sur la compétitivité du secteur, sans réellement contribuer à endiguer la croissance de la consommation, satisfaite par l'offre étrangère, localisée ou non sur le sol national. Les changements intervenus, avec une régulation plus globale, ont favorisé un sursaut de l'industrie, devenue la première en Europe, entretenue par des bouffées de consommation échappant à la réglementation en vigueur. Cependant, face à une industrie américaine en formidable expansion, notamment dans le secteur des biotechnologies, de nombreux indicateurs amènent à s'interroger sur la pérennité de ce dynamisme apparent. Là également, un mode de régulation plus souple doit être mis au point, plus efficace en termes de contrôle global de la dépense, mais moins pénalisant pour les innovations pharmaceutiques, et une politique active de recherche et de compétitivité s'impose pour réduire le retard important qui se creuse actuellement, dans une industrie très évolutive et sensible à l'environnement de la recherche.

L'industrie française¹⁹ du médicament (c'est-à-dire l'ensemble des établissements, implantés sur le territoire, qui conçoivent et fabriquent des médicaments) représente une production de 40 milliards d'euros et une valeur ajoutée d'environ 10 milliards d'euros, soit un peu plus de 1 % du PIB français. Sa part dans l'économie nationale tend à s'accroître. La dépense totale de médicaments par l'ensemble des Français (qui comprend non seulement les coûts de production mais aussi les frais de distribution) est de l'ordre de 30 milliards d'euros, soit 20 % de la consommation totale de services de

18. Il ne faut donc pas hésiter à définir les modalités de rachat de ces rentes, comme le proposait le regretté J.-J. Laffont dans : « Étapes vers un état moderne, une analyse économique », in *État et Gestion publique*, Colloque du Conseil d'analyse économique, décembre 1999.

19. Voir la contribution de M. Didier, p. 110.

santé. L'industrie du médicament est l'un des fournisseurs importants du système de santé français qui représente environ la moitié de son chiffre d'affaires, l'autre moitié étant exportée dans le monde.

Le marché mondial de l'industrie pharmaceutique représente 430 milliards d'euros en 2002 et est en forte croissance, de 7 % par an en moyenne depuis dix ans. Cette croissance doit se maintenir, voire s'accroître, compte tenu de l'accroissement démographique, de l'extension des marchés solvables avec le développement, et des innovations. Le marché directeur est devenu le marché américain, par sa taille et son unité (un seul organisme de contrôle et de politique industrielle) et le nombre de sociétés américaines classées parmi les dix premières mondiales dépasse largement celui des sociétés européennes ; elles représentent la moitié du marché mondial en 2002, et également le marché où la croissance est la plus forte (15 % par an depuis 1994) et où les perspectives de profit sont les plus attractives.

Face à cette tendance, l'industrie française s'est néanmoins européanisée et mondialisée, alors qu'elle n'a pas bénéficié, comme celle du Royaume-Uni ou de l'Allemagne, d'une base nationale rémunératrice lui permettant de se développer autant qu'elle l'aurait pu. Là aussi, comme pour le secteur de l'industrie des soins, les champions nationaux ont joué avec les mains liées derrière le dos : trois groupes étrangers figurent parmi les six premiers producteurs en France et 34 parmi les 50 premiers. Les groupes étrangers réalisent un peu plus de la moitié de la production de médicaments : les groupes américains 18 %, les groupes européens 33 %. Seuls trois groupes français, Aventis, Sanofi-Synthélabo, demain réunis dans un compétiteur de dimension mondiale, et, à une plus petite échelle, Servier sont présents parmi les dix premiers groupes produisant en France²⁰. L'excédent commercial est certes passé de 400 millions d'euros en 1993 à 3 milliards d'euros en 2001, mais concerne aussi bien les exportations des groupes étrangers que celles des groupes français. C'est grâce au dynamisme des entreprises étrangères que la France reste pour le moment le quatrième exportateur mondial de

20. A. Moreau, S. Rémond, N. Weinmann: « *L'industrie pharmaceutique en mutation* », La Documentation française, juin 2002.

médicaments (9,7 % des parts de marché mondiales), derrière l'Allemagne (12,4 %), les États-Unis (12,3 %) et le Royaume-Uni (10 %). Les laboratoires français sont moins présents sur les marchés américains et japonais que leurs partenaires européens. Les groupes étrangers installés en France considèrent le territoire comme un lieu de production, souvent les unités localisées en France étant principalement des usines de mise en forme pharmaceutique, mais moins comme une base de recherche : leur recherche représente 31 % de la recherche globale en France, c'est-à-dire moins que leur part, d'environ 50 %, dans la production et les groupes français font désormais la part la plus importante de leur recherche à l'étranger. L'Asie, marché en forte croissance, importe 16 % de médicaments en provenance des États-Unis, 12 % du Royaume-Uni ou d'Allemagne et 9 % de Suisse, mais seulement 6 % de France. Même si le commerce extérieur a connu pour la France une évolution favorable en valeur absolue sur ces vingt dernières années, il faut toutefois relativiser ces données : le solde net des échanges extérieurs, rapporté au niveau de la consommation intérieure, a baissé depuis les années 1980, de plus de 10 % à cette époque, pour tomber à 5 % en 1995, et n'est remonté que depuis cette date pour atteindre à nouveau les 10 % en 2002.

Le contrôle des prix appliqué en France n'a pas empêché une forte croissance de la demande, mais le mode de régulation du secteur a eu une influence majeure sur la vitalité du secteur et sur l'innovation : les lancements de nouvelles molécules dépendent du niveau des prix espérés, des volumes attendus et des délais réglementaires et d'usage de mises sur le marché et de lancement²¹. L'incidence du mode de régulation sur la R-D peut être appréciée par la tendance à la concentration de la recherche aux États-Unis, marché le plus important du monde, en expansion relative, où les prix sont libres et les procédures souples, en ayant tendance à favoriser les laboratoires situés sur le sol américain, malgré le prix relatif de la recherche aux États-Unis.

21. P.Danzon, R. Wang, L. Wang : The impact of price regulation on the launch of new drugs –evidence from twenty-five major markets in the 90s. Working paper, July 2003.

L'effet du différentiel entre les environnements européens et américain est flagrant. Le marché américain représente aujourd'hui la moitié du marché mondial, et le marché européen seulement le quart, alors qu'il y a dix ans, il représentait tous deux le tiers du marché mondial. Les dépenses de recherche ont été multipliées par trois à quatre aux États-Unis en dix ans, alors qu'elles ont doublé en Europe (la France se situe dans cette moyenne). En 1990, environ 25 molécules étaient lancées chaque année en Europe et 10 aux États-Unis ; on est passé au début de la décennie 2000 à moins d'une dizaine en Europe et une quinzaine aux États-Unis. Cette tendance à la concentration aux États-Unis est également très nette, s'agissant des biotechnologies : aujourd'hui, le potentiel d'emplois, de recherche ou de chiffres d'affaires est environ 3 à 4 fois plus important aux États-Unis qu'en Europe (150 000 emplois contre 33 000 en Europe, et 30 milliards de dollars de CA contre 8 en 2002). Les biotechnologies n'emploient en France que 4 500 personnes, contre 10 700 en Allemagne et 18 400 au Royaume-Uni, pays de population pourtant comparable.

La question des tendances d'évolution du secteur est posée : les biotechnologies permettront d'effectuer des traitements de plus en plus ciblés. Les grands opérateurs auront ainsi à faire face à des nouveaux modes de relation à la clientèle, avec une concurrence probablement plus vive. La réponse des entreprises sera pour une large part celle de « niches » ciblées sur les profils des patients, grâce aux techniques nouvelles. Ces secteurs seront encore plus consommateurs de R-D, et on peut même avancer l'idée que le diagnostic et l'élaboration de traitements individualisés comporteront une part accrue de R-D directe, avec un possible renforcement des économies d'échelles dans un secteur productif à haut contenu en connaissance.

Les techniques géniques viendront se superposer pendant longtemps aux traitements traditionnels, ce qui amènera des coûts additionnels : l'introduction d'une innovation majeure a tendance à se traduire d'abord par une augmentation des coûts et seulement ensuite par des augmentations de productivité. Ce phénomène a été déjà observé dans les autres grands cycles d'innovation comme par

exemple celui des TIC, où, pendant longtemps, selon le fameux paradoxe de Solow, on a vu partout les TIC sauf dans les statistiques de productivité. La régulation de l'industrie pharmaceutique, pour l'avenir, doit donc être mieux adaptée aux enjeux de l'innovation et laisser les médicaments innovants prendre leur place sur la frontière d'efficacité des industries de santé, en trouvant les formes adaptées pour encourager le développement d'une recherche compétitive sur le territoire : les États-Unis, par le canal des méthodes de l'AMM et le Royaume-Uni, par celui de la prime à la recherche localisée dans le pays dans les calculs de rentabilité autorisée pour les entreprises, ont su trouver des formes d'incitation plus efficaces que la conjonction du crédit d'impôt et d'un système de prix défavorisant l'innovation (prix de lancement bas, mais faible prime accordée aux génériques). L'introduction de mécanismes concurrentiels associés à un contrôle strict de la dépense médicale globale plutôt que par nature de dépenses, est préférable à un système de prix plus administrés et néanmoins laxiste. La réglementation des prix ne garde en théorie une justification que dans le cas de médicaments essentiels, dont la demande sociale est inélastique²². La contrepartie de cette liberté peut être la responsabilisation la plus grande possible des prescripteurs ou des consommateurs, voire la suppression du marché atomisé, pour limiter les asymétries d'information.

Les industries de matériel médical connaissent, de leur côté, une situation franchement mauvaise dans notre pays. Le secteur des matériels médicaux est un secteur très diversifié et méconnu ; en France, il est formé surtout de PME et de filiales d'entreprises étrangères, dans des techniques qui vont de la mécanique avancée, de l'imagerie médicale à des matériels médicaux conventionnels dans leur définition générale mais qui font appel à des innovations permanentes.

Le marché mondial est estimé à un peu moins de 200 milliards de dollars aujourd'hui, soit un peu moins de la moitié de l'industrie pharmaceutique : la faiblesse de la connaissance statistique du

22. D. Bureau et S. Scherrer « Innovation, régulation de prix et politique du médicament », *Revue d'économie politique*, juillet-août 2000.

secteur est révélatrice de son morcellement dans un grand nombre de technologies, fédérées uniquement par la branche utilisatrice. Le marché américain représente approximativement 40 % du marché mondial, avec un taux d'expansion annuel de 7 %, et le marché européen un quart de ce marché mondial avec un taux de croissance de 5 % environ. L'industrie européenne emploie un peu moins de 400 000 personnes, dont 100 000 en Allemagne, 50 000 au Royaume-Uni et 40 000 en France comme en Suisse.

Le secteur se développe sous un contrôle technique étroit des autorités sanitaires, pour des raisons évidentes de sécurité, et donne également lieu en partie à un régime d'autorisations financières au titre du remboursement par les régimes d'assurances-maladie. Les effets économiques du mode de régulation sont donc analogues à ce que l'on a décrit pour les industries pharmaceutiques. S'agissant de la compétitivité internationale, les données disponibles du commerce international font apparaître une grande faiblesse de l'industrie européenne comme française, avec des taux de couverture du marché intérieur de 75 % pour l'Europe dans son ensemble, un peu plus importante pour la France.

La diffusion du progrès technique dans le secteur de la prestation des soins est donc ralentie tant au niveau de la productivité individuelle des actes médicaux qu'à celui des économies d'ensemble que peuvent permettre les réorganisations entraînées par la bonne utilisation des techniques innovantes. Cet élément vient s'ajouter, dans le sens d'un déficit de progrès technique, aux contraintes propres d'organisation du système hospitalier, et donc contribue à un coût plus important des soins, à même qualité de service, que celui qui serait entraîné par une flexibilité plus grande dans l'utilisation relative du capital technique et du capital humain. L'absence d'études de benchmark de coûts entre les organisations les plus performantes existant dans le monde et les cliniques ou hôpitaux français, à soins identiques, empêche cependant d'apprécier le montant réel du surcoût induit de ce fait dans la dépense de soins en France.

Un élément très sensible pour le dynamisme des industries de matériel médical est la rigueur différente des autorités sanitaires américaines et de celles des pays européens, la France en particulier depuis l'affaire du sang contaminé : elle a tendance à freiner le lancement des nouveaux produits. Le caractère souvent protectionniste de l'utilisation des normes par les autorités américaines représente, comme pour les produits pharmaceutiques, un vecteur de politique industrielle. La réglementation administrative est un facteur d'asymétrie entre les PME et les grandes entreprises: les coûts unitaires plus élevés des dossiers administratifs pour les PME sont un facteur d'augmentation des coûts pour les entreprises et un frein relatif à l'innovation de leur part. Or les études sur l'innovation montrent que les ruptures innovantes sont souvent le fait des entreprises de taille petite ou moyenne, la structure des grandes entreprises étant plus propice aux innovations incrémentales.

Un meilleur équilibre doit donc être trouvé, dans le cadre d'une régulation tournée vers l'avenir, entre les divers objectifs de la politique de la santé : les exigences sanitaires et financières, la possibilité des malades d'avoir accès aux techniques les plus performantes et le souci de rapprocher le système de soins dans son ensemble de sa frontière technologique. Il convient également de ne pas négliger l'impératif industriel de présence française et européenne dans la compétition mondiale, car, comme on l'a constaté dans ce domaine comme dans l'industrie pharmaceutique, le contrôle de fait de l'offre n'a pas empêché, à la longue, l'évolution de la demande ; le résultat en a été simplement une altération de l'offre compétitive et un manque à gagner pour la balance commerciale.

L'articulation des pôles de compétitivité recherche-industrie jouera un rôle croissant dans la concurrence de demain. Les industries de santé sont particulièrement intensives en connaissance et la compétitivité future du secteur est conditionnée par l'efficacité actuelle du système d'innovation aujourd'hui. On constate cependant que, par comparaison avec la recherche américaine et même japonaise, la recherche européenne comme française souffre d'un déficit de moyens d'ensemble, d'un manque d'articulation avec

l'industrie et de l'insuffisance de « clusters » recherche-industrie équivalents aux grands pôles américains. Sur ce point, la régulation doit être associée à une politique industrielle efficace.

La dépense intérieure de recherche publique s'élève à environ 2,5 milliards d'euros dont le tiers est réalisé dans les laboratoires universitaires ou hospitaliers et le reste dans les grands organismes. Les entreprises réalisent une dépense intérieure d'environ 2,5 milliards d'euros, principalement dans l'industrie pharmaceutique. Le niveau des moyens alloués par le 6^e PCRD européen est de 2,25 milliards d'euros, sur 5 ans. Par comparaison, la recherche médicale américaine a un budget public annuel d'environ 30 milliards de dollars, dans un système ouvert et réactif par comparaison avec les systèmes continentaux européens ; l'effort public américain est considérable dans un pays pourtant considéré comme libéral. Les fonds sont accordés pour des durées limitées après mise en concurrence, et les résultats sont sévèrement évalués. 90 % de la recherche médicale est menée au sein d'Universités et 10 % dans les NIH qui ne regroupent que 6.000 des plus de 200 000 chercheurs du pays. La recherche financée par les entreprises, de près de 30 milliards de dollars pèse à peu près deux fois le niveau de la recherche européenne du secteur.

Il en résulte une différence considérable dans les résultats, tels qu'appréciés par les brevets déposés aussi bien en Europe qu'aux États-Unis. Sur les brevets déposés en Europe dans le domaine des biotechnologies, 45 % sont le fait des américains contre 34,2 % d'origine européenne ; les chiffres sont encore plus marquants pour les brevets déposés aux États-Unis, 71,8 % contre 12,6 %.

Les « bioclusters », dont la composante R&D est forte, sont considérés aujourd'hui comme le moteur du développement industriel et territorial, dès lors qu'ils atteignent une masse critique suffisante. Les clusters sont des concentrations d'entreprises interdépendantes dans le même secteur d'activité, intégrées dans un système local de création et de diffusion des connaissances, bénéficiant ou non d'une institution formelle chargée de favoriser la coopération entre les entreprises et les organismes de recherche. Ces « grappes » R-

D/industrie facilitent les transferts technologiques, offrent des services de soutien communs, et également des infrastructures de calcul et d'expériences. Les firmes innovantes se sont créées à l'origine à proximité des grandes universités sur lesquelles s'est concentré le financement du NIH ; on a mis en évidence par ailleurs que le taux de création de start-up est corrélé avec l'importance des universités²³.

La première génération s'est développée d'une manière spontanée, près de très grandes universités (Boston, Berkeley, Stanford) avec un capital risque dynamique ; ils représentent chacun un potentiel de un milliard de dollars environ de crédits annuels de recherche rien que du NIH, soit 4 à 5000 chercheurs. La dizaine des clusters américains de premier et de second rang représentent les $\frac{1}{3}$ de la valeur des contrats de recherche, du venture capital, et les $\frac{2}{3}$ de l'activité des biotechs de l'ensemble des États-Unis ; cela montre bien la puissance des effets d'agglomération dans ce secteur. La concentration de la recherche et du capital risque a tendance à augmenter sur la période récente.

La création et le développement des « clusters » biotechnologiques sont en général en Europe le produit de décisions publiques plus que le résultat du libre jeu des forces d'agglomération économique dans la recherche et l'industrie. Le succès de ces politiques publiques est incertain en raison de la faiblesse relative des moyens financiers et l'émiettement dans la répartition des crédits aux centres de recherche, faute de capacité d'arbitrage entre eux, et enfin parce que le processus de création des clusters peut être très long, au delà des constantes de temps de l'action publique et de son évaluation. L'Europe compte aujourd'hui quelques *bioclusters* de second niveau comparables avec les centres secondaires américains, mais sans avoir les grands centres analogues à Boston ou San Francisco, voire San Diego ou du triangle de la Caroline du Nord ; la seule exception en Europe est le pôle de Cambridge. Les plus importants sont au Royaume-Uni (en particulier en Ecosse, en

23. J. Owen-Smith et alii : "A comparison of US and european University-Industry relations in life-science", *Management science* 2001.

plus de Cambridge et Oxford), en Allemagne (Munich, Rhénanie, Berlin, Heidelberg), en Scandinavie (Stockholm et la Medicon Valley entre Suède et Danemark), le « cluster » trinational de la « Biovalley » autour de Bâle ou celui de la région parisienne. Le « Génopôle » de Évry reste à un niveau modeste, avec moins de 2000 emplois de toutes natures et une quarantaine d'entreprises.

Les politiques européennes justifient en théorie la dispersion des moyens communautaires de recherche derrière des concepts complexes comme ceux de « réseaux de réseaux » ou de systèmes productifs locaux. Il est certes difficile de trancher sur la portée de ces idées, mais l'expérience américaine n'a pas permis de fonder l'efficacité économique d'une répartition centrée sur l'équité territoriale, comme c'est le cas en Europe. Le Boston Consulting Group estime, dans le monde, à moins d'une quarantaine, le nombre de « bioclusters » en réelle concurrence pour les capitaux, les chercheurs et les industries. Une politique de recherche et d'innovation soucieuse de combler le retard européen et français se doit d'abord d'être puissante en termes budgétaires, ce qui pose plus généralement le problème du retard de la recherche européenne, et surtout d'autant plus sélective que les ressources sont limitées, en acceptant de concentrer les moyens de recherche sur un nombre restreint de pôles, quinze à vingt au maximum en Europe, soit trois à quatre en France. Notre pays doit avoir la capacité de faire des choix et de concentrer les moyens sur les *clusters* susceptibles de connaître à terme un développement endogène.

III. DES IDÉES VENUES D'AILLEURS

Les systèmes de santé portent tous la marque profonde de l'histoire et de la culture sociale de chaque pays. La comparaison est cependant utile pour aider à réfléchir et à contester les raisons de l'immobilisme de notre pays, car l'expérience des autres nous montre, que, dans des contextes analogues de sensibilité politique, les grands pays avancés ont tous su procéder à des réformes très profondes de systèmes auxquels, pourtant, leurs opinions publiques étaient très attachées. Le seul pays, et cela ne doit pas nous gonfler de fierté, à avoir résisté jusqu'à présent à toute évolution en profondeur, est la France. Même aux États-Unis, une réforme de Medicare est en cours, après l'échec du plan Clinton face à la conjonction des intérêts financiers puissants des compagnies d'assurances, des grandes sociétés hospitalières et des corporatismes médicaux. Partout, les systèmes de santé et d'assurance maladie évoluent rapidement, dans le sens d'une plus grande qualité de prise en charge et évaluation de celle-ci, d'une meilleure efficacité, et d'une réelle égalité d'accès aux soins.

1. Allemagne

Le modèle d'origine du régime « bismarckien » est le système le plus proche du système français, avec ses avantages mais moins d'inconvénients en raison d'une meilleure responsabilisation collective. Le régime est géré par des caisses professionnelles ou locales et les associations locales de médecins et la régulation d'ensemble de la dépense est assurée par des enveloppes globales régionales, qui sont réparties entre les médecins en fonction de leur activité. La responsabilité collective donne donc une capacité de contrôle de l'adaptation de la dépense à la ressource. Cependant le niveau élevé des cotisations sociales et des prélèvements obligatoires face à la dégradation de la compétitivité économique de

l'Allemagne, et une certaine sur capacité dans l'offre hospitalière ont amené le gouvernement fédéral à envisager des réformes de fond, à deux reprises, au milieu des années 90 et aujourd'hui.

Le gouvernement fédéral a une fonction générale de réglementation. Les Länder possèdent directement une partie des hôpitaux, sont chargés de la planification de l'infrastructure hospitalière de leur territoire, indépendamment de la nature du propriétaire de l'hôpital, financent les études médicales et supervisent les professionnels de la santé.

L'assurance-santé repose en Allemagne sur trois régimes différents : les caisses-maladie, l'assurance-santé privée, la protection de l'État fédéral pour les militaires, les policiers et les assistés sociaux. Le régime public d'assurance-santé est administré par plus de 400 caisses-maladie, organismes paritaires à clientèle régionale ou professionnelle ; l'adhésion est obligatoire pour les salariés qui touchent un revenu brut inférieur à 38000 euros environ, facultative pour les revenus supérieurs, les fonctionnaires ayant un régime particulier. Les taux des cotisations sont fonction du revenu imposable et payées par le salarié et l'employeur à parts égales, sauf en-deçà d'un certain seuil de revenu, où seul l'employeur cotise. Les caisses sont tenues de garantir un large spectre de prestations. Les Allemands peuvent, depuis 1996, opter pour une autre caisse que leur caisse d'attribution statutaire. Un système de péréquation corrige les écarts structurels de financement des caisses. Le libre choix de la caisse et le régime de péréquation de la structure de risque ont conduit des assurés à changer de fonds, passant de ceux où la cotisation est supérieure à la moyenne à ceux où elle est inférieure, ainsi qu'à un rétrécissement de l'écart entre les taux de cotisation, fixés sur des bases professionnelles.

L'assurance privée est accessible aux personnes dont le revenu brut annuel dépasse 38000 euros et qui se sont volontairement retirés de la caisse maladie. À l'heure actuelle, 52 compagnies privées offrent l'assurance santé ; les assureurs privés sont obligés d'offrir au moins les mêmes avantages que la caisse maladie, pour une prime calculée par référence aux

contributions des caisses, mais les primes de l'assurance privée sont reliées au risque. Les assurances privées sont plus avantageuses que le régime de base pour les célibataires ou les ménages à deux revenus ; pour les populations plus âgées a été mis en œuvre un système de solidarité intergénérationnelle, pour éviter que les primes n'augmentent considérablement avec l'âge.

Au total, environ 90 % des Allemands sont couverts par le régime de base et 10 % par l'assurance privée ; moins de 1 % ne bénéficient d'aucune assurance santé : il s'agit en général de travailleurs autonomes qui ont décidé de ne pas souscrire à une assurance privée.

Les soins primaires sont essentiellement le fait de la médecine de ville, avec des plateaux techniques souvent importants. Les professionnels paramédicaux sont salariés des cabinets et les actes de biologie sont réalisés par les médecins. Les patients sont libres de choisir le médecin de leur choix, affilié à leur caisse maladie. Les médecins allemands n'agissent pas en pratique comme intermédiaires entre le patient et les spécialistes ; cependant, les médecins de soins primaires contrôlent dans les faits (sans qu'il y ait de textes formels) l'accès aux soins hospitaliers. La surveillance des pratiques ou dépassements abusifs est assurée par les associations de médecins, dans des conditions considérées comme insuffisantes compte tenu du pouvoir corporatiste de ceux-ci.

Chaque caisse passe des conventions de prix avec les associations de médecins, libéraux en général. Les médecins sont rémunérés globalement sur un principe de capitation avec calcul ex-post de la rémunération. Le principe est celui du tiers payant (paiement direct des actes médicaux par les caisses d'assurance maladie) avec ticket modérateur. Chaque acte donne lieu à une comptabilisation de points particulière en fonction de sa nature, et les médecins de l'association reçoivent un revenu proportionnel au nombre d'actes accomplis. Chaque patient inscrit ouvre, tous les trimestres, un droit de tirage sur un nombre de points de nomenclature qui représente le plafond de l'enveloppe globale remboursable pour le médecin, après correction fonction du nombre

de patients comparé avec le nombre moyen de patients par médecin de l'association régionale (prime de 10 % si ce nombre est inférieur à la moitié de la moyenne régionale et pénalité de 10 et 20 % si ce nombre est supérieur à 150 % de la moyenne régionale). Chaque trimestre, l'association de médecins se voit notifier la masse financière disponible, compte tenu des recettes des caisses, et répartit cette masse en fonction des points acquis par chaque médecin. Les actes médicaux du régime privé sont payés directement par les patients et remboursés par les assurances privées, selon une nomenclature fédérale, mais qui autorise des dépassements.

Les hôpitaux sont de statuts variables, mais leurs structures sont très codifiées par les lois des Länder ; leurs frais d'exploitation sont pris en charge par les caisses avec des formules de remboursement complexes combinant actes-type par pathologie et prix de journée, et leurs investissements sont financés par les Länder. Depuis le début de 2003, un système d'évaluation des performances a été mis en place, sur la base de DGR (diagnostic related groups), descriptions détaillées des traitements par pathologie.

L'Allemagne a cherché depuis quelques années à introduire une responsabilisation financière des patients, avec un ticket modérateur sur les médicaments d'ordonnance (entre 1 et 4 euros, ou 100 % du prix au-dessus du prix de référence), les soins dentaires (paiement de coassurance variant entre 35 % pour certains services à 50 % pour les couronnes et les dentiers, selon le cas). La réforme Agenda 2010 vise à freiner, voire réduire l'augmentation des taux de cotisation assurances-maladie, et à résorber le déficit constaté, malgré une meilleure régulation de l'équilibre financier qu'en France ; elle a renforcé cette responsabilisation et prévoit un abonnement de 10 euros par trimestre pour l'accès aux soins et autant si le patient consulte directement un spécialiste, et accroît le forfait hospitalier (10 euros par jour pendant 28 jours, contre 9 aujourd'hui pendant 14 jours). Les patients seront incités à s'inscrire auprès d'un médecin généraliste rémunéré en partie à la capitation, filtre par rapport aux consultations de spécialistes ; ceci renforcera la place des

généralistes dans le système. De même, la création de centres de santé fonctionnant en dehors du système de répartition corporatiste des honoraires par les associations locales de médecins est encouragée par de nouveaux modes de rémunération pour les praticiens, avec des conventions signées directement avec les caisses. Les fusions entre caisses de type différent doivent favoriser encore plus la concurrence : l'objectif affiché, pour le long terme, est donc de transformer les caisses en acheteurs de soins.

Les réformes entreprises, au-delà de la recherche de ressources nouvelles et de l'augmentation de la responsabilisation des patients (réduction des indemnités journalières en cas de maladie, augmentation des taxes sur les cigarettes), visent à terme à moderniser un système de soins considéré comme inefficace dans les conditions actuelles, car les dépenses de santé y sont les plus élevées du monde après les États-Unis et la Suisse, même s'il s'autorégule en partie par le mode de rémunération des médecins de ville, mais sans pouvoir empêcher complètement les déficits.

2. Pays-Bas

Le modèle bismarckien est un peu moins généreux que celui de l'Allemagne ou de la France ; il a introduit au cours de ces dernières années un élément de concurrence dans le financement et l'organisation de l'offre de soins et a connu une croissance moins forte de la part des dépenses de santé dans le PIB, 8,9 % en 2000 contre 6,9 % en 1970.

La couverture médicale de base, financée pour partie par l'impôt et par des cotisations à un régime obligatoire, concerne en principe l'ensemble des résidents pour les soins « exceptionnels », comme les soins aigus, les maladies mentales ou les séjours de longue durée ; elle touche les 2/3 de la dépense. Les soins courants donnent lieu, pour les salariés de revenus inférieurs à environ 30000 euros ou les personnes de plus de 65 ans, à une assurance obligatoire auprès de caisses à but non lucratifs. Les autres, soit 30 % de la population, peuvent relever, si elles le souhaitent, soit d'un régime général d'assurances publiques dont les primes dépendent du nombre de membres de la famille, en cotisant auprès de caisses à l'origine régionales, soit de régimes d'assurances volontaires où les primes dépendent de l'âge et du risque. Le traitement des dossiers individuels est effectué d'une manière intégrée, entre les différents régimes, par ces caisses ou assurances. Les soins considérés comme moins nécessaires, certains soins dentaires ou l'optique, donnent lieu à des couvertures complémentaires.

Les assurés peuvent choisir leur caisse d'assurances, et en changer une fois par an. Les caisses bénéficient d'une péréquation en fonction de l'âge, du sexe, et des caractéristiques médicales de leurs clients. De même, deux mécanismes d'ajustement sont prévus, sur la base de la différence entre les coûts prévus et les coûts constatés, par caisse et globalement. Elles doivent assurer un panier de soins de base et mettent en concurrence les offreurs de soins.

L'expérience montre que cette instillation de concurrence entre les caisses n'a pas introduit de modifications substantielles, au-delà des différences de primes causées par des prestations additionnelles.

Les médecins exercent sous le statut libéral, avec une rémunération à la capitation pour les assurés du régime général et à l'acte pour les bénéficiaires du régime volontaire. Les médecins exercent en général dans des cabinets de groupe et ont une fonction de « gate-keeper », d'une manière assez stricte puisque moins de 10 % des consultations sont le fait de spécialistes. La capitation est calculées pour offrir aux médecins en activité un revenu comparable à celui d'autres professions hautement qualifiées, sur la base d'une activité standart. Les aides médicaux jouent un rôle plus important qu'en France ou en Allemagne ; l'exemple des accouchements, réalisés à domicile par des sages-femmes de haute qualification, montre bien la volonté de traiter les situations au bon niveau de compétence.

Les hôpitaux sont en général privés et à but non lucratif, ou de caractère universitaire et public. Les tarifs des hôpitaux sont calculés sur la base d'un compte prévisionnel qui tient compte notamment de la difficulté des cas traités, sur la base d'un système DRG. Les restructurations intervenues au cours de la dernière décennie ont permis de faire baisser le nombre de lits à 3.3 pour 1000 habitants ; ceci semble être la cause de l'allongement des files d'attente, tant pour les consultations de spécialistes que pour les interventions à l'hôpital, et de la contractualisation avec des hôpitaux belges pour accueillir les patients néerlandais. Ceci est le corollaire d'une évolution des dépenses de santé plus faible, puisque le pays, un de ceux dont la part de la dépense de santé était la plus élevée du monde en 1970, à égalité avec les États-Unis et le Canada, est maintenant derrière la France et l'Allemagne.

3. Royaume-Uni

C'est l'archétype du système de santé public, la conjonction paradoxale d'un système de soins considéré comme très performant dans son rapport qualité-prix, mais également comme une sorte d'antimodèle en raison des rationnements induits par le faible niveau de dépense collective de santé (plus de 7,5 % du PIB en 2001, ce qui en fait un des taux les plus faibles des pays avancés). Les durées d'attentes pour la chirurgie de confort sont amplement décriées de ce côté de la Manche pour interdire toute comparaison avec ce qu'il pourrait y avoir d'intéressant dans le système anglais, car par ailleurs c'est également le pays où certains (mais rares) hôpitaux sont classés en tête du benchmark mondial, où l'évaluation est la plus répandue, à tous les niveaux, et où les remises en question, notamment celle du gouvernement de Tony Blair depuis quelques années sont en train de faire évoluer rapidement ce qui est encore considéré comme un modèle repoussoir vers, dans quelques années, ce qui sera peut-être le système le meilleur et le mieux contrôlé des pays avancés.

Le Royaume-Uni a choisi au lendemain de la guerre une organisation publique nationale financée sur ressources fiscales, dans le prolongement du régime général créé au début du xx^e siècle ; une clientèle minoritaire (évaluée environ à 10 % de la population), bénéficie d'assurances privées avec des primes élevées, de 50 à 150 euros par mois et par personne, pour bénéficier des soins ne relevant pas de la solidarité nationale ou mal assurés par le secteur public. Un autre élément important à souligner est le poids significatif des corporations de médecins, créées au milieu du xix^e siècle.

Les constats sur le fonctionnement des centres d'offre de soins, aux services très inégaux pour les interventions hospitalières, et les files d'attente, souvent importantes pour certaines catégories de soins (les malades venant se faire opérer en France, avec l'accord financier du NHS), ont été une préoccupation constante des

gouvernements successifs. La révolution libérale de Margaret Thatcher n'a pas épargné le service national de santé. Sans aller jusqu'à le privatiser complètement, une première restructuration, au début des années 90, avait, par transposition du modèle de démantèlement des services publics, introduit une responsabilisation plus importante des généralistes dans la gestion de l'offre de soins. Au-delà de leurs fonctions traditionnelles de « gate-keeper », ils étaient devenus les gestionnaires des budgets des soins secondaires et acheteurs de soins, avec un intéressement à la gestion. Entre 1991 et 1997, un grand nombre de cabinets volontaires, dans la mesure où ils bénéficiaient d'une clientèle suffisante, ont géré ainsi des enveloppes globales de soins spécialisés (médicaments, actes spécialisés, journées d'hôpitaux), destinées à leurs malades. Cette réforme a également donné une autonomie plus large aux hôpitaux. Le gouvernement de Tony Blair, à son arrivée, a remis en question cette expérience qui touchait déjà, à leur satisfaction, plus de la moitié des généralistes, car ce sujet était politiquement controversé et l'objectif d'amélioration de la qualité des soins n'avait pas été rempli. Il a décidé une nouvelle réforme profonde, en redonnant un rôle plus grand aux autorités publiques, avec une forte augmentation des crédits du NHS, afin que la dépense de santé puisse augmenter progressivement et atteindre 10 % du PIB, soit dans la moyenne des pays avancés européens.,.

Le NHS (*National Health Service*) assure toujours la supervision de la quasi-totalité de l'offre, dans le cadre d'une politique générale définie par le ministère de la santé. On est cependant passé, avec la réforme mise en place au début des années 2000, d'un système administré et déconcentré, à un système plus souple où la gestion de l'offre est confiée à des centres locaux, les Primary Care Trusts, au nombre de 300 en Angleterre, complètement responsables de l'organisation de l'offre des soins sur leur territoire, en s'appuyant sur les structures aussi bien publiques que privées. Les autorités régionales du NHS (Strategic Health Authorities, au nombre d'une trentaine en tout) ont maintenant une mission de coordination et de supervision, sans responsabilité de gestion directe comme avant la réforme.

Les médecins généralistes libéraux ou salariés, restent rémunérés principalement à la « capitation », en fonction du nombre de patients inscrits chez eux, avec une pondération tenant compte de l'âge et d'éléments permanents de santé des patients. Ils bénéficient d'une indemnité pour couvrir l'amortissement des frais d'installation et certains coûts de fonctionnement, ainsi que de primes liées au nombre d'actes de prévention (comme les vaccinations ou les consultations de contraception chez les jeunes), pour inciter aux actes de prévention. Ces médecins sont « gatekeeper », point de passage obligé avant les rendez-vous chez les spécialistes. L'activité des médecins est placée sous le contrôle des PCT, avec une évaluation des pratiques médicales et un système de revalidation tous les cinq ans par l'Ordre des médecins.

La concurrence est un principe : les patients peuvent changer de généraliste de référence et les centres secondaires de soins sont mis en permanence « en concurrence » par les « gate-keepers ». Les regroupements en centres locaux de soins multidisciplinaires, qui comprennent aussi bien des généralistes, des spécialistes que des infirmiers ou des travailleurs sociaux, sont encouragés.

La gestion des hôpitaux est déconcentrée. La gestion budgétaire des hôpitaux, à l'origine de pertes d'efficacité et de tensions, a été transformée par la réforme de 2002 : leur statut doit évoluer dans les prochaines années, sauf difficultés politiques, vers une totale autonomie de gestion, dans le cadre d'une tarification à la pathologie, incitatrice à l'amélioration de la performance.

La réforme comporte des novations très importantes dans l'articulation de la relation entre le patient et l'offre de soins. Un call center du NHS, le NHS direct, a été mis en place pour donner des conseils d'orientation par téléphone ; les « walk-in centers », seront des lieux de réception permanente assurés par des infirmières particulièrement formées pour fournir des premiers soins, faire des prescriptions considérées comme simples et orienter le cas échéant vers des médecins ou les services d'urgence. Les centres de soins primaires et les petits hôpitaux sont amenés à assurer une prise en charge plus importante des traitements et interventions de chirurgie

ambulatoire et des urgences, avec l'aide des techniques de télémédecine.

4. Suède

Les pays nordiques sont des systèmes publics très décentralisés, avec des ressources locales propres et des subventions ou dotations d'État. L'offre de soins est largement publique, avec un exercice salarial en Suède pour une large majorité du corps médical. Les ressources affectées à la santé étaient parmi les plus élevées du monde en 1970, mais ont été fortement contrôlées depuis et la dépense de santé représente 8,7 % du PIB. Ainsi, la faible densité du réseau médical (moins de 0,5 médecins et 2,5 lits pour 1000 habitants en Suède, les taux le plus bas en Europe) est maintenant à l'origine de phénomènes marqués de rareté pour les interventions considérées comme non urgentes, comme les opérations de la hanche ou de la cataracte pour les personnes âgées.

Les autorités locales décident librement les régimes de rémunération des centres de soins ou des médecins ; la rémunération dépend de l'activité, selon un mode de calcul complexe, mais dans certains cas une rémunération à la capitation a été mise en place.

La gestion des services de santé (9 grands centres hospitaliers, 65 hôpitaux et 1.000 centres de soins) est, pour l'essentiel, de la compétence directe des conseils généraux (20 en Suède et une ville-comté), qui en assurent le financement, avec un système national de péréquation entre collectivités locales. Les services de santé représentent près de 90 % de leurs budgets. Les dépenses de santé sont financées à près de 75 % par l'impôt sur le revenu des ménages, à 20 % environ par les subventions de l'État et 5 % par les redevances des patients. L'assurance maladie, qui permet de couvrir les congés maladie et les médicaments est financée par les cotisations patronales obligatoires et par les cotisations personnelles de sécurité sociale prélevées à la source sur les revenus. Un système d'assurances privées complémentaires, financé par les

employeurs principalement, concerne environ 5 % de la population active. L'assurance complémentaire permet en pratique un accès plus rapide aux soins, notamment dans le secteur privé, mais ne couvre que les opérations et soins programmés, la convalescence, et les transports.

Les professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital, sont des fonctionnaires. L'activité médicale privée est très faible, mais progresse rapidement : la part des prestataires privés était pratiquement nulle en 1990, et est de 10 % aujourd'hui (30 % des consultations médicales ont lieu chez des praticiens privés). Les hôpitaux sont devenus autonomes et, dans certains cas, ont été transformés en sociétés anonymes propriétés des comtés. La distribution de médicaments est un monopole d'État qui gère 900 pharmacies. Le système de « acheteur-prestataire » des services de santé a supprimé les dotations annuelles forfaitaires aux hôpitaux et aux soins primaires et maintenant les soins sont rémunérés en fonction des résultats ou des prestations. La tarification à la pathologie, sur la base du système DRG, a été introduite pour inciter les hôpitaux à la productivité et à la qualité. Les unités d'achat établissent maintenant les cahiers de charges imposés aux hôpitaux et évaluent leur rapport qualité/prix.

Les urgences sont traitées par les centres de soins et les services d'urgence des hôpitaux les plus proches et il existe un système de renseignements médicaux par téléphone. Les personnels des véhicules des services d'urgence sont en général des infirmières spécialement formées et non des médecins.

Les patients ont le libre choix de leur centre de soins, leur médecin de famille, et de l'hôpital auquel ils veulent s'adresser. Les patients sont encouragés par les autorités locales à aller d'abord aux centres de soins, mais une majorité préfère s'adresser directement aux hôpitaux dont les tarifs sont pourtant plus élevés.

Un ticket modérateur de 6 à 33 euros, suivant le revenu, est appliqué à chaque consultation, avec un plafond annuel de 98 euros de dépenses pharmaceutiques ou de frais médicaux. Les conseils généraux fixe les tarifs des consultations, de 11 à 17 euros dans le

secteur public et de 20 à 35 auprès des spécialistes hospitaliers ou des médecins privés. Les traitements médicaux des moins de 19 ans sont gratuits. L'assurance maladie prévoit pour les médicaments un ticket modérateur de 100 euros par an.

Des changements importants sont de nouveau intervenus ces dernières années, en particulier une réduction importante du nombre de lits, mais aussi la suppression d'un certain nombre de services d'urgence. Comme au Royaume-Uni, une tentative de concurrence entre offreurs de soins par création d'un marché interne ou recours à des prestataires privés a été tentée. Un hôpital de Stockholm a même été vendu à un groupe privé, donnant lieu à une contractualisation avec l'autorité publique ; le succès de cette expérience, en termes de coûts pour la collectivité (inférieurs d'environ 10 % aux coûts des hôpitaux publics analogues), a incité la ville de Stockholm à poursuivre l'expérience, en dépit d'une opposition du gouvernement central, et envisager la création de formes non lucratives de centres de soins privés.

Un nouveau projet de réforme est à l'étude sur l'organisation et le financement de la protection sociale ; afin d'améliorer la qualité des prestations, une assurance maladie séparée des contributions fiscales serait destinée aux soins médicaux, avec une liberté totale pour ce qui est de la sélection de la compagnie d'assurances.

5. États-Unis

Le modèle américain est, avec la Suisse, l'archétype du pays libéral, avec un niveau élevé de dépenses représentant aujourd'hui, avec presque 14 % du PIB, un doublement par rapport à 1970. C'est la pays où la part de la gestion publique est la plus faible, car celle-ci ne concerne que les soins aux personnes retraitées ou handicapées (Medicare) et aux démunis (Medicaid, géré par État), ainsi que les gros risques ; elle touche un quart de la population pour 45 % de la dépense de santé globale, contre plus des 2/3 voire le 3/4 dans les autres pays du G-7. Les employeurs peuvent offrir à leurs employés un régime d'assurance privé, et les personnes peuvent également souscrire directement une police d'assurance-santé auprès d'un assureur. Les cotisations aux compagnies d'assurances privées sont effectuées conjointement par les entreprises et les intéressés, dans un ensemble fortement réglementé.

La pratique médicale se fait le plus généralement dans le cadre de centres de soins, associant, et c'est une particularité américaine, des « assistant-physicians », cadres diplômés de l'enseignement supérieur, qui peuvent exercer de nombreuses tâches médicales (diagnostics, prescriptions, petites interventions chirurgicales...), sous le contrôle de médecins ou dans des équipes médicales. Ils font l'objet d'une formation permanente et d'un contrôle régulier des compétences. La rémunération des médecins est complexe et mélange, suivant les clients et les formes d'organisation des cabinets de groupe, les systèmes de capitation, de paiement aux actes et d'intéressement à la performance (qualité et efficacité).

Les hôpitaux sont de statuts très variables et les grands hôpitaux sont à la pointe mondiale de la technologie et de l'efficacité dans l'organisation.

Les entreprises offrent en général l'assurance maladie à leurs salariés, en gestion directe ou le plus souvent par une souscription

auprès de compagnies d'assurances privées. Elles passent des contrats avec des praticiens ou des filières de soins établies sous le régime des « Health Maintenance Organisations » de la loi de 1973. Les HMO sont des acheteurs collectifs de soins, auprès de praticiens ou de centres collectifs, pour offrir des soins sous régime de « capitation » avec des contrats de soins au forfait couvrant l'ensemble des soins aux patients, quelles que soient leur durée ou leur intensité, et des rémunérations des hôpitaux à la pathologie. Les généralistes contrôlant l'accès aux soins spécialisés (gatekeeper), mais on constate que les patients ont une forte tendance à se présenter directement aux services d'urgence des centres hospitaliers. L'ensemble du système fonctionne avec des évaluations strictes, complètes et régulières de l'efficacité des praticiens et des centres. Le système des HMO tend à être remplacé depuis quelques années par un système plus souple ; c'est le Preferred Provider Organisation, qui offre la liberté de choix des praticiens par les patients, moyennant des cotisations plus élevées, et des régimes d'incitations particuliers à choisir les médecins référents.

Medicare est le régime fédéral d'assurance-santé pour les personnes de plus de 65 ans, sans critère de revenus. Il a deux volets : d'une part les services hospitaliers, les soins palliatifs et certains soins à domicile, les services de médecin, les soins externes ou de spécialité, couvrant 80 % du coût des services assurés hors médicaments sur ordonnance, d'autre part les soins dentaires, la chirurgie esthétique, les prothèses auditives ou les soins de la vue moyennant une prime mensuelle et une franchise annuelle. Medicare comprend deux mécanismes : le régime de base, fonctionnant avec des assureurs privés, offrant également des polices complémentaires pour les franchises et autres frais à payer, ou les services non assurés par Medicare, comme les médicaments, et l'option « Medicare and Choice », qui offre l'accès à des régimes de gestion de soins par les HMO, moyennant des coûts et des primes inférieurs. Medicare est financée principalement par les charges sociales obligatoires de 1,45 % pour les employeurs et pour les employés, avec un complément venant des budgets publics. Le paiement des praticiens est effectué à l'acte. Le système vient de faire l'objet d'un

plan de réforme²⁴. La réforme prévoit la mise en place progressive du nouveau régime de base, avec au départ un programme expérimental de concurrence entre le système Medicare et des plans d'assurance médicale privée dans 6 grandes agglomérations avec des incitations fiscales pour la souscription de comptes épargne santé complémentaires, et à partir de 2010, l'ouverture à la concurrence du marché de l'assurance des bénéficiaires actuels. La réforme prévoit en outre des mesures visant à accélérer la mise sur le marché des médicaments génériques.

Medicaid est le régime d'assurance-santé conjoint du gouvernement fédéral et des États destiné aux personnes à bas revenu, indépendamment de l'âge. La couverture de base comprend les frais médicaux et de laboratoire, les services hospitaliers. Le gouvernement fédéral rembourse une somme correspondant aux coûts engagés par les États qui administrent leurs programmes et fixent les tarifs, et éventuellement certains tickets modérateurs ou franchises, sauf pour les services d'urgence, les femmes enceintes, et les moins de 18 ans. Le système a été étendu en 1997 aux enfants non assurés autrement. Il permet d'offrir une couverture aux enfants de familles ayant un revenu trop élevé pour bénéficier de Medicaid mais trop faible pour payer une assurance privée. Le budget fédéral rembourse Medicaid de 50 % à 83 % de la dépense des États, en fonction du revenu moyen par habitant de chaque État.

La capacité du système à se maintenir est très grande, comme en témoigne la récente réforme de l'organisation du système de soins spécifique aux anciens combattants. L'introduction massive de l'informatique a entraîné une amélioration de la qualité de la prise en charge et une baisse des coûts ;

L'inconvénient majeur du système américain est qu'il s'accompagne de fortes inégalités. Une part importante de la population, 15 % environ, dont les revenus sont faibles, mais supérieurs aux plafonds d'éligibilité à Medicaid, n'ont pas d'assurance santé suffisante et sont donc dans des situations sanitaires médiocres. La concurrence a des effets mitigés : ils sont

24. Voir la contribution de J. Mistral.

indéniablement bénéfiques dans l'ensemble pour ce qui concerne le rapport qualité performance des soins pour les soins du système assurantiel, avec la pression permanente exercée sur les offreurs, et des niveaux techniques exceptionnels. Cependant les coûts d'acquisition de la clientèle sont élevés (souvent évalués à 10 à 20 % du coût global) et la qualité de Medicare, système encore semi-administré, est moins bonne. Le système américain, dont les compétences techniques sont évidemment au meilleur niveau mondial, ne délivre dans l'ensemble que des résultats médiocres par rapport aux indicateurs courants de santé publique : la mortalité infantile (7,0/1000) est la plus élevée des grands pays avancés (par exemple : 5,6 au Royaume-Uni, 4,6 en France) et l'espérance de vie (76,8 années) la plus faible (79 en France et en Suède par exemple).

6. Canada

Le Canada est probablement, avec le Royaume-Uni, le pays où la politique de santé est la plus complète, en intégrant explicitement des données sociologiques de prévention. Le système est de type beveridgien, mais dont le niveau d'ensemble de la dépenses est élevée, avec 9,7 % du PIB, car la participation privée est très importante, près de 30 % de la dépense, dont 16 % à la charge des malades. Tous les résidents ont droit à une assurance-santé dont le financement est assuré en premier rang par les provinces et les territoires, avec un cadre d'ensemble et un mécanisme de contributions financières de la Fédération. Il n'y a pas de frais pour les soins des médecins, la plupart étant des praticiens privés, ni pour les soins hospitaliers. Dans le système canadien, le patient peut s'adresser aux fournisseurs de son choix, et les médecins, généralistes et spécialistes, sont rémunérés à l'acte selon une tarification réglementée. Le régime public n'autorise pas les patients à acheter une assurance-santé privée qui offrirait les mêmes avantages, sauf pour les soins qui ne sont pas couverts par le régime général, les médicaments d'ordonnance, soins dentaires et soins oculaires de base. Les fournisseurs et les établissements de soins de santé peuvent refuser de participer aux régimes provinciaux et facturer directement aux patients le coût total des services fournis. Dans ce cas, les patients ne sont pas admissibles au remboursement public. Les listes d'attente pour certains tests et traitements sont souvent mal acceptées et les personnes qui peuvent se le permettre vont, pour éviter une attente trop longue, se faire soigner aux États-Unis. Comme dans ce pays, les familles à faible revenu, particulièrement dans les provinces ou les territoires qui n'ont pas de régime public d'assurance-médicaments, sont souvent dans des situations difficiles; leur revenu est trop élevé pour qu'elles aient droit à l'aide sociale, mais elles n'ont généralement pas d'emplois réguliers donc ne bénéficient d'aucune assurance collective. Environ

3 % de la population est dans ce cas²⁵. Le Canada respecte strictement le principe du payeur unique en ce qui a trait aux services de base, mais la relative étroitesse de l'éventail des soins couverts signifie que le recours au secteur privé est important. En particulier, les personnes qui bénéficient d'un régime collectif d'entreprise n'ont pas accès au financement public des médicaments ; ceux-ci sont remboursés lorsqu'ils présentent un intérêt médical avéré, par des assureurs qui mettent en place des méthodes dynamiques de maîtrise des coûts, suffisamment efficaces (négociations directes avec mise en concurrence,...) pour que certains Américains viennent acheter aux États-Unis, par cars spécialement affrétés ou par voie postale. Le rapport Romanow a avancé l'idée d'élargir l'éventail des soins payés par le régime public en instaurant, par exemple, un régime public général d'assurance-médicaments, ainsi que de créer une agence indépendante pour les médicaments, leur agrément comme leur prise en charge par l'assurance-santé.

25. La santé des Canadiens – *Le rôle du gouvernement fédéral*, Sénat fédéral du Canada, Mars 2001.

IV. GOUVERNER, C'EST CONSTRUIRE

1. Un modèle pour penser la reconstruction

Ce modèle est destiné à forcer la réflexion. Il repose sur un large impératif de solidarité et introduit des mécanismes de concurrence comparables pour les systèmes de soins. Dans l'esprit de nos scénarios, il ne sépare pas les deux secteurs de soins, celui des grands risques et celui des soins courants ; la prise en charge sociale varie simplement en fonction des revenus, par exemple par l'introduction d'un ticket modérateur (assurable ou non) dépendant du revenu des ménages. Il est dans la ligne de notre scénario bismarckien amélioré.

Pour esquisser les grandes lignes de cette approche, pas aussi irréaliste en fait qu'à l'apparence, on peut partir du schéma théorique suivant.

La société est constituée d'une classe C1 formée de ménages ayant des revenus faibles et d'une classe C2 de ménages aisés. La classe C2 paye ses dépenses de santé : en s'assurant auprès de caisses publiques ou privées, selon des modalités personnalisées mais avec un minimum obligatoire pour couvrir les grands risques. La classe C1 est astreinte à une assurance (publique ou privée également) obligatoire et gratuite, laissant cependant un ticket modérateur, plus ou moins symbolique, à la charge des ménages ainsi assistés. La qualité des soins est strictement identique pour les classes C1 et C2. Le tout est contrôlé et régulé par une agence publique indépendante.

On voit immédiatement les avantages de ce modèle :

- La solidarité entre les deux classes est maintenue en termes d'accès aux soins.

- La charge sociale est réduite puisque les dépenses de santé sont effectivement payées par la classe C2.
- La redistribution nécessaire pour assurer la classe C1 peut être modulée fiscalement (cotisations sociales, CSG, autres impôts de solidarité).
- Le développement du système de santé n'est plus entravé puisqu'il résulte de la demande effective et responsable de la classe C2 et que la classe C1 bénéficie automatiquement des progrès du système de soins.
- L'introduction du paiement direct, d'assurances privées et d'une agence de régulation ne peut que réduire les effets de sous-optimalité de l'ensemble du système (soins et assurances) ainsi que les distorsions d'aléa moral ou de sélection adverse.
- Enfin, ce schéma montre qu'il est tout à fait possible d'introduire des mécanismes de marché contrôlés sans remettre en cause une certaine forme de solidarité nationale. Il a ainsi le mérite de lever une confusion très générale qui conduit à associer toute mesure de libéralisation à une position conservatrice et de renforcement des inégalités.

Certes, une telle schématisation se heurte aussi à quelques obstacles :

- elle remet en cause radicalement un système qui, au fil des décennies, semble devenu intouchable dans ses fondements aux yeux de la plupart de ses usagers et acteurs,
- la confusion qu'elle a le mérite de lever ne la rend guère attractive aux yeux des acteurs politiques : les partis de gauche la trouveront trop libérale, tandis que ceux de droite la trouveront trop redistributive
- enfin, les modalités d'application concrète de ce schéma théorique à la société réelle, sont nécessairement complexes (contrôles, effets de seuils, etc.).

Ce schéma permet surtout de bien comprendre la nature du système actuel. On voit en effet que l'équité est respectée (et même renforcée) dans la classe C1 et entre les classes C1 et C2. En revanche, à l'intérieur de la (vaste) classe C2, la charge des

dépenses de santé met durement en évidence les inégalités de revenus et de fortunes (comme c'est le cas pour les dépenses de logement, par exemple).

Ce qui est évidemment contraire au système français actuel qui est issu finalement de la vision du « juste prix » (au sens théologique) : le service santé n'a pas le même prix pour chacun puisque chacun paie approximativement selon ses moyens. La santé sort ainsi de la logique économique, puisqu'elle met en cause le fondement de la valeur (et sans doute cela constitue la raison la plus profonde de la réticence des économistes à s'engager dans ce domaine). On peut ajouter une hypothèse : la volonté d'anesthésier les inégalités économiques dans un espace (la santé) où elles apparaissent insupportables permet de conserver... ces inégalités. Il y a, dans les faits, une composante « conservatrice » dans les dispositifs les plus incontestablement redistributifs²⁶.

Ce modèle abstrait offre un éclairage pour des mesures progressives ou partielles allant dans la direction qu'il esquisse. Certaines ont d'ailleurs été déjà prises et d'autres sont envisagées, comme par exemple l'idée d'une franchise sur les remboursements de soins qui serait liée aux revenus. Il permet également de mieux interpréter des systèmes en vigueur dans certains pays étrangers (le Canada par exemple) ou des réformes en cours (aux États-Unis notamment). Au delà d'un simple benchmarking, la confrontation approfondie et critique de systèmes nationaux très différents peut être très instructive dans une perspective de refondation²⁷.

Plus précisément, deux exemples étrangers doivent être étudiés de près.

26. C'est la même logique qui inspire, par exemple, l'accord signé le 30 août 2003 par les 146 membres de l'OMC pour permettre aux pays pauvres d'importer des médicaments génériques dans des situations d'urgence (SIDA, tuberculose, paludisme) : cette dérogation provisoire vise à préserver le régime actuel de la propriété intellectuelle.

27. Cf. Paul V. Dutton, *Health care in France and the United States : learning from each other*, the Brookings Institution, 2002.

Le premier concerne non la santé stricto sensu mais le domaine voisin de la dépendance. Le nombre d'Européens âgés de plus de 65 ans a presque doublé entre 1960 et aujourd'hui. D'ici 2020, plus de 5 % de la population des pays européens aura plus de 80 ans. Il est donc clair que les dépenses de dépendance du troisième et du quatrième âge vont fortement progresser. Dans la diversité des systèmes européens de leur prise en charge, il faut souligner l'originalité du dispositif allemand : depuis 1995, la dépendance est reconnue comme un nouveau risque, pris en charge par une assurance sociale spécifique à laquelle 90 % de la population adhère. Les autres, dont les revenus dépassent un certain seuil, doivent justifier d'une assurance équivalente auprès d'une compagnie privée pour être dispensés de l'affiliation à l'assurance générale. Un tel dispositif n'est évidemment pas sans rapport avec le schéma proposé à ceci près que, dans le dispositif allemand, l'équivalent de ce que nous avons appelé la classe C2 ne représente que 10 % de la population.

Le second exemple est celui de l'assurance maladie aux Pays-Bas. Depuis la réforme Dekker-Simmons (1987-1993), l'assurance publique ne concerne que deux tiers de la population; la cotisation liée au revenu est versée à une caisse centrale de financement, chaque assuré pouvant choisir parmi différentes caisses d'assurance maladie; la caisse centrale verse à ces dernières un budget lié à la structure des populations qu'elles couvrent (« prime ajustée du risque », calculée en fonction de facteurs observables). Mais, les ménages du tiers restant, dont les revenus sont plus élevés, choisissent une caisse privée avec une cotisation indépendante du revenu.

Il est également instructif de comparer ce modèle à la contribution apportée par un groupe de travail de l'Institut Montaigne²⁸ et qui se rapproche plutôt de notre second scénario. Les architectures des deux systèmes ont certains points communs : à partir d'un constat identique des principales contradictions et insuffisances du fonctionnement actuel, elles visent une réforme

28. Vers une assurance maladie universelle ? Institut Montaigne, oct. 2002.

profonde (l'Institut Montaigne est plus prudent et bien sûr plus réaliste) inspirée par l'objectif commun de réduire les disparités (notamment des régimes d'assurance maladie) et d'accroître l'efficacité sous l'autorité d'une agence indépendante (Haut Conseil de la santé).

Les différences principales concernent le mode de financement. L'Institut Montaigne propose un financement plus public, reposant sur une Caisse d'assurance maladie universelle financée par une CSG-santé, assise sur l'ensemble des revenus. Et surtout son projet distingue les soins considérés comme indispensables et relevant donc de la solidarité nationale et ceux qui contribuent plus au « confort » et qui restent en dehors de cette couverture nationale.

On voit immédiatement la difficulté de définir cette frontière entre deux « paniers » de soins, avec le risque associé d'une réduction progressive du premier panier. Et donc le risque final que les populations les plus pauvres ne bénéficient à terme que d'une couverture médicale rétractée. Les deux architectures sont donc confrontées à des difficultés de définition des frontières : soit celle entre des classes de revenus, soit celle entre classes de médicaments et de traitements. La première est plus difficile à définir (plus arbitraire ou plutôt plus politique) et plus délicate à mettre en œuvre. En revanche, cette frontière protège contre une réduction de la couverture médicale collective.

Il importe de souligner que les deux architectures de financement sont compatibles avec une approche pragmatique et complémentaire. Elle consiste, dans le cadre d'une politique globale de santé, à maîtriser les évolutions pour chaque domaine de consommation de soins.

Prenons pour exemples le médicament et les indemnités d'arrêt de travail.

Concernant le médicament, on peut imaginer, comme cela est mis en place avec succès au Québec, que les caisses d'assurance maladie prennent en charge les dépenses médicalement justifiées, pour les ménages à faibles revenus, les personnes âgées et toute

personne de pouvant bénéficier d'une assurance collective de prévoyance nationale. Les bénéficiaires d'un contrat de prévoyance sont, quant à eux, couverts pour les dépenses de médicament, dans le cadre d'une obligation d'assurance. Une liste de médicaments admis au remboursement et un cahier des charges s'appliquent aux caisses et aux assureurs collectifs.

En matière d'indemnisation des arrêts de travail, on constate d'importants abus dans l'utilisation des fonds de la solidarité nationale. Les principales causes en sont connues :

- l'intérêt économique individuel à cumuler les indemnités versées par l'assurance maladie, les organismes de couverture collective complémentaire et les assureurs de crédits emprunteur ; tout cela permet d'augmenter le revenu net disponible en cas d'arrêt de travail ;
- les pratiques abusives de médecins cédant aux pressions de leurs patients-clients ;
- l'absence de contrôle efficace par la plupart des caisses d'assurance maladie.

Pour réduire ces abus, on peut envisager plusieurs mesures :

- la limitation des indemnités d'arrêt de travail cumulées, toutes origines confondues, à un montant inférieur ou égal à celui de la rémunération nette obtenue en cas de travail (égalité pour les bas revenus) ;
- une obligation de déclaration individuelle des motifs de l'arrêt de travail par l'assuré, déclaration dont la remise aux organismes payeurs sera préalable au paiement des indemnités ;
- la possibilité pour les entreprises de faire exercer un contrôle médical opposable aux caisses d'assurance maladie ;
- l'incitation des entreprises au maintien d'un absentéisme bas, par application d'une réfaction de charges sociales ;
- la mise en place d'un dispositif de sanction des patients et médecins ayant des conduites illicites.

À partir de ces observations on peut donc envisager trois types de réponses politiques.

La première est un choix de quasi statu quo, lequel, dans une situation politique difficile, reste cependant plausible : ce serait un seizième plan de redressement des comptes de la Sécurité sociale, sans portée de long terme. Il viserait une réduction des dépenses qui pourraient concerner l'organisation hospitalière, la rémunération de la médecine de ville, etc.; réduction accompagnée de quelques mesures symboliques de responsabilisation des patients; le déficit restant pouvant être couvert à travers une augmentation de la CSG ou du RDS. Ce choix du quasi statu quo conduit très rapidement à une impasse.

Le second choix politique consiste à conserver l'architecture actuelle d'un financement selon les revenus de chacun en y ajoutant un dispositif de sélection portant sur les soins. La création d'un agence indépendante chargée de définir le panier de soins pris en charge collectivement apporte une crédibilité supplémentaire à cette option qui ouvre des marchés élargis aux mutuelles et aux assurances privées. Mais il comporte le risque qu'une définition glissante (vers le bas, pour maîtriser le financement public) conduise de fait et insidieusement à une réduction de la solidarité nationale aux risques les plus graves : la même médecine lourde pour tous mais des médecines de confort à deux vitesses.

La troisième option, qui s'inspire des politiques engagées en Allemagne et aux Pays-Bas, permet de compenser le risque d'un tel régime à deux vitesses. Il n'est d'ailleurs pas exclu de combiner ces deux approches, c'est-à-dire de définir les soins médicalement utiles et donc pris en charge collectivement tout en organisant un financement sélectif selon les revenus. C'est l'esprit de notre premier scénario « bismarckien » modernisé.

2. Une esquisse des possibles

Une politique de la santé et de l'assurance-maladie dépend de réponses que la collectivité nationale peut apporter, sans jamais les avoir réellement posées, à trois questions principales :

- veut-on prioritairement revenir à un équilibre des régimes publics d'assurance maladie ou chercher à améliorer l'état de santé de la population ?
- combien la collectivité est-elle prête à payer pour maintenir une solidarité nationale permettant de garantir l'accès de tous nos concitoyens à des soins de qualité ?
- est-on prêt à engager une restructuration de l'offre de soins et de biens médicaux, selon un critère prépondérant d'efficacité ?

Ces trois questions sont liées, et leurs réponses interdépendantes.

La demande de soins toujours plus perfectionnés et efficaces est parfaitement légitime dans les pays les plus riches de notre planète ; néanmoins, dès lors qu'on aura admis que les ressources de la solidarité nationale sont limitées, on devra s'interroger sur l'opportunité de certaines stratégies thérapeutiques ; les médecins ne devront pas se trouver seuls devant de telles situations, mais la société devra définir les principes d'éthique permettant de gérer une limitation des ressources ; il conviendra également d'arbitrer sur l'affectation de ressources à telle stratégie de prévention ou à telle stratégie thérapeutique. Mais, de manière plus générale, les indicateurs de santé publique (par exemple, la mortalité évitée, selon le modèle de Dever) sont largement déterminés par l'environnement, les comportements, le capital biologique, plus que par le système de soins. Nous avons l'exemple récent en France d'une politique publique, qui, à coût négligeable, a produit des effets de santé publique importants, par une action vigoureuse sur les comportements : il s'agit de la politique de sécurité routière dite de

« tolérance zéro » ; outre le nombre considérable de drames humains évités, elle produit des économies conséquentes en nombre de décès prématurés évités, de moyens de secours et de soins, et son efficacité est évidemment infiniment meilleure qu'aurait pu l'être une extension des SMUR dans les centres hospitaliers de secteur. Pour améliorer l'état de santé d'une population, il ne faut pas forcément dépenser plus !

On en déduit le premier élément d'une politique de santé : l'État doit prioritairement intervenir sur l'environnement, employabilité, routes sécurisées, logements salubres... et sur le comportement : éducation pour la santé, sécurité routière, taxation ou sanction des comportements à risque, prévention, en reconvertissant des compétences vers la prévention et l'accompagnement social et en communiquant massivement sur cette politique de santé, comme il a appris à le faire récemment en matière de sécurité routière.

Le Parlement doit définir la politique de santé publique : prévention, éducation sanitaire, accompagnement des populations à risque, les principes éthiques de l'utilisation des ressources médicales, le montant des ressources affecté à la solidarité nationale, ajustable selon le niveau de croissance économique, incluant l'affectation des taxes perçues sur les pratiques génératrices de coûts collectifs (tabac, alcool, pratique de certains sports, etc.), et les principes généraux d'affectation des ressources du système de soins : type de tarification, rôles respectifs des infrastructures hospitalières de référence et de proximité, etc. Certaines de ces décisions peuvent, bien sûr, être préparées par une agence indépendante.

Pour améliorer l'état de santé de la population, et adapter le recours aux soins, il faut responsabiliser et accompagner nos concitoyens. Chacun doit prendre conscience de l'importance, pour lui-même et pour la collectivité, de son capital santé. La responsabilisation s'appuie sur des mécanismes d'information, d'éducation et d'incitation permettant l'émergence de bonnes pratiques, dans un cadre non réglementaire. La pratique adaptée d'activités physiques, le refus des pratiques addictives (tabac, alcool,

drogues illicites, mais aussi certains psychotropes...), une alimentation équilibrée, un équilibre entre vie professionnelle et vie privée... tout ceci peut sembler inspiré des hygiénistes du xix^e siècle, mais revêt, une actualité nouvelle en ce début du xxi^e siècle.

Bien sûr, il existe des situations sociales, biologiques ou psychologiques ne permettant pas le plein exercice d'une responsabilité individuelle en matière de santé. Dans ces cas, la société doit accompagner ces personnes ou les prendre en charge ; cela relève de soins de santé ou d'action sociale et marque les limites d'une politique de responsabilisation individuelle. Dans les autres cas, de fortes incitations à un comportement responsable en matière de santé doivent être favorisées. Ainsi, on peut considérer que la taxation de produits dont la consommation excessive est nocive favorise une prise de conscience et une attitude plus responsable, de même que la sanction des excès de vitesse sur la route. C'est la forme de responsabilisation la plus facilement réalisable par l'État, même si la sanction financière n'est qu'une forme peu satisfaisante de l'appel à la responsabilité.

Il ne s'agit pas d'instaurer une culpabilisation individuelle, issue d'un quelconque nouvel ordre moral. Bien au contraire, une prise de conscience individuelle, même quand elle est favorisée par une sanction financière, relève d'une démarche collective ayant un impact individuel. Apporter à nos concitoyens un meilleur équilibre de vie, avec l'émergence d'une « économie relationnelle » peut paraître une utopie. Mais, déjà, de grands groupes industriels et commerciaux s'interrogent sur les nouvelles responsabilités de l'entreprise et mettent en place des moyens d'accompagnement et des services de « bien-être » au profit de leurs salariés. Depuis longtemps déjà, le gouvernement du Québec a développé des centres locaux de santé communautaire, dotés de missions sanitaires et sociales, d'accompagnement psychologique, mais aussi de prévention. Responsabiliser nos concitoyens ne consiste donc pas seulement à leur faire supporter une partie du coût de leurs frais de soins de santé, même si cela contribue à une utilisation raisonnée de soins et de médicaments.

Ceci nous conduit à un deuxième élément de la politique de santé. Pour revenir à un équilibre, il faut permettre aux financeurs de contrôler l'utilisation des fonds qu'ils engagent. À cet effet, il faut distinguer trois différentes catégories de dépenses.

a. Les dépenses relevant totalement de la solidarité nationale, devant être définies comme telles par le Parlement ; elles correspondent globalement aux risques non assurables. Elles doivent être prises en charge à 100 % par la collectivité et gérées par le régime obligatoire d'assurance maladie ; elles représentent une charge de 77 milliards d'euros pour l'assurance maladie obligatoire (données 2002) ; l'enjeu central de productivité se situe sur l'hôpital, mais les gisements potentiels d'économies devront être rapidement dégagés pour faire face au vieillissement de la population et financer le progrès médical. Considérons donc qu'il n'existe pas là d'économie nette envisageable et, qu'au contraire, il faut accepter le maintien d'un taux de croissance significatif de ce type de dépenses supérieur à celui du PIB.

b. Les dépenses de soins courants, dont la prise en charge partielle par la solidarité nationale peut être nécessaire, pour garantir l'accès de toute la population aux soins primaires ; le périmètre de ces dépenses dépend de la capacité de la solidarité nationale à couvrir totalement les dépenses de soins des personnes à bas revenus et du seuil de leur prise en charge ; on y trouve les consultations médicales, la chirurgie dentaire, l'optique médicale, les médicaments courants, etc., ces dépenses représentent actuellement une charge de 25 milliards d'euros pour l'assurance maladie obligatoire (données 2002) alors que les ménages supportent une charge globale de 32 milliards d'euros (données 2002), directement ou par l'intermédiaire de leur couverture complémentaire. Ces dépenses représentent une variable d'ajustement pour les pouvoirs publics et leur sort divise les familles d'organismes complémentaires : les assureurs se proposent d'en gérer une partie (dentaire, optique...) et la Mutualité française offre un co-pilotage du risque avec le régime obligatoire d'assurance maladie.

Une séparation entre deux types de financeurs, pour la même catégorie de soins, est complexe à vivre pour les usagers, coûteuse pour la collectivité et ne permet pas de maîtriser les dépenses, sauf à donner au financeur principal, la responsabilité d'exercer le contrôle de l'utilisation des fonds, et à empêcher tout financement supplémentaire d'une dépense non conforme aux orientations de la politique de financement définie par le financeur principal ; ainsi, par exemple, il convient d'éviter, dans un tel schéma, que les organismes complémentaires ne financent mécaniquement des dépenses injustifiées. Ce système ne fonctionne pas correctement en France aujourd'hui. Les règles communautaires ne permettant pas d'interdire de telles pratiques, l'instauration d'aides fiscales ou sociales en contrepartie d'une couverture conforme à un cahier des charges paraît constituer une hypothèse minimum, présentant en outre le grand mérite de rétablir un principe d'égalité de traitement des citoyens, aujourd'hui rompu par l'attribution d'aides aux seuls contrats collectifs obligatoires d'entreprise. Nous proposons d'aller plus loin, en réunifiant les régimes, comme dans tous les pays avancés, pour la gestion du panier de soins de base, associant gros risque et soins courants.

c. Les dépenses à la charge directe des ménages ; ce sont notamment toutes les dépenses ne relevant actuellement pas de la solidarité nationale. Doivent s'y trouver impérativement toutes pratiques et médicaments dont l'efficacité médicale n'est pas démontrée. Néanmoins, ces dépenses sont, pour la plupart, librement assurables, et il faut exclure toute intervention minoritaire des régimes d'assurance maladie obligatoires, qui provoquerait une inflation inutile. Étant extérieur au champ de la solidarité nationale, ce type de dépenses ne doit pas être favorisé par des aides fiscales ou sociales.

Enfin, pour pouvoir maîtriser le coût des soins prodigués, condition nécessaire mais non suffisante d'une maîtrise globale des dépenses de santé, les caisses d'assurance maladie devront pouvoir contracter librement avec les professionnels de santé et leurs assurés. À cet égard, elles doivent être en mesure de :

- proposer un abattement de cotisation ou une meilleure prise en charge des soins dentaires à un assuré ayant respecté un engagement de suivre un programme de prévention réalisé par un praticien agréé, s'étant lui-même engagé à l'égard de l'assureur à respecter un ensemble de bonnes pratiques, validées par des instances professionnelles d'évaluation médicale,
- conduire des négociations de prix avec les professionnels de santé,
- établir des accords préalables sur engagement de dépenses, à partir de leurs plates-formes téléphoniques, sur décision médicale ou médico-administrative.

Cela suppose évidemment que les caisses, quel que soit leur statut, puissent accéder à des informations médicalisées, dans le respect de la Directive européenne, et contracter avec les praticiens, ce qui est aujourd'hui difficilement envisageable.

Pour que ces mesures soient efficaces en termes de santé publique et qu'elles soient perçues positivement par la population, il convient de mettre en place simultanément des mesures d'accompagnement :

- la confirmation de prise en charge complète par la solidarité nationale, de la demande de soins pour les personnes âgées, des personnes à bas revenus au-delà de la CMU et les personnes atteintes de pathologies graves ou chroniques, ainsi que pour les parturientes.
- l'accès à un système d'éducation pour la santé, de prévention primaire et secondaire, ainsi que d'accompagnement médico-social performant,
- la mise en place d'aides sociales ou fiscales, à caractère redistributif.

En conséquence, le troisième élément de la politique de la santé serait que le Parlement définisse un nouveau système de gouvernance permettant un pilotage plus efficace du financement du système de soins, dont les principes ont été largement exposés au premier chapitre :

- le Parlement assure le financement des dépenses de soins sur prélèvements obligatoires, de la souscription de contrats d'assurance-maladie conformes à un cahier des charges défini par les pouvoirs publics,
- pour permettre une maîtrise des coûts du système de soins, le Parlement charge les caisses d'assurance maladie de contracter avec les professionnels de santé, et leur donne accès à des informations d'origine médicale, dans des conditions garantissant le respect du secret des informations personnelles à caractère médical, tel que défini par la Directive européenne,
- le Parlement fixe les règles déontologiques des caisses d'assurance maladie, gestionnaires des ressources de la solidarité nationale, et leur interdit d'assurer les soins et produits sans efficacité médicale démontrée, et définit les mesures de sanction des abus ou des pratiques frauduleuses, fixe les modalités des contrôles et de leurs compte-rendu,
- le Parlement doit définir une organisation des structures d'orientation permettant le suivi des sources de financement (CSG, CRDS, taxes sur le tabac et l'alcool...) et de l'affectation des ressources par grand domaine d'activité de soins, et piloter un budget prévisionnel pluriannuel des emplois et des ressources du système de santé (et pas seulement du système de soins !).

Enfin, pour couvrir les évolutions de long terme, il faut trouver le financement d'un risque croissant. Le coût du risque va continuer de croître, pour les raisons évoquées de demande de soins, de démographie ou de progrès médical. Cette croissance structurelle n'est pas financée à moyen et long terme. On se trouve probablement dans une problématique proche de celle des retraites, avec une échelle de temps décalée. Une question délicate est donc de savoir sur quels types de revenus il sera possible de constituer une épargne collective et/ou individuelle pour permettre le financement de dépenses futures sans que ceci se fasse par amputation du champ d'intervention de la solidarité nationale. Il s'agit notamment de défavoriser une consommation instantanée, pas toujours médicalement justifiée, au profit d'une épargne longue pour permettre aux personnes de faire face à des dépenses futures liées

au vieillissement ou à la survenance subite d'une situation médicale, qui ne relèverait pas du champ de la solidarité nationale. En bref, le système doit dégager une épargne-santé, au lieu de repousser les échéances de remboursement de la dette, comme cela est encore proposé aujourd'hui.

Cette esquisse de politique de la santé et de retour à l'équilibre est centrée sur la reconnaissance de l'action de santé publique comme facteur déterminant d'amélioration de l'état de santé de la population, en amont des soins, la définition du domaine d'intervention de la solidarité nationale, dans le cadre d'un service universel, le renforcement du rôle des caisses d'assurance maladie pour gérer les ressources relevant de la solidarité nationale, l'appel à la responsabilité de l'utilisateur, avec une indispensable contrainte financière, la solidarité fiscale pour la couverture des soins courants, pour des stratégies de soins conformes aux orientations de la politique publique, l'exercice effectif de l'activité de gestion du risque par les caisses, dans le respect des règles préservant le secret médical, et prévoit également des incitations à la constitution d'une épargne longue pour permettre le financement de la croissance des dépenses, à moyen terme.

L'esquisse présentée respecte trois principes simples : une solidarité conservée, la responsabilisation des usagers et des choix démocratiques éclairés²⁹. Les mesures de rationalisation associées sont évidemment les bienvenues d'autant plus qu'elles prennent, dans une nouvelle architecture ouverte à plus de concurrence, un degré de réalisme sensiblement plus élevé.

29. Les Français payent directement à peine plus pour se soigner que pour les cigarettes et le tabac ! C'est d'ailleurs cette dépense directe minimale qui laisse perdurer l'expression de santé gratuite particulièrement malencontreuse puisque la dépense de santé globale réelle est importante et croissante. Au total, les consommateurs ne sont pas directement responsabilisés et induits en erreur, donc incapables d'exercer des choix démocratiques.

3. Moins d'État, mieux d'État

Les acteurs politiques ont bien conscience d'une double difficulté pour amorcer une réforme de structure : il est difficile de faire payer directement ce qui, depuis longtemps, était financé indirectement. Il est également difficile d'ouvrir un débat démocratique sur des choix qui étaient effectués de façon opaque et selon des processus technocratiques complexes. Ce qui explique en grande partie la politique suivie depuis plus de cinquante ans consistant à conserver en l'alourdissant une structure inchangée.

L'impératif d'une régulation souple et compétitive est certainement compatible avec le financement sur ressources publiques d'un panier de soins de haute qualité offert en permanence aux patients et assuré, dans la logique de notre culture, avec des ressources garantissant, d'une manière programmée à moyen terme, l'exercice effectif de la solidarité.

Le choix de l'excellence en matière d'innovation et de compétitivité suppose que les caisses d'assurance-santé aient le maximum de souplesse dans la mise en œuvre de la réponse à la demande : la régulation doit porter sur le contrôle du coût global et celui de la qualité de l'offre et non pas sur une réglementation détaillée de la dépense. La méthode actuelle laisse de côté tout un pan de la dépense, et ne fait que pénaliser l'innovation de procédés comme de produits. L'objectif premier d'un système de soins, moderne et nécessairement diversifié, est que la qualité des soins soit assurée pour chacun, à un coût acceptable par la collectivité. La satisfaction de cet objectif passe par la promotion des établissements et techniques de soins les plus performants ; elle doit éviter la définition trop détaillée, uniformisante et fatalement sclérosante des règles administratives ; elle doit inciter aux synergies et économies d'échelle.

Les économistes ne peuvent pas avoir une réponse unique sur l'organisation du système de santé et de nombreuses formules sont possibles : De même l'articulation institutionnelle de la régulation peut être l'objet d'un débat : une seule agence de régulation, totalement ou partiellement indépendante de l'exécutif, ou plusieurs, selon les différents niveaux, une pour la définition du panier de soins, une pour la régulation de l'activité des caisses, une pour apprécier la conformité de la qualité effective des offreurs aux normes des cahiers des charges... Les comparaisons internationales ou tirées d'autres secteurs publics donnent des références utiles mais ne permettent pas aujourd'hui de trancher nettement en faveur d'une formule institutionnelle déterminée. Il appartient au compromis politique de définir l'architecture chargée de piloter le système.

Une évidence s'impose cependant à l'expérience et à l'analyse : tout milite pour la suppression de la tutelle détaillée gérant un rationnement de fait, et l'instauration d'une responsabilisation, à tous les niveaux, des offreurs de soins publics ou privés, libres d'organiser leur réponse en fonction de leurs avantages comparatifs et de laisser les substitutions s'opérer librement entre technologies de pointes, médicaments, dépenses de personnel et investissements immobiliers, pour atteindre la frontière d'efficacité du système de soins.

Les réticences à surmonter sont importantes : on se retrouve un peu, face à des règles et des libertés nouvelles encore à créer, dans la situation dans laquelle on s'est trouvé au moment de la suppression du contrôle des prix : celle-ci, dans un contexte économique très différent de celui de sa mise en place au lendemain de la seconde guerre mondiale, n'a pas entraîné de surcroît d'inflation, au contraire, malgré les oppositions de ceux dont il représentait la légitimité administrative. Il est nécessaire d'avancer le plus rapidement possible et de réaliser des expérimentations diversifiées d'organisation du système de soins, de procéder par évaluation et diffusion des meilleures pratiques ; cette méthode est peut-être plus pertinente que la recherche d'une impossible révolution institutionnelle d'ensemble, aléatoire dans notre pays, et

qui finit toujours par n'avoir rajouté qu'une strate supplémentaire de réglementations et de contraintes.

Le mode de la régulation du système de soin de la santé à la française doit vaincre son « aversion pour l'innovation » et viser la compétitivité économique. La régulation doit tenir compte des évolutions techniques et économiques possibles ou prévisibles, les encourager plutôt que les freiner. On voit donc que, dans une optique prospective, la régulation du secteur de la santé doit se centrer sur l'anticipation des évolutions futures, au lieu de se laisser enfermer dans des idées du passé. Cela implique des institutions de régulation modernes probablement très différentes des institutions de l'après guerre que l'on ne finit pas de rapiécer, une grande souplesse annuelle dans la mise en œuvre de la régulation, et surtout une véritable vision stratégique à long terme.

FAUSSES PISTES ET TECHNIQUES BIEN CONNUES EN ASSURANCE

Patrick Artus

*Directeur de la Recherche et des Études
CDC IXIS*

Le rationnement de la dépense de santé ou le report vers les régimes complémentaires nous paraissent être soit des pistes inefficaces et réductrices, soit de purs habillages sans portée économique réelle. Mais une fois abandonnées ces deux pistes, il deviendra nécessaire de définir d'abord la frontière entre la dépense de santé mutualisée et la dépense non mutualisée et d'introduire ensuite dans la gestion de la dépense mutualisée des techniques connues en assurance.

Deux mauvaises pistes

Il faut sortir de la logique de rationnement de la dépense de santé qui a prévalu dans le passé. Les dépenses de santé ont des composantes de technologie, de Recherche-Développement (**tableau 1**), de capital humain très importantes et les pays sont précisément à la recherche de tels postes de demande, en croissance rapide et correspondant à des biens et services sophistiqués. Avec le vieillissement (**graphique 1**), le potentiel de création d'emplois qualifiés dans le domaine de la santé est considérable, si la logique de rationnement est abandonnée. Il apparaît déjà malgré cette logique (**graphique 2**).

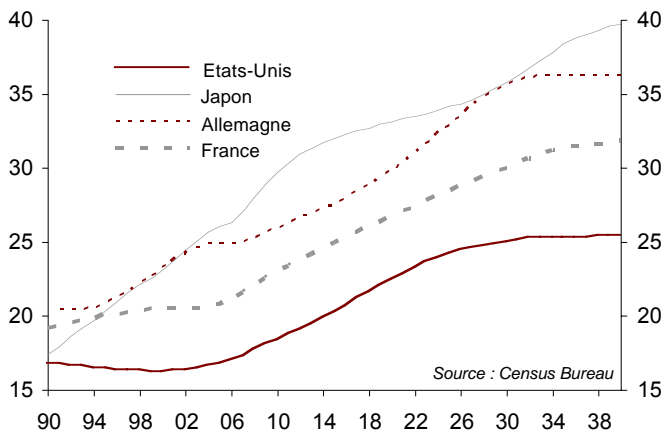
Tableau 1

Dépenses de R&D des laboratoires pharmaceutiques 2000-2004 (en %)

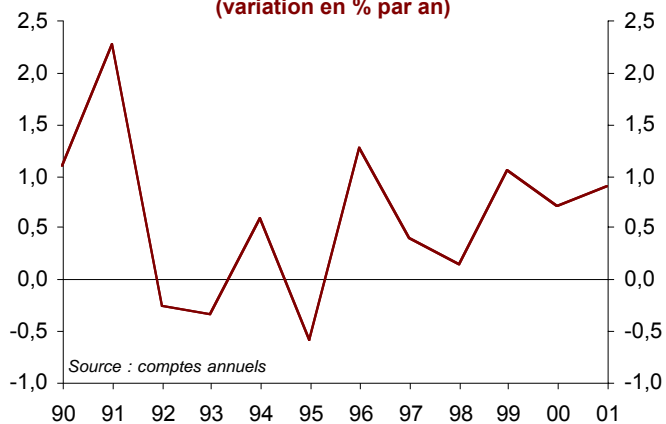
Société	Ratio coûts de R & D 2000/CA 2000	Ratio coûts de R & D 2001/CA 2001	Ratio coûts de R & D 2002/CA 2002	Ratio coûts de R & D 2003/CA 2003	Ratio coûts de R & D 2004/CA 2004
Astra	16,6	16,6	17,2	18,3	18,3
Zeneca					
Aventis	15,6	15,2	16,6	17,6	17,3
Sanofi	15,8	15,9	16,4	16,4	16,7
Synthélabo					
Novartis	13,6	13,3	13,6	15,1	15,8
Novo	16,3	16,7	15,8	15,3	15,8
Nordisk					
Roche	14,2	13,3	15,9	16,1	16,1
GSK	13,9	12,5	12,9	12,9	13,9
Moyenne	15,1	14,8	15,5	16,0	16,3

Source : CDC IXIS Securities

Graphique 1
Population > à 60ans (en % du total)

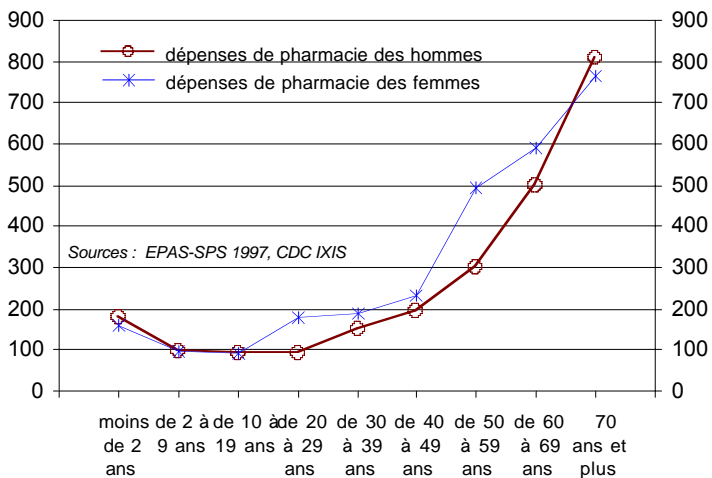


Graphique 2
France : emploi dans le secteur de la santé
(variation en % par an)

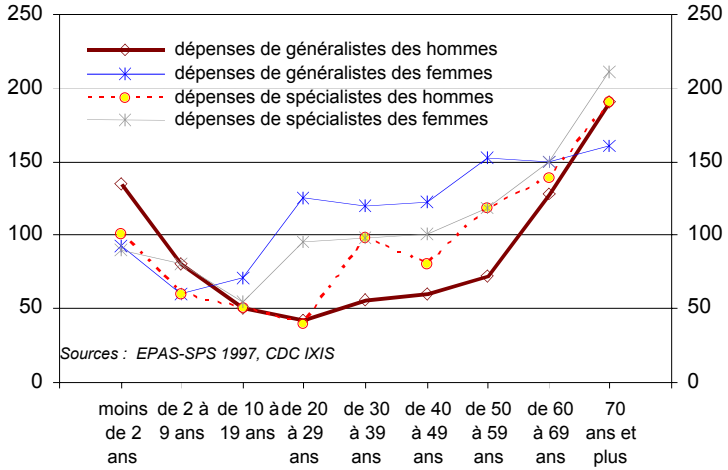


Les **graphiques 3a et 3b** montrent sans ambiguïté, dans le cas de la France, que les dépenses de santé (médicaments, médecins, hôpital...) croissent avec l'âge, donc vont être fortement accrues par le vieillissement.

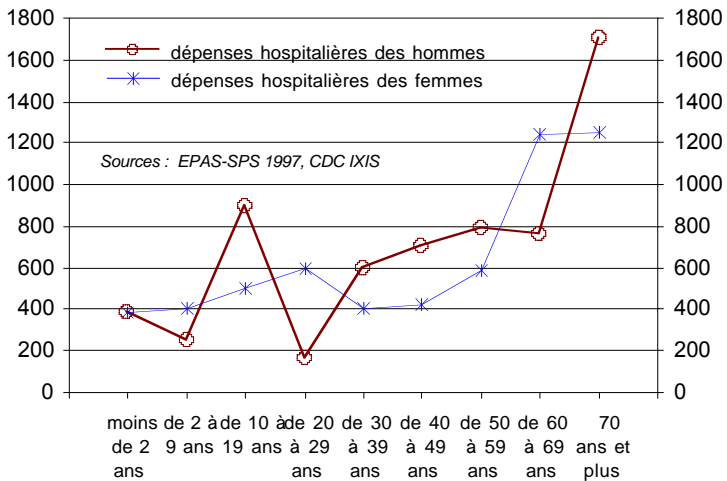
Graphique 3a
Dépenses de pharmacie par sexe et âge (en Euros)



Graphique 3b
Dépenses de médecins généralistes par sexe
et âge



Graphique 3c
Dépenses des soins par sexe et âge (en Euros)



La croissance des dépenses de santé, déjà plus rapide que celle du Produit Intérieur Brut dans tous les pays (**tableaux 2a et 2b**) va donc certainement accélérer dans le futur, si elle n'est pas rationnée.

Tableau 2a
Dépenses de santé

	Croissance en volume		Dépenses de santé, % PIB		
	Santé	PIB	1980-1990	1995-2000	2001
France	2,5	1,5	nd-8,6	9,3	9,5
Allemagne	2,0	1,2	8,7-8,5	10,6	10,7
Italie	1,9	1,4	nd-8,0	8,2	8,4
Japon	3,8	1,1	6,4-5,9	7,6	8,4
Espagne	3,4	2,3	5,4-6,7	7,5	7,5
Royaume-Uni	4,2	2,0	5,5-6,0	7,3	7,6
États-Unis	3,2	1,7	8,0-11,9	13,1	13,9

Source : OCDE

Tableau 2b
Croissance des dépenses totales de santé par rapport à la croissance du PIB, 1989 à 2001

	Taux de croissance annuel en termes réels 1989-1999		Taux de croissance annuel en termes réels 1999-2001		Dépenses par habitant en termes réels en 2001 (1989 = 100)
	PIB	Dépenses totales de santé	PIB	Dépenses totales de santé	
Allemagne	1,0	2,1	1,6	2,0	133
Belgique	1,8	3,3	1,9	4,5	151
Canada	1,3	1,9	2,0	5,0	134
Corée	5,1	6,7	5,3	14,7	220
Espagne	2,4	4,2	2,6	2,7	159
États-Unis	1,8	3,3	1,0	4,4	150
Finlande	1,1	0,7	2,8	3,1	114
France	1,3	2,2	2,3	3,7	131
Grèce	1,5	4,3	2,1	0,7	155
Italie	1,3	1,5	2,3	5,8	130
Japon	1,3	3,5	1,4	5,0	148
Norvège	3,0	4,2	1,3	-0,3	150

Pays-Bas	2,3	3,2	1,5	2,9	146
Portugal	2,6	6,2	2,0	4,8	200
Royaume-Uni	1,8	3,8	2,2	4,9	160
Suède	1,2	1,5	2,5	4,2	126

Sources : Eco santé, OCDE, 2003

Plaçons-nous donc dans le cas d'une croissance rapide des dépenses de santé (elle a été comprise entre 6 et 8 % par an dans les dernières années en France).

Nous pensons ensuite que le report du financement des dépenses vers les régimes complémentaires (mutuelles, assurances privées) pour éviter la hausse des prélèvements obligatoires n'est qu'un habillage. Évidemment, stabiliser la contribution de la Sécurité Sociale publique dans le remboursement des dépenses de santé et accroître le rôle des régimes complémentaires (ce que certains appellent la « privatisation » de la protection maladie) réduit comptablement le taux de prélèvements obligatoires publics. Mais il s'agit simplement de jouer sur les mots et les définitions : si les ménages doivent cotiser à des mutuelles ou à des assurances privées, il s'agit de prélèvements obligatoires privés, mais qui ont exactement le même effet sur le revenu, la consommation... que les prélèvements publics.

Il serait donc ridicule de choisir de transférer une partie de la protection maladie du secteur public au secteur mutualiste ou au secteur privé pour de simples raisons d'affichage comptable. Par contre, une analyse de l'efficacité relative en termes de coût, de supervision des médecins et des hôpitaux, d'incitation à réduire les dépenses inutiles serait très utile. Il ne semble pas, par exemple, qu'aux États-Unis les assurances privées aient réussi à éviter la dérive des coûts et la baisse de qualité du service.

Le **tableau 3** montre que les dépenses de santé par tête sont beaucoup plus élevées aux États-Unis que dans les autres pays. Pourtant, la perception de la qualité des soins aux États-Unis est semblable à celle observée dans les autres pays (**tableau 4** : 32 % la trouvent moyenne ou mauvaise contre 40 % en Allemagne). Les

indicateurs objectifs de qualité du système de santé (**tableau 5**) sont plutôt défavorables aux États-Unis, par rapport à la France ou à l'Allemagne.

Tableau 3
Dépenses de santé par tête, \$ PPA, 2001

États-Unis	4887
Royaume-Uni	1992
France	2561
Allemagne	2908
Italie	2212
Espagne	1600
Japon	1984

Tableau 4
Perception de la santé (%)

	Excellent	Très bonne	Moyenne	Mauvaise	Moyenne + mauvaise
États-Unis	40	28	22	10	32
Royaume-Uni	28	37	30	5	35
France	24	43	25	8	33
Allemagne	16	50	27	7	34
Italie	16	44	36	4	40
Espagne	21	46	25	8	33

Tableau 5
Indicateurs de performance du système de santé

	France	Allemagne	Italie	Espagne	Royaume-Uni	États-Unis
Lits d'hôpitaux (pour	8,2	9,1	4,9	4,1	4,1	3,6

1000habitants)						
Espérance de vie à la naissance	78,9	77,7	78,4	78,3	77,5	78,0
Mortalité infantile (pour 1000 naissances)	4,4	4,3	5,2	4,3	5,4	6,7
Mortalité avant 5 ans (pour 1000)	5,9	6,0	6,9	5,8	7,0	8,7
Médecins (pour 1000 habitants)	3,0	3,6	6,0	3,3	1,8	2,8

Source : Banque Mondiale

L'abandon de ces deux fausses pistes conduit donc :

- à ne pas rationner la dépense de santé, même avec le vieillissement ;
- à ne pas chercher le salut dans un transfert factice secteur public/assurances complémentaires.

Il n'est pas question de renoncer à la rationalisation, à la recherche d'économie d'échelles, à la suppression des dépenses inutiles. Elles pourront réduire les dépenses de santé mais non éviter ultérieurement leur croissance rapide. Puisqu'il n'est pas possible que l'État fournisse un bien public gratuit en quantité progressant beaucoup plus vite que le PIB, il faut donc réfléchir à la manière de partager la dépense de santé entre bien privé et bien public.

Un problème d'assurance

La seconde idée fautive, ou biaisée, consiste à assimiler la hausse des cotisations d'assurance maladie à une hausse ordinaire des prélèvements obligatoires. On est en présence en effet d'un mécanisme très particulier : les dépenses augmentant, plus vite que le Produit Intérieur Brut, les taux de cotisations augmentent. Mais il s'agit pour les ménages d'un transfert à somme nulle : ils sont d'une part remboursés de leurs dépenses de santé, d'autre part ils paient

des cotisations sociales supplémentaires d'un montant équivalent. Ceci exclut implicitement la hausse des cotisations des employeurs. Si on se place au plan macroéconomique, on ne peut donc pas parler d'une hausse de la pression fiscale, puisqu'il y a seulement annulation d'un transfert. Cette annulation revient en fait à ce que les ménages doivent faire des choix à l'intérieur de leur consommation ; s'ils veulent dépenser davantage de santé, ils devront réduire d'autres postes de consommation puisque leur revenu global est inchangé. Sans la hausse des cotisations, ils auraient la possibilité d'accroître leurs dépenses de santé sans toucher aux autres composantes de la consommation, ce qui est illogique puisque de plus en plus, et avec le vieillissement, la consommation de santé est un choix substituable à d'autres formes de consommation.

Au niveau microéconomique, on est donc confrontés à une situation d'assurance traditionnelle, si les cotisations financent les dépenses ; les cotisations sont payées par tous, au profit de ceux pour qui le risque de maladie se réalise, ce qui pose les problèmes usuels d'économie de l'assurance sur lesquels nous allons revenir. Notons, pour finir ce point, que le fait que les cotisations soient liées au revenu fait partie de la politique de redistribution, sans grand lien avec les problèmes de santé.

Puisque, si les cotisations varient avec les dépenses de santé, on se trouve en présence d'un pur marché d'assurance, il s'y pose le problème habituel d'aléa de moralité : il y a une incitation à dépenser trop au niveau individuel puisque le financement est collectif. Il ne s'agit pas de renoncer aux méthodes usuelles de supervision des dépenses (examen des prescriptions, détection des abus de consommation...) mais peut-être de songer aux techniques usuelles en assurance, comme les clauses de bonus-malus ou de maintien d'une partie du risque à la charge de l'assuré.

En exceptant bien sûr ceux qui souffrent de maladies longues ou coûteuses, on pourrait, comme en assurance dommage, moduler les cotisations en fonction de niveau de la consommation individuelle de santé, ce qui inciterait à la retenue dans cette consommation et

obligerait à définir précisément le champ de la vraie solidarité (pathologies graves, coûteuses...).

L'autre problème microéconomique qui se pose est lié à l'attitude des assureurs privés ; ils seraient certainement tentés de sélectionner les populations, de n'accepter d'assurer que celles qui présentent, statistiquement (en fonction de leurs antécédents personnels ou familiaux, de leur profession, de leur âge...) les risques les plus faibles. L'absence de sélection des risques pourrait être une condition à l'ouverture aux assureurs du marché de la couverture maladie.

Deux solutions nous paraissent donc erronées ou trompeuses : rationner la consommation de santé, ce qui fait perdre sa contribution à la croissance et à la technologie ; accroître le rôle du secteur mutualiste et des assurances, seulement pour réduire comptablement les prélèvements obligatoires publics. Il n'est pas sûr d'ailleurs que les cotisations à l'assurance maladie doivent vraiment avoir le statut de prélèvements obligatoires.

Il nous semble que le plus important est de définir le champ pathologique de la solidarité, celui des dépenses antérieurement prises en charge sans limite par le secteur public, de mettre en place des incitations inspirées du domaine de l'assurance visant à ce que les comportements individuels de consommation de santé changent et d'éviter que les intervenants privés ne sélectionnent les risques.

LES ENJEUX INDUSTRIELS DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE³⁰

Michel Didier

Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers,

Le système d'assurance maladie peut s'analyser comme un ensemble de règles et d'incitations qui influencent le comportement des acteurs et déterminent la « demande » et l'offre de soins et l'équilibre financier de l'ensemble. L'industrie nationale du médicament (c'est-à-dire l'ensemble des établissements implantés sur notre territoire – quelle que soit la nationalité de la maison mère – qui conçoivent et fabriquent des médicaments) représente une production de 20 milliards d'euros et une valeur ajoutée d'environ 10 milliards d'euros, soit un peu plus de 1 % du PIB français. Sa part dans l'économie nationale tend à s'accroître. La dépense totale de médicaments par l'ensemble des Français (qui comprend non seulement les coûts de production mais aussi les frais de distribution) est de l'ordre de 30 milliards d'euros, soit 20 % de la consommation totale de services de santé. L'industrie du médicament est l'un des fournisseurs importants du système de santé français qui représente environ la moitié de son chiffre d'affaires, l'autre moitié étant exportée dans le monde. Inversement notre système de santé se fournit pour un peu moins de la moitié en important des médicaments produits à l'étranger. Le bilan est positif pour l'industrie implantée sur notre territoire puisque nos exportations dépassent nos importations d'environ 3 milliards et demi d'euros, soit l'équivalent de 10 à 15 000 emplois.

30. Cette contribution reprend certains éléments de l'étude de Rexecode pour le LEEM « Les enjeux de l'industrie du médicament pour l'économie française », mai 2004.

L'industrie du médicament est une industrie privée et concurrentielle. Cependant, compte tenu de son implication dans le système de santé, le marché du médicament est fortement régulé. L'intervention des pouvoirs publics se manifeste à plusieurs niveaux. Au niveau de la recherche et du développement par la fixation des règles et des contrôles concernant la méthodologie et l'éthique des études cliniques. Au niveau de la mise sur le marché par le biais des autorisations de mise sur le marché dont la procédure dure plusieurs mois, voire plusieurs années. Au cours de la vie des produits, par une surveillance des résultats du médicament.

Au total, il existe un ensemble de réglementations publiques qui influencent très fortement l'activité et concernent toute la filière. La situation diffère selon les États, mais on retrouve en général une intervention administrative au niveau de la fixation des prix, des volumes et des remboursements par la couverture sociale, au niveau de la production dans les méthodes de fabrication qui doivent respecter des normes strictes, au niveau de la publicité souvent sévèrement contrôlée que ce soit à priori ou à posteriori.

L'analyse de la demande s'avère complexe en raison de la multiplicité des acteurs concernés. Les patients « consomment » des médicaments mais ils ne déterminent pas eux-mêmes la demande au sens traditionnel du terme.

Le rôle du prescripteur est essentiel : c'est lui « l'acheteur » réel, qui définit les choix et détermine les quantités. En revanche à la différence d'un marché classique, il n'est pas le payeur et il est donc peu sensible aux conséquences économiques de ses décisions, qu'il motive essentiellement par des impératifs d'efficacité thérapeutique. Une certaine responsabilisation à ce niveau peut néanmoins intervenir, soit indirectement par une prise en compte de l'intérêt financier du patient (s'il est significatif), soit plus directement par la mise en place d'un contrôle plus ou moins direct des prescriptions comme cela se passe aux États-Unis ou en Allemagne. Les pharmaciens jouent aussi un rôle déterminant. Depuis que le droit de substitution leur a été accordé, le mode de calcul de leur marge les incite à délivrer plutôt des génériques. Au total, l'intervention du

prescripteur et de la couverture sociale explique une très faible élasticité de la « demande » par rapport aux prix.

Un tel système n'a aucune tendance à la régulation spontanée et oblige donc à une intervention des pouvoirs publics. De fait, les freins sont de nature différente selon les pays : contrôle du coût des prescriptions et responsabilisation économique des prescripteurs, intervention directe sur les prix, voire capacité financière des patients (par l'introduction de tickets modérateurs). Le plus souvent, le rôle des pouvoirs publics consiste en la fixation du prix des médicaments et des modalités de prise en charge par les systèmes d'assurance maladie. D'autres pays ont adopté des systèmes formellement différents, mais d'inspiration voisine (Grande-Bretagne par exemple), tandis que d'autres comme les États-Unis laissent une très grande liberté de manœuvre aux entreprises et aux gestionnaires de soin. La France a tenté dans le passé d'ajouter au contrôle des prix une forme de contrôle des quantités avec l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), avec peu de succès au demeurant.

Notre propos n'est pas d'apprécier ici les mérites respectifs des mécanismes nationaux de régulation du marché. On peut néanmoins observer que les deux systèmes, américain et français, conduisent à un niveau élevé de consommation mais que le système américain semble s'accompagner d'un niveau d'innovation plus élevé et que le système français additionne des contraintes sans obtenir le résultat espéré en terme de dépense globale de médicaments. C'est un fait connu, mais peut-être un peu exagéré, que la consommation de médicaments est particulièrement forte en France. Selon les statistiques réunies par l'OCDE, la consommation de médicament par Français serait proche de 500 euros. Il s'agit d'une moyenne car cette consommation est très inégale selon les moments de la vie (donc selon les Français à un moment donné), l'essentiel s'effectuant dans les derniers moments de la vie. Ce chiffre est proche de celui des États-Unis (un peu plus élevé) et de ceux de l'Italie, de l'Allemagne, et du Canada (un peu moins élevé). Il est vrai que des pays comme la République tchèque, la Grèce ou même des pays à niveau de vie élevé comme les Pays-Bas où le Danemark sont proches de la moitié de notre niveau de consommation, ce qui paraît

surprenant et mériterait d'être élucidé (quelle est la part de la réalité et celle de différences statistiques ?). Il est vrai aussi que la tendance française est à la surprescription de boîtes de pilules dont certaines s'accumulent dans les armoires à pharmacie. Le gaspillage doit être éliminé par des incitations appropriées, mais une très large partie de la consommation (surtout en valeur) correspond à des traitements indispensables comme ceux du diabète, du cancer, du sida, etc. Il faut donc se garder de surestimer les économies réelles qui sont raisonnablement possibles.

L'urgence du retour de l'assurance maladie à l'équilibre doit aussi intégrer les autres enjeux liés au médicament. Le médicament reste un vecteur clé du progrès sanitaire. En outre, une industrie du médicament innovatrice et compétitive est un atout non seulement pour l'emploi et la croissance économique globale, mais aussi pour la qualité du système de soins. Il est donc important de prendre en compte l'ensemble de ces données dans la réforme du système de régulation de l'assurance maladie. Le médicament peut certes être perçu comme une dépense, c'est-à-dire comme un coût, mais il convient de rappeler qu'il constitue d'abord un facteur de progrès, c'est-à-dire un bénéfice pour la santé publique. L'approche financière met l'accent sur la dépense et du point de vue de la dépense, la France peut apparaître en position défavorable. Si le haut niveau de consommation de médicaments s'explique en partie par des gaspillages, il convient de les corriger. Mais le haut niveau de consommation de médicaments correspond aussi et surtout à une couverture très large du risque maladie qui constitue un élément du bien être collectif.

La réflexion actuelle privilégie trop souvent la description du passé sans s'inscrire suffisamment dans une vision prospective. On notera par exemple que le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie ne fait pratiquement pas mention de la situation nouvelle créée par le courant d'innovation des biotechnologies. Or le développement des biotechnologies entraîne de nombreuses conséquences majeures. La première est la nécessité d'une recherche à un niveau suffisant capable de réagir à l'avance prise par les États-Unis. L'arrivée de médicaments de haute technologie

incitera à l'émergence de centres d'excellence en matière de soins, éventuellement spécialisés sur certaines affections. Ces centres d'excellence dessineront à terme une nouvelle carte européenne des soins. Or il existe un lien entre centres de recherche pour le médicament et accès aux soins par le biais de la formation des praticiens et de l'éducation des patients dans l'usage du médicament.

On soulignera enfin que l'industrie du médicament est et restera une industrie largement régulée par les pouvoirs publics. La forme de cette régulation est essentielle pour le maintien d'un courant de recherche, d'innovation, de production et d'emploi sur notre territoire. Cela est encore plus vrai dans les pays où le marché domestique du médicament est de taille importante comme les États-Unis, l'Allemagne ou la France. Personne ne gagnerait à une régulation déséquilibrée qui se traduirait par un recul de notre industrie du médicament, pas même les patients bénéficiaires de notre système de santé.

La politique économique est ici confrontée à plusieurs objectifs sociaux aussi légitimes les uns que les autres : un objectif d'équilibre des comptes sociaux et de limitation des prélèvements collectifs, un objectif de haut niveau de soins et d'innovation dans le domaine du médicament, enfin un objectif de développement de l'emploi sur notre territoire. À l'inverse de « petits » pays comme la Suisse ou l'Irlande, qui peuvent définir une stratégie spécifique d'attractivité pour leur industrie, en France ces objectifs doivent être conciliés autant qu'il est possible. Il faut pour cela un mode de régulation de l'industrie du médicament et plus généralement du système de santé, dont l'industrie du médicament constitue l'un des rouages, qui soit efficace, préserve l'innovation et renforce la compétitivité de l'offre française de médicament. C'est à l'État qu'il incombe d'assurer cette cohérence d'objectifs dans le souci de l'intérêt général.

Les années 90 ont été les années des nouvelles technologies de l'information et des télécommunications, avec les excès que l'on connaît mais aussi une accélération des gains de productivité et une nouvelle croissance. Les années 2000 seront-elles celles des

biotechnologies et d'une nouvelle génération de médicaments « sur mesure » adaptés au cas de chaque malade ?

Les technologies de l'information et des communications jouent un rôle particulier car elles génèrent des gains de productivité dans beaucoup de secteurs clients. Il s'avère que les choses sont différentes pour le médicament. L'industrie du médicament est une industrie où l'innovation et le progrès technique jouent un rôle crucial, mais qui est principalement tournée vers la consommation finale. On ne peut donc pas en attendre beaucoup d'effets de diffusion sur les gains de productivité aval analogue à ceux des NTIC. Sa spécificité est ailleurs. Elle tient au fait que la demande mondiale de médicaments augmente à un rythme très élevé. Cette demande augmente deux fois plus vite que le PIB mondial et le PIB mondial deux fois plus vite que le PIB français. Le marché mondial du médicament augmente ainsi quatre fois plus vite que notre PIB et toutes les analyses montrent que ces tendances vont se maintenir dans les décennies à venir en raison du vieillissement de la population, de l'arrivée à la prospérité du continent asiatique et des nouvelles avancées thérapeutiques. Notre industrie du médicament constitue donc une formidable opportunité de développement pour l'emploi. Cependant cette industrie est aujourd'hui confrontée à deux défis majeurs susceptibles de remettre en cause l'attractivité de notre territoire pour la production du médicament.

Le premier défi est un changement profond du modèle économique de l'innovation pharmaceutique avec le rôle croissant des biotechnologies qui entraîne un risque de concentration des centres de recherche mondiaux et pose la question de la place de la France dans la redistribution des pôles d'innovation qui s'opère dans le monde. Le second défi concerne le maintien à l'avenir des centres de production de médicament sur notre territoire, problématique qui renvoie à la question classique des coûts de production et de façon plus générale, à celle de l'environnement institutionnel de la compétitivité.

L'industrie du médicament est caractérisée par un long processus de production (plus de vingt ans entre la recherche de

nouvelles molécules et leur mise sur le marché), par une nouvelle vague de progrès technique liée à l'usage des biotechnologies, par une mondialisation de plus en plus poussée, enfin par une forte implication des pouvoirs publics.

La chaîne du médicament comporte plusieurs maillons différents: la découverte, le développement, la production du principe actif, la production finale (et le conditionnement), et la commercialisation.

En se référant à ce schéma, on peut avancer deux idées. D'une part, il paraît probable que les groupes mondialisés développeront chacun de ces segments dans les territoires où les conditions seront les plus avantageuses pour eux. Cela veut dire que chaque maillon peut être conduits à se délocaliser là où les conditions sont les meilleures pour lui (par exemple aux États-Unis pour la recherche, en Inde pour la fabrication finale). D'autre part, les premiers maillons (recherche et développement) relèvent plutôt d'avantages concurrentiels par l'innovation et la différenciation par rapport aux concurrents, les derniers maillons (production finale et conditionnement) sont plutôt sensibles aux avantages concurrentiels par les coûts (fiscalité, coût du travail, etc).

Ce schéma simple permet d'orienter la politique économique en fonction des objectifs recherchés. À l'étape de la recherche des molécules, la qualité du maillage d'expertises et de compétences est primordiale, ce qui suppose un niveau élevé et une proximité de la recherche publique. Dans la phase de développement et de la réalisation des essais cliniques les paramètres d'attractivité sont la rapidité, la facilité et le coût des expérimentations cliniques, cela suppose que les structures hospitalières soient sensibles et ouvertes à ces essais et incitées à les mener. Dans la phase de production de principe actif, la fabrication demande d'importants investissements et exigent une main d'œuvre et des infrastructures de qualité. Il s'agit là d'un maillon fortement créateur de valeur et de bénéfices, et la localisation dépend assez largement de l'imposition des bénéfices. L'émergence de l'Irlande dans l'industrie du médicament en moins de dix ans tient ainsi notamment à une faible imposition des bénéfices.

Pour la production finale (galénique) et le conditionnement des médicaments, qui sont des activités intensives en main d'œuvre, les coûts de la main d'oeuvre sont largement déterminants. La délocalisation peut concerner les usines pharmaceutiques vers les pays du Maghreb ou d'Asie. Le fait que 10 %, puis 20 % du chiffre d'affaires vont passer en générique dans les années à venir accentuera fortement la tendance à ce type de délocalisation.

Notre position dans l'industrie du médicament est traditionnellement bonne, mais elle a reculé. Sur les quinze dernières années, il y a eu des gagnants et il y a eu des perdants dans la répartition du marché mondial. La France a perdu environ 2 points du marché mondial du médicament au cours des quinze dernières années, l'Allemagne et le Japon un peu plus. L'Irlande et la Suisse en ont gagné chacune autant. Les États-Unis en ont gagné 5. Ces chiffres illustrent le double niveau de la compétition et donc la nature des efforts à faire pour continuer à bénéficier du fort développement de la demande mondiale de médicament.

La France doit surveiller les facteurs de coûts, (fiscalité, charges sociales), aujourd'hui parmi les plus élevés du monde. Sans même aller jusqu'à l'Asie, des pays comme la Hongrie ou la République tchèque ont des coûts de main-d'œuvre plus de sept fois inférieurs à la France et disposent aussi d'une main-d'œuvre qualifiée.

La France doit surveiller sa fiscalité sur les entreprises, aujourd'hui parmi les plus élevées. En France, le taux de l'imposition sur les sociétés est de près de cinq points supérieur à la moyenne européenne. Les pays anglo-saxons, comme la Grande-Bretagne et surtout l'Irlande, ou bien la Suisse sont de redoutables concurrents pour la localisation des usines où l'on fabrique les principes actifs.

La France doit renforcer sa recherche (cela s'adresse à l'État mais aussi aux entreprises). Enfin la France doit veiller à une régulation d'ensemble système de soin-médicament équilibrée. Au moment où les pouvoirs publics se préoccupent à juste titre de l'avenir de notre système d'assurance maladie et de son équilibre,

quelques idées essentielles peuvent être utilement versées au dossier.

Il est bien sûr essentiel que les comptes sociaux soient rééquilibrés et tout gaspillage doit être éliminé. Ceci étant posé, d'autres impératifs existent, au demeurant non contradictoires avec l'objectif financier, au contraire.

L'industrie du médicament est et restera une industrie largement régulée par les pouvoirs publics. C'est vrai dans tous les pays mais c'est particulièrement vrai dans les grands pays dont le marché domestique est important. C'est le cas de la France. Personne ne gagnerait à une régulation déséquilibrée qui se traduirait par un recul de notre industrie du médicament, pas même les patients bénéficiaires de notre système de santé.

Cela veut dire une cohérence de la politique économique entre plusieurs objectifs sociaux aussi légitimes les uns que les autres : Un objectif d'équilibre des comptes sociaux et de limitation des prélèvements collectifs, un objectif de haut niveau de soins et d'innovation dans le domaine du médicament, enfin un objectif de développement de l'emploi sur notre territoire. Il convient d'assurer cette cohérence d'objectifs dans le souci de l'intérêt général. Le meilleur moyen d'éviter un conflit entre les objectifs est la compétitivité industrielle. Une industrie du médicament compétitive (c'est-à-dire innovatrice et qui fasse jouer les économies d'échelle sur le marché mondial pour diminuer les coûts) est le meilleur moyen de concilier des prix de revient limité et un niveau d'emploi élevé sur notre territoire.

DÉPENSES DE SANTÉ DANS QUELQUES PAYS INDUSTRIELS

Christian Saint-Étienne

*Professeur aux Universités de Tours et de Paris-Dauphine
Président de l'Institut France Stratégie*

Les dépenses de santé augmentent plus vite que le produit intérieur brut (PIB) dans la plupart des pays de l'OCDE. En 2000 et 2001, les dépenses de santé ont augmenté de 4 % par an, en termes réels, en moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE, à comparer à une croissance du PIB réel de 2,3 % par an. **Les dépenses de santé, en pourcentage du PIB, ont atteint 8,4 % en moyenne dans l'OCDE, en 2001**, contre 7,3 % en 1990 et à peine au-dessus de 5 % en 1970.

La proportion du PIB dépensée pour la santé a atteint 13,9 % en 2001 aux États-Unis, contre 11,9 % en 1990 et 6,9 % en 1970. Par ordre décroissant derrière les États-Unis, en 2001, on trouve la Suisse (10,9 %), l'Allemagne (10,7 %), le Canada (9,7 %) et la France (9,5 %).

Tableau 1
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB

	1970	1990	2000	2001
France	NA	8,6	9,3	9,5
Allemagne	6,2	8,5	10,6	10,7
Italie	NA	8,0	8,2	8,4
Royaume-Uni	4,5	6,0	7,3	7,6
États-Unis	6,9	11,9	13,1	13,9
Japon	4,5	5,9	7,6	NA
Espagne	3,6	6,7	7,5	7,5
Pays-Bas	NA	8,0	8,6	8,9
Suède	6,7	8,2	8,4	8,7
Pologne	NA	5,3	6,0	6,3

Source : OCDE (2003)

Une analyse des dépenses de santé au sein de l'Union européenne à 15 (UE 15) montre que ces dépenses évoluaient entre 7,5 % du PIB et 9,5 % du PIB, en 2001 (voir tableau 1), sauf pour l'Allemagne (10,7 %). Si l'on considère la Pologne comme un exemple représentatif des nouveaux entrants au sein de l'Union européenne, les dépenses de santé ont atteint 6,3 % du PIB en 2001 dans ce pays.

Le tableau 2 montre que les dépenses de santé par tête, en parités de pouvoir d'achat (PPP) en dollars US, varient considérablement au sein de l'OCDE et au sein de l'Union européenne à 25 (UE 25). Elles varient de un à huit entre la Pologne et les États-Unis et de un à 4,5 entre la Pologne et l'Allemagne.

Tableau 2
Dépenses de santé par tête en PPP (US \$)

	1970	1990	2000	2001
France	NA	1509	2387	2561
Allemagne	223	1600	2780	2808
Italie	NA	1321	2060	NA
Royaume-Uni	144	977	1813	1992
États-Unis	347	2738	4540	4887
Japon	NA	NA	NA	1984
Espagne	83	813	1497	1600
Pays-Bas	NA	1333	2348	2626
Suède	270	1492	2195	2270
Pologne	NA	259	572	629

Source : OCDE (2003)

Dans la mesure où une part importante des dépenses de santé est prise en charge publiquement dans la plupart des pays de l'OCDE (sauf en Corée, au Mexique et aux États-Unis), l'augmentation des dépenses de santé touche directement les finances publiques. Même aux États-Unis, la dépense publique de santé représente 6 % du PIB, soit approximativement la moyenne de l'OCDE. Il est tout aussi intéressant de noter que la dépense publique de santé est semblable, en pourcentage du PIB, dans les principaux industriels cités dans le tableau 3, évoluant entre 6,2 % aux États-Unis et 7,2 % en France (sauf l'Allemagne qui se situe à 8 %). Cela diffère sensiblement de ce que beaucoup d'observateurs imaginent peut-être !

Afin de réconcilier les tableaux 1 et 3, il faut que la part des dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses de santé varie fortement selon les pays (voir tableau 4). La part publique des dépenses de santé est proche de 75 % dans les trois grands pays euro-continentaux de l'Union européenne, soit 7 points de pourcentage de plus qu'au Royaume-Uni et 12 points de pourcentage de moins qu'aux Pays-Bas. Mais la part publique tombe à 44 % de la

dépense de santé aux États-Unis. Cependant, dans le cas des États-Unis, la dépense publique de santé en pourcentage du PIB est proche des moyennes européennes.

Tableau 3
Dépense publique de santé en pourcentage du PIB

	1970	1990	2000	2001
France	NA	6,6	7,1	7,2
Allemagne	4,5	6,5	7,9	8,0
Italie	NA	6,4	6,0	6,3
Royaume-Uni	3,9	5,0	5,9	6,2
États-Unis	2,5	4,7	5,8	6,2
Japon	3,1	4,6	6,0	NA
Espagne	2,3	5,3	5,3	5,4
Pays-Bas	NA	5,4	5,5	5,7
Suède	5,8	7,4	7,1	7,4
Pologne	NA	4,8	4,2	4,6

Source : OCDE (2003)

Tableau 4
Dépense publique de santé en pourcentage de la dépense de santé

	1970	1990	2000	2001
France	NA	76,6	75,8	76,0
Allemagne	72,8	76,2	75,0	74,9
Italie	NA	79,3	73,4	75,3
Royaume-Uni	87,0	83,6	80,9	82,2
États-Unis	36,4	39,6	44,2	44,4
Japon	69,8	77,6	78,3	NA
Espagne	65,4	78,7	71,7	71,4
Pays-Bas	NA	67,1	63,4	63,3
Suède	86,0	89,9	85,0	85,2
Pologne	NA	91,7	70,0	71,9

Source : OCDE (2003)

Il faut insister sur ce point. Dans l'OCDE, la dépense publique représentait 72 % de la dépense de santé en 2001, le solde de 28 % étant financé par des sources privées, essentiellement des assurances privées ou les individus eux-mêmes. La part des assurances privées en pourcentage de la dépense de santé varie de 1 % en Italie à 36 % aux États-Unis (voir tableau 5).

Tableau 5
Assurance privée en pourcentage de la dépense totale de santé

	1990	2000	2001
France	11,0	12,7	12,7
Allemagne	7,2	12,6	12,6
Italie	0,6	0,9	0,9
Royaume-Uni	3,3	NA	NA
États-Unis	34,2	35,1	35,6

Source : OCDE (2003)

Le coût des technologies de santé et des nouveaux médicaments

Le développement et la diffusion de nouveaux médicaments et de technologies médicales ont largement contribué à l'augmentation des dépenses de santé. Au cours des vingt dernières années, de nouvelles technologies de diagnostic ont fait leur apparition, comme les scanners ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Avec de nouveaux médicaments très chers, les dépenses de pharmacie ont fortement augmenté dans la plupart des pays depuis 1990. Elles augmentent également en pourcentage des dépenses de santé (voir tableau 6). Il y a eu aussi des progrès dans les techniques chirurgicales, telles que les opérations de la cataracte, les prothèses de la hanche et du genou ou les opérations du cœur. Une part importante de l'écart de dépense de santé entre les États-Unis et les autres pays vient de l'utilisation de ces techniques médicales chères.

La dépense hospitalière est l'autre source principale d'augmentation de la dépense. Grâce aux progrès de la médecine ambulatoire ou de la chirurgie rapide, il y a eu une baisse simultanée du nombre de lits de soins intensifs et de la durée moyenne de séjour en hôpital (voir tableaux 7 et 8). Le nombre de lits de soins intensifs pour mille habitants a baissé de 5,7 à 4,0 en moyenne dans l'OCDE. Et la durée moyenne de séjour à l'hôpital, pour l'ensemble de l'OCDE, a baissé de 9,6 jours en 1985 à 6,9 jours en 2000. En conséquence, la part des dépenses de santé en soins intensifs a baissé en pourcentage de la dépense de santé (voir tableau 9).

Tableau 6
Dépenses de pharmacie et d'autres produits de consommation médicale
(en pourcentage de la dépense de santé)

	1990	2000	2001
France	16,9	20,4	21,0
Allemagne	14,3	13,6	14,3
Italie	21,2	22,2	22,3
Royaume-Uni	13,5	NA	NA
États-Unis	9,2	11,9	12,4

Source : OCDE (2003)

Tableau 7
Lits de soins intensifs, pour mille habitants

	1980	2000
France	6,2	4,2
Allemagne	7,7	6,4
Italie	7,9	4,3
Royaume-Uni	NA	3,9
États-Unis	4,4	2,9

Source : OCDE (2003)

Tableau 8
Durée moyenne de séjour en soins intensifs

	1985	2000
France	8,3	5,5
Allemagne	13,5	9,6
Italie	NA	7,0
Royaume-Uni	8,0	6,9
États-Unis	7,1	5,8

Source : OCDE (2003)

Tableau 9
Dépenses totales hospitalières en pourcentage des dépenses de santé

	1990	2000	2001
France	45,7	42,3	41,6
Allemagne	34,7	36,6	36,1
Italie	42,7	41,2	41,1
Royaume-Uni	NA	NA	NA
États-Unis	36,1	27,6	27,1

Source : OCDE (2003)

Réforme du système de santé en France

Le tableau 1 ne rend pas compte de l'urgence de la réforme du système de santé en France. La dépense de santé a augmenté de 10 % en 2002-2003 alors que le PIB n'a crû que de 5 % sur les deux années. En conséquence, la dépense de santé en pourcentage du PIB est passée de 9,5 % du PIB en 2001 à 10 % du PIB en 2003. Le déficit du système public de santé est passé de 2 milliards d'euros en 2001 à 11 milliards d'euros en 2003 et devait atteindre environ 14 milliards d'euros en 2004. Le gouvernement français a annoncé des

mesures à la fin de septembre 2003 d'un montant de 3 milliards d'euros pour maintenir le déficit à 11 milliards.

Chaque année, 5 % des personnes couvertes par l'assurance-maladie mobilisent 60 % des remboursements ; en moyenne, en 2000, ces remboursements s'élevaient à près de 20 000 euros par personne, soit près de trente fois plus que les autres personnes protégées. En ce qui concerne les recettes des régimes de base, elles sont fondées sur trois éléments majeurs :

- L'essentiel provient des cotisations et CSG sur les revenus d'activité. Ainsi, dans le régime général, ces recettes, totalement déplaçonnées, aboutissent à un prélèvement de 18,8 % sur le salaire brut (cotisation patronale maladie au taux de 12,8 % ; CSG affectée au financement de l'assurance maladie au taux de 5,25 % ; cotisation sociale maladie au taux de 0,75 %). De nombreux emplois à bas revenus bénéficient d'exonérations significatives des cotisations patronales (près de 20 milliards d'euros en 2003) avec – en vertu de la loi du 25 juillet 1994 – une compensation par l'État, au demeurant jugée insuffisante par certains.
- Les revenus de remplacement bénéficient de régimes favorables : le taux de prélèvement varie de 0 % à 6,7 %.
- La diversification des recettes est mise en oeuvre, puisque 8 % des recettes viennent de la soumission d'une partie des revenus du capital à la CSG et de l'affectation indirecte, via le budget de l'État, à l'assurance-maladie d'accises sur le tabac, les vins et les alcools.

À l'automne 2003, le gouvernement a mis en place un Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, présidé par Bertrand Fragonard, président de chambre à la Cour des Comptes, qui lui a remis son rapport le 22 janvier 2004. Ce document propose trois pistes d'évolution : l'amélioration du fonctionnement du système de soins, l'ajustement des conditions de prise en charge et l'action sur les recettes. Il met l'accent sur la nécessité d'« efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins ». Selon le Conseil, « l'assurance-maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls. » Le ticket modérateur devrait être

modulé selon que l'assuré fait preuve ou non d'un comportement « responsable ». Les personnes très malades (prises en charge à 100 %) et les assurés modestes ne seraient pas concernés par cette modulation. Le Conseil préconise également une « augmentation des recettes sur longue période » avec une préférence pour la CSG, dont le taux serait unifié pour les actifs et les retraités. Selon le Conseil, le déficit cumulé de l'assurance-maladie atteindrait 80 milliards d'euros dans le meilleur des cas à l'horizon 2010.

En termes d'organisation et de fonctionnement, le Haut Conseil note également : « Structurer davantage le fonctionnement du système de soins, éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse, entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et d'accréditation, c'est tout simplement mieux soigner. (...) L'impérieuse remise en ordre des comptes doit servir d'élan. Le système peut être, demain, à la fois financièrement assaini et de meilleure qualité sanitaire, dès lors qu'il aurait trouvé un financement équitable et viable sur le long terme, qu'il aurait les outils de discernement du service rendu et s'en servirait effectivement, et enfin – élément trop souvent sous-estimé – qu'il s'appuierait sur des institutions et, en leur sein, sur des responsables en mesure de rendre des comptes sur des missions claires, répondant aux priorités collectives. »

Il faut noter que les dépenses de santé augmentent en France pour les mêmes raisons que dans les autres pays de l'OCDE : vieillissement de la population, et développement et diffusion de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies médicales. Mais il y a aussi des raisons spécifiques à la France :

– La demande de soins augmente sans limite car elle est totalement solvabilisée par l'assurance-maladie. Par exemple, un patient peut voir autant de médecins qu'il le souhaite pour la même maladie. La mise en place d'un ticket modérateur d'ordre public, par exemple de 10 % sur les consultations et les médicaments, permettrait de mieux responsabiliser les malades. Mais cette mesure ne suffira pas. La réflexion doit se centrer sur la mise en place d'un système de médecin référent qui peut être tout médecin choisi par le malade, y compris un spécialiste. Le travail des médecins référents conduirait à

une rémunération spécifique. Il faut également avancer sur le dossier médical électronique partagé.

– Les médecins ont refusé jusqu’ici de participer à la gestion du système de soins ou d’inscrire leurs prescriptions dans le cadre d’une enveloppe globale de soins. Toutes les approches visant à mieux contrôler l’offre de soins ont été dénoncées comme un exercice de « maîtrise comptable des dépenses ». Toutefois, on note un petit progrès en termes de « bonnes pratiques médicales » depuis l’accord du 5 juin 2002. Après sept mois de contestation, symbolisée par la grève des gardes, les médecins généralistes libéraux obtenaient une hausse de leur tarif de consultation à 20 euros. Les généralistes s’engageaient en contrepartie à prescrire davantage de médicaments génériques, à limiter leurs visites à domicile aux seules demandes « médicalement justifiées » et à diminuer la prescription d’antibiotiques. Si des progrès sont apparus, depuis, sur ces trois points, ils restent mineurs sauf pour les visites à domicile dont la baisse a été enregistrée dans les mois qui ont suivi l’accord.

– Jusqu’à la mise en place de la prochaine réforme hospitalière, le système hospitalier était dans une logique de « budget global ». Il faut donc passer à une logique de remboursement à l’acte qui oblige tous les hôpitaux à s’aligner sur les meilleurs en termes de productivité. Il faut également se donner les moyens de concentrer les pathologies lourdes sur des plateaux hospitaliers régionaux qui deviendraient des pôles de recherche de niveau mondial.

Principes de réforme du système français

Le fondement de toute réforme du système de santé français doit être la distinction assumée entre les dépenses de santé, qui peuvent croître autant que les Français le souhaitent, et le remboursement public des dépenses qui doit dépendre du respect de critères de responsabilité et d’efficacité de la part de tous les acteurs du système. Il est en effet stupide de vouloir rationner les dépenses de santé qui correspondent à un besoin réel, qui sont une source de création d’emplois qualifiés et qui permettent l’essor de secteurs d’activité fortement créateurs de richesses. Il est tout aussi stupide de

rembourser aveuglément des dépenses qui ne répondent pas nécessairement à un besoin médical ou social.

Pour ce qui est du remboursement, il y a des limites au transfert du système public vers des mutuelles ou assurances privées, sans introduction de modes de gestion efficaces et d'une évaluation scientifique des pratiques. De plus, le transfert partiel vers des mutuelles ou des assurances privées n'a de sens que si ces nouveaux acteurs peuvent agir sur le système de soins par des dispositions contractuelles qui obligent les offreurs de soins à respecter des obligations de qualité et de responsabilité dans les pratiques de soins. Sinon, on ne fait que transférer les dépenses d'une poche à l'autre.

Pour ce qui est du financement public du système, il ne faut pas augmenter les cotisations qui touchent l'activité, qu'il s'agisse du facteur travail ou capital, car *in fine* le prélèvement touche à la valeur ajoutée et pousse à la délocalisation de la production et au chômage.

Les cinq principes qui doivent guider la réforme de l'assurance-maladie, en intégrant les remarques précédentes et le rapport du Haut Conseil, sont donc les suivants :

- pour la médecine de ville : instauration d'un système de médecin référent et d'un conventionnement individuel des médecins pour les orienter vers les zones défavorisées ; définition de protocoles et de référentiels de traitement ; faire du médecin référent le pilier de la politique de médecine préventive qui doit être enfin développée dans notre pays ;
- pour responsabiliser les acteurs : instauration d'un ticket modérateur d'ordre public, avec une aide fiscale pour la souscription à un assurance santé complémentaire dont les gestionnaires pourraient organiser des réseaux de soins sur la base de conventions spécifiques avec les offreurs de soins ;
- afin de réduire les conflits d'intérêt et les dérives contraires au fonctionnement d'une démocratie républicaine, les décisions de classement en maladie longue durée et les arrêts de travail longs doivent être prises par des médecins salariés de la Sécurité sociale ;

l'usage de la carte Vitale doit être accompagnée d'une vérification d'identité obligatoire (avec une carte d'identité ou un passeport) ; les hôpitaux doivent être dirigés par des instances indépendantes ;

– s'il faut trouver de nouvelles sources de financement, une fois les mesures précédentes mises en place, il ne faut pas augmenter les prélèvements sur les actifs, mais aligner le niveau de prélèvement sur les revenus de remplacement, notamment les retraites, sur celui des revenus d'activité ;

– afin que la réforme de l'assurance-maladie apporte un plus médical, il faut mettre en place des plateaux hospitaliers régionaux de recherche et de traitement médical de niveau mondial et leur donner les financements nécessaires pour rivaliser avec les plus grandes centres hospitaliers de la planète.

Références

Patrick Artus, « Quelques pistes pour aider à analyser la réforme de la protection maladie », CDC Ixis, septembre 2003.

Daniel Bouton, « 13 propositions pour la réforme de l'assurance-maladie », Le Monde du 26 décembre 2003.

Rapport du Haut-Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, janvier 2004.

Claude Le Pen, « Guérir l'assurance-maladie » Sociétal n°42, 2003.

SUR QUOI DÉBOUCHERA L'EXPLOSION DES DÉPENSES DE SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS ?

Jacques Mistral et Bernard Salzmänn

*Respectivement Conseiller et Attaché financiers à l'Ambassade de France à Washington*³¹

Les États-Unis ont mis en place depuis une quinzaine d'années un système de santé dont beaucoup pensaient qu'il serait en mesure de résoudre la quadrature du cercle : mieux maîtriser les coûts, élargir l'accès aux soins, encourager la recherche et le progrès technique. Aujourd'hui, les plus hauts responsables américains font un constat sans concession : « *with respect to health care, both the private and public sectors are losing ground in their efforts to balance competing goals of sustainable cost, broad access and good quality*³² » Comment en est-on arrivé là alors que le système du « *managed care* » (réseaux de soins intégrés) paraissait si prometteur ? Pourquoi n'a-t-il donné que temporairement des résultats ? Quels sont les enjeux de politique publique que soulèvent aujourd'hui le coût exponentiel, l'inégalité croissante et la qualité insuffisante du système de soins en Amérique ?

1. Faut-il envier le système de santé américain ?

Pour l'essentiel, le système de santé américain est un marché concurrentiel, aussi bien au niveau des fournisseurs de soins (médecins, hôpitaux...) que des assurances auxquelles les employeurs ont recours pour financer la majorité des coûts de santé de leurs employés. L'assurance santé est une composante

31. Nous remercions Floriane Torchin et Françoise Jacquet-Saillard pour le travail de recherche préalable à cette contribution.

32. David M. Walker, Comptroller General of the United States : Health Care System Crisis, GAO, April 2004.

importante du contrat de travail, au moins dans les grandes entreprises, et la couverture publique est limitée aux plus âgés et aux plus défavorisés. Au total, plus de 85 % de la population étaient en 2002 assurés contre le risque de maladie ; 83 % avaient une assurance privée (dont 73,3 % par le biais de l'emploi) et 29,6 % une assurance gouvernementale³³ ; les exclus de l'assurance santé sont au nombre de 43,3 millions, soit 17,5 % de la population concernée.

Comme dans tous les pays industriels, la dépense de santé absorbe une part croissante du PNB, un peu moins de 10 % en 1982, plus de 15 % en 2003, un chiffre qui pourrait dépasser 18 % en 2013. C'est, et de loin, le système de santé le plus coûteux au monde : comme on le sait, le Royaume-Uni et le Japon sont parmi les pays les plus économes en la matière, consacrant 7,6 % du PNB à soigner leur population³⁴ ; et la France, avec tous les défauts bien connus de notre système, figure en position médiane, à environ 10 %.

Le paradoxe est que le système américain, dont les compétences techniques sont évidemment au meilleur niveau mondial, ne délivre que des résultats médiocres, du moins si l'on en juge par rapport aux indicateurs courants de santé publique : la mortalité infantile (7,0/1000) est la plus élevée des grands pays (par exemple : 5,6 au Royaume-Uni, 4,6 en France) et l'espérance de vie (76,8 années) la plus faible (79 en France et en Suède par exemple).

L'obésité constitue un fléau dont souffre 1/3 de la population ; elle est devenue la cause principale de mortalité, à égalité avec le tabac : 400 000 personnes par an. Les enjeux financiers sont immenses : la dépense de soins de santé induite par l'obésité se monte à 117 Mds\$. Le diagnostic est clair, mais l'Amérique hésite sur la façon d'aborder cette épidémie : les procès anti-MacDo auront-ils

33. Medicare (pour les personnes âgées, les invalides et ceux atteints d'insuffisances rénales sévères) : 15,8 % ; Medicaid (pour les pauvres) : 13,1 % ; militaires : 3,9 %. Le total est supérieur à 100 %, car les assurances ne sont pas exclusives. En particulier, 42,7 % des bénéficiaires d'une assurance gouvernementale ont en complément au moins une assurance privée.

34. Source : Eco-santé OCDE 2003. Données relatives à 2000 pour le Japon et 2001 pour le Royaume-Uni.

autant de succès que ceux intentés aux fabricants de tabac ? Ou bien une politique publique plus active est-elle nécessaire ? Il semble à ce jour y avoir peu de chances que des solutions drastiques soient adoptées.

2. Le *Managed care* et son évolution

Diverses formes d'organisation des relations entre prestataires, assurés, assureurs et entreprises se sont développées depuis 1993. Les réseaux de soin sont maintenant beaucoup plus intégrés : comment ces réseaux ont-ils évolué ? Quel en est le bilan ?

L'assurance santé américaine se distingue aujourd'hui aux États-Unis essentiellement par la place qu'y occupent les réseaux de soins intégrés ou *Managed Care Organizations* (MCO) : les assureurs ont des accords préférentiels avec certains praticiens ; les patients sont incités à consulter au sein du réseau de leur assureur ; l'employeur subventionne l'assurance de ses salariés si ceux-ci souscrivent une assurance auprès de la compagnie avec laquelle il a passé contrat.

L'organisation de ces réseaux a beaucoup évolué depuis les formules pionnières. Les accords entre assureurs et praticiens prennent aujourd'hui des formes très différentes qui se distinguent les unes des autres par la liberté de choix laissée au patient et par le type de contrat passé avec les praticiens. On distingue désormais deux dispositifs principaux et des variantes: les HMO sur lesquels l'assureur exerce un contrôle strict, où les praticiens peuvent être rémunérés à l'acte ou même être salariés, en fonction de leur nombre de patients (capitation), et où les assurés n'ont aucune liberté d'aller consulter hors du réseau ; les PPO (*Preferred Provider Organizations*) dans lesquels des rabais sont négociés par les assureurs auprès d'une gamme de prestataires et où les assurés ont une plus grande liberté de choix.

La part des assurances traditionnelles, majoritaire il y a 10 ans, est devenue presque marginale ; celle des HMO a augmenté en contrepartie de 20 % à 30 % mais elle s'est stabilisée depuis 1997 à

ce niveau. Contrairement à une idée répandue, les HMO ne sont pas devenus la formule majoritaire. Le trait le plus caractéristique de la décennie est la progression régulière de la part des PPO qui atteint désormais 50 %.

3. Pourquoi les HMO ont-ils en partie échoué³⁵ ?

Selon la plupart des études, les MCO semblent fournir des soins de qualité comparables à ce qu'offre le système d'assurance santé traditionnel, à des coûts légèrement inférieurs.

Les HMO ont sans doute permis un ralentissement temporaire des dépenses de santé durant leur (brève) période de montée en puissance au milieu des années 90. Les facteurs leur ayant permis d'encadrer la demande de soins et de rationaliser l'offre sont maintenant bien recensés : prise en charge des patients par un médecin référent, sélection des médecins les plus efficaces, simplification du suivi des pathologies lourdes, création de personnels de santé intermédiaires entre médecins et infirmières, remplacement des traitements chirurgicaux par des traitements pharmaceutiques.

Cependant, alors que la structure intégrée du réseau de soins et le passage par un médecin référent aurait pu permettre à terme un meilleur suivi médical et donc une médecine préventive plus efficace, les ruptures de contrats fréquentes entre assureurs et prestataires et les changements d'assurance (souvent à la suite d'un changement d'entreprise) empêchent une véritable continuité des soins.

De plus le système a évolué, avec la montée en puissance des PPO, vers plus de souplesse car, des deux côtés, les assurés et les médecins ont manifesté leur insatisfaction à l'égard des HMO. Les assurés estiment que l'accès aux soins est trop contraint et que les

35. Pour les paragraphes 3 et 4, voir en particulier Floriane Torchin : Le système de santé américain, bilan d'une décennie et nouvelles tendances – Document de Travail de l'Agence financière de Washington, 2003-03. Les documents de l'Agence financière sont disponibles sur le site : <http://www.ambafrance-us.org/intheus/finance/>

praticiens sont motivés plus par la rentabilité que par la qualité des soins ; ils demandent plus de liberté dans le choix de leurs praticiens. Symétriquement, les médecins se sentent trop souvent entravés dans leurs pratiques médicales, ils supportent de plus en plus de charges administratives, ils font en permanence face au risque de procès « frivoles » et sont parfois eux-mêmes les assureurs du risque de voir leurs patients tomber malade (s'ils sont rémunérés à la capitation).

Cette double pression a fait évoluer le système des MCO vers plus de flexibilité et il n'est pas surprenant que la discipline des coûts temporairement durcie se soit assez vite atténuée ; au surplus, des facteurs structurels tels que la demande de technologies de pointe, la sur-spécialisation des médecins et le prix élevé des médicaments et des consultations poussent de nouveau les dépenses à la hausse. Tous ces facteurs expliquent le dérapage des coûts : depuis 5 ans les dépenses de santé ont augmenté de près de 50 %.

Aux États-Unis, l'accroissement non maîtrisé de ces dépenses est donc redevenu un problème majeur à la fois micro- et macro-financier : les entreprises sont confrontées à une hausse de leurs coûts salariaux et/ou à une détérioration du climat social consécutif à la dégradation de la couverture des salariés ; les finances publiques font face à un passif non financé dont l'ampleur dépasse, et de beaucoup, la menace que fait peser le déficit budgétaire proprement dit. Le vieillissement de la population et l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses nées après la seconde guerre mondiale ne peuvent que renforcer ce phénomène. Quelles sont les réponses à ce défi ?

4. Les *Health Savings Accounts* prendront-ils la relève ?

Ce qui explique l'échec de cette stratégie, c'est que, concentrée surtout sur la maîtrise des coûts du côté de l'offre, elle a en partie ignoré le contrôle de la demande alors que celui-ci est évidemment nécessaire, sur un marché concurrentiel, pour infléchir la consommation et ses tendances de long terme. Le recours à un médecin référent a certes permis d'encadrer quelque peu la

demande, mais imparfaitement. Les innovations les plus récentes mettent en œuvre une philosophie bien distincte de celle des MCO. Plus encore qu'avec les MCO, elles transfèrent le risque santé supporté initialement par les entreprises et les finances publiques vers les patients.

Telle est la logique que l'on voit à l'œuvre dans de nouvelles formules d'assurance qui font porter les incitations sur les individus, via une plus grande implication du patient dans la maîtrise du coût de sa propre santé. Une nouvelle génération de plans est en train de voir le jour : les *Consumer-Driven Health Plans* et les *Medical Savings Accounts*. Dans les premiers, il est alloué chaque année à l'assuré une somme donnée pour ses frais de santé qu'il peut ensuite répartir au mieux dans l'année... et choisir de ne pas dépenser pour sa santé. Les seconds sont des plans d'épargne personnels non taxés à la sortie si l'argent retiré sert à couvrir des frais médicaux. C'est manifestement tout autre chose que le médecin réfèrent, l'augmentation du ticket modérateur et du forfait hospitalier ou le déremboursement !

On assiste ainsi à l'apparition d'une réforme à la philosophie économique de nouveau très audacieuse. Les MCO ont transféré une grande part du risque que supportaient les employeurs (à l'époque où ils remboursaient directement leurs salariés) vers les praticiens et les assureurs : vers les praticiens lorsqu'ils supportent le coût des soins qu'ils prodiguent tout en étant rémunérés forfaitairement ; vers les assureurs, car les primes collectées au début de l'année peuvent s'avérer insuffisantes.

Les MCO ont permis, pendant un temps, des prescriptions plus efficaces et ont contenu les dépenses de santé à court terme. Mais, face aux effets limités de cette stratégie qui s'est heurtée à l'opposition des principaux intéressés, patients et médecins, c'est une fois encore vers les principes de base de la concurrence que semble se tourner l'Amérique pour infléchir l'évolution des dépenses de santé à moyen et long terme ; et cette fois, le transfert du risque se ferait vers le seul patient-consommateur. Cette philosophie est donc semblable à celle qui gouverne l'évolution du système de retraites, où

l'évolution vers des plans à contribution définie plutôt qu'à prestation définie, fait peser de plus en plus de risque sur les individus.

5. L'adoption d'une réforme coûteuse³⁶

Les projets de réforme de l'assurance maladie se sont succédés sans succès à Washington, l'un des plus célèbres restant celui initié par Hillary Clinton il y a dix ans et resté sans suite. C'est ce qui rend très remarquable la réussite de la réforme entreprise par l'Administration Bush en 2003. Le Congrès a adopté et le Président a signé en décembre une réforme visant à compléter, pour les seniors, les prestations existantes par une prise en charge partielle des dépenses de médicaments. Le financement du dispositif a été, dans un premier temps, évalué à 395 Mds\$³⁷ sur 10 ans, un chiffre réévalué à 534 Mds\$³⁸ quelques mois plus tard.

Le nouveau dispositif prévoit d'associer le secteur privé à la prise en charge du risque maladie par le versement de subventions destinées à soutenir les plans – santé existants et à développer la concurrence à partir de 2010 (cf. infra). Initialement défendue par le camp démocrate, l'idée d'une extension de la couverture maladie a été reprise, dans une forme légèrement différente, par le Président Bush pour lequel elle constitue une victoire politique indiscutable. Selon les adversaires de la réforme, elle ouvre la voie à une privatisation de l'assurance maladie.

Le paradoxe de cette réforme entreprise par une Administration républicaine, c'est qu'elle ajoute de nouvelles et lourdes charges à un système dont l'équilibre financier est clairement menacé à moyen et long terme. La réforme de Medicare, qui répond à un besoin social

36. Pour ce paragraphe, voir en particulier la note AF 03/138 : Déséquilibre financier accru pour Medicare et transfert des meilleurs risques au secteur privé caractérisent la réforme du système de santé adoptée par le Congrès – 8 déc. 2003.

37. Selon les estimations du *Congressional Budget Office* ; le département de la santé estimait le coût à 410 Mds\$.

38. Selon les estimations présentées dans le projet de Budget du Président pour 2005.

réel, apparaît comme un facteur aggravant d'une situation financière déjà préoccupante. Dans les 40 prochaines années, le nombre des 65 ans et plus va plus que doubler, passant de 37 millions aujourd'hui à 82 millions en 2050. Durant les 75 ans à venir, les dépenses de Medicare excéderont les cotisations de 13300 Mds\$. La présente réforme y ajoutera entre 4600 et 7000 Mds\$ pour atteindre un déséquilibre total de 18000 à 20000 Mds\$. Durant la même période, les fonds de réserves pour les retraites et la santé vont progressivement s'épuiser et le déficit budgétaire s'annonce persistant.

6. Vers la privatisation définitive de l'assurance maladie ?

La réforme de *medicare* prévoit un dispositif en trois étapes : les deux premières concernent la mise en place progressive du régime de base³⁹, la troisième prévoit, à partir de 2010, l'ouverture à la concurrence du marché de l'assurance des bénéficiaires actuels. Auparavant, un programme expérimental de concurrence entre le système Medicare gouvernemental et des plans exhaustifs d'assurance médicale privée sera conduit dans 6 grandes agglomérations durant 6 ans. Le secteur privé sera soutenu par des subventions et des aides fiscales pour un montant global de 98 Mds\$. La loi prévoit également des mesures d'accompagnement relatives aux prestations existantes.

La loi prévoit en outre des mesures visant à accélérer la mise sur le marché des médicaments génériques. En revanche, l'interdiction actuelle d'importation de médicaments sur prescription est maintenue et le Gouvernement n'est pas autorisé à négocier avec l'industrie pharmaceutique le prix des médicaments distribués dans le cadre du programme *Medicare*. À court terme, ce nouveau dispositif

39. Avant 2006 : distribution de cartes permettant à ceux qui le souhaitent, moyennant le paiement de 30\$ par mois, d'avoir des réductions de 15 % à 20 % sur le prix de certains médicaments ; Au-delà de 2006 : prise en charge partielle des dépenses, selon un barème dépendant de la consommation annuelle de médicaments.

va représenter une manne substantielle pour l'industrie pharmaceutique et surtout pour le secteur de l'assurance médicale. Les experts estiment notamment que la mise en place du programme en 2006 devrait doper les ventes de l'industrie pharmaceutique de 3,5 Mds\$; la part de marché des achats fédéraux de médicaments pourrait atteindre 50 % en 2010. La question d'un contrôle des prix des médicaments semble donc, à terme, incontournable.

En outre, la loi prévoit des incitations fiscales pour les personnes souscrivant à des comptes épargne santé destinés à compléter les prestations d'assurance médicale privée. Les conditions d'éligibilité⁴⁰ et les détails des remboursements permis par le dispositif ouvert à compter du 1^{er} janvier 2004 ont été élaborés par le Trésor dans les quatre mois qui ont suivi la signature de la loi.

En associant le secteur privé à la couverture du risque « maladie », l'Administration espère en maîtriser le coût : cette thèse n'est, comme on l'a vu, pas contredite par l'expérience des années 90 mais on a aussi montré que les économies dégagées par les HMO étaient sans doute arrivées à leur terme. Quant aux adversaires de la réforme, ils dénoncent les prémices d'une privatisation de l'ensemble du système de protection sociale. Les effets les plus contestables de la réforme sont en effet les suivants :

1/ Pour être éligibles aux subventions, les assureurs privés devront offrir des prestations au moins « équivalentes » à celles du régime de base *Medicare*. Ce concept « d'équivalence » signifie que le taux de couverture moyen offert par le plan privé devra correspondre à celui offert par le régime de base. Il permettra par conséquent de proposer (par exemple) une couverture plus avantageuse sur les montants de dépenses relativement faibles, et

40. Les personnes de moins de 65 ans peuvent souscrire à un Plan épargne santé comprenant un versement annuel défiscalisé d'au plus 2600\$ (5150\$ pour un couple). L'épargne constituée devra servir à la couverture des dépenses de santé (sauf à perdre le bénéfice de la défiscalisation) couvertes par une assurance offrant une franchise située entre 1000\$ et 5000\$ (2000\$ et 10000\$ pour un couple).

moins avantageuse lorsque la dépense est élevée, formule qui intéressera prioritairement les personnes en bonne santé.

2/ À l'exception des plans employeur existants, il ne sera plus possible de bénéficier à la fois de *Medicare* et d'une assurance privée complémentaire ce qui obligera les assurés désireux de bénéficier d'une meilleure couverture à quitter *Medicare* pour souscrire un plan privé. De même, la nouvelle législation supprime la possibilité de cumul *Medicare/Medicaid*. La couverture maladie des personnes aux revenus les plus faibles sera plus limitée.

3/ Les conditions de versement de subventions au secteur privé ne s'accompagnent d'aucune mesure de régulation quant à la sélection des clients d'où un risque de concentration des personnes les plus âgées et/ou les plus malades dans le dispositif *Medicare* « public ». Le coût réel moyen des adhérents restés dans le dispositif public augmentera et impliquera, à terme, une révision des prestations à la baisse et/ou une augmentation des cotisations.

4/ Les plans épargne santé bénéficient d'un double avantage fiscal, à l'entrée et à la sortie : au moment de la constitution de l'épargne et au moment de la dépense (en frais de santé). Ce double avantage fiscal sans précédent s'écarte du principe de la mutualisation du risque et bénéficiera essentiellement aux foyers à revenus élevés pour qui la mesure devrait être très attractive. C'est de plus une mesure qui séduira les personnes en bonne santé. Comme en moyenne, les personnes ayant des revenus élevés sont en meilleure santé, le risque est fort de voir le coût moyen de ceux qui resteront dans le système public augmenter en flèche ; ce coût pourrait doubler.

* * *

La réforme engagée pour offrir une meilleure couverture maladie aux personnes âgées constitue une victoire significative pour le Président Bush : même si cette réforme ne fait pas l'unanimité, loin de là, elle est de nature à séduire la partie de l'électorat privilégiant la responsabilité individuelle, la liberté de choix, le rôle de l'entreprise privée. Elle place l'opposition démocrate dans une position délicate

parce que le remboursement des médicaments est dès maintenant possible alors que la privatisation « en douceur » de la santé est une perspective plus lointaine, postérieure à 2010. Ce dispositif sera-t-il suffisant pour assurer la maîtrise des coûts et répondre aux attentes ? Le bilan plus que mitigé des HMO invite à en douter. Surtout, ces réformes accentuent dramatiquement le déséquilibre à long terme des comptes sociaux. L'avenir du système *Medicare/Medicaid* était déjà loin d'être assuré, des révisions déchirantes se profilent à l'horizon.

LA SANTÉ FRANÇAISE DOIT RESTER ATTRACTIVE

Denis Castaing

*Professeur de Chirurgie Digestive,
Chef du Centre Hépato-Biliaire à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif,
AP-HP, Université Paris XI*

La médecine et la chirurgie française sont de qualité, mais cette qualité et l'attractivité même de la santé française sont menacées par une difficulté croissante à se réformer. Réformer le système de santé français est une nécessité, personne n'en doute. D'un point de vue médical, les nombreuses communications médiatiques et politiques ont atteint leur but, mais si la prise de conscience est certaine, trop d'incertitudes sur les buts réels suivis, les moyens à mettre en oeuvre et les conséquences persistent. Le fil conducteur des propositions de ce cahier est de respecter douze principes que les professionnels de santé, à mon sens, ne peuvent que partager.

Réaffirmer la possibilité pour tous d'accéder à des soins de qualité par l'intermédiaire de la solidarité est fondamental. Les médecins restent très attachés à ce droit à l'accès à tous les soins sans restriction. Cela fait partie du serment d'Hippocrate, base du comportement médical vis-à-vis des patients : « je donnerai mes soins gratuits à l'indigent... ». La solidarité est, certes, ponctuellement une attitude individuelle, mais elle repose surtout sur une organisation nationale qui relève du politique.

La répartition nationale des compétences médicales ne se fait ni dans le cadre d'un aménagement du territoire concerté ni dans un souci de santé publique, mais en fonction de critères de choix de qualité de vie des professionnels. Il en est de même pour le choix des spécialités médicales qui suit, chez les étudiants, des phénomènes de mode fortement influencés par les médias, la judiciarisation de

l'exercice médical et les pénibilités du travail. Lorsque tous les postes hospitaliers ne sont pas pourvus et que l'on accepte de nommer des médecins formés à l'étranger, les raisons en sont plus souvent le maintien des structures dont la pertinence est discutable que le soutien d'un maillage national du réseau de soin et l'excellence des professionnels de santé. En dehors du fait qu'il est très inégalitaire pour des étudiants recalés en raison du *numerus clausus* de recruter des praticiens non sélectionnés, de telles mesures sont démotivantes pour tous : ce n'est pas la qualité des soins qui est recherchée mais le maintien de l'existant. Nous savons tous qu'il existe un minimum de pratique dans des gestes techniques pour les faire bien et, donc, qu'il est préférable de concentrer les activités (et de fermer des centres peu performants) afin d'atteindre les masses critiques pour garantir une bonne sécurité. Il existe donc une inégalité du niveau des soins et de leur accessibilité sur le territoire national. La densité des lits de CHU varie de 1 à 3 en fonction des régions. La connaissance du milieu médical est aussi une inégalité importante qui redouble les inégalités sociales. Elle est aggravée par la difficulté du libre choix du médecin et la politique locale ou régionale des Caisses d'Assurance Maladie qui préfèrent toujours orienter un malade vers un centre de proximité plutôt que vers un centre performant.

Corriger ces inégalités ne peut pas se faire de manière uniforme entre les différentes régions ou spécialités. Il faut laisser une place à l'innovation d'organisation, de recrutement et à la motivation. Bien sûr, cela ne peut pas se faire non plus de façon anarchique et sans une véritable analyse des besoins et des motivations. Il s'agit d'un véritable programme de Santé Publique peut rendre attractif de notre seul système par son exemplarité.

Les hôpitaux publics sont financés depuis 1984-1985 selon les principes d'une dotation globale annuelle de fonctionnement. Cette dotation est affectée tous les ans d'un « taux directeur », c'est-à-dire d'un pourcentage d'augmentation par rapport à l'année précédente. Ce taux directeur a une composante générale tenant compte de l'augmentation mécanique des dépenses applicable à tous les établissements, deux composantes supplémentaires correspondant à

des mesures spécifiques, ciblées en fonction des priorités nationales, et à un respect du contrat d'objectifs et de moyens. En raison de la faiblesse chronique du taux directeur des hôpitaux, déterminé par l'ONDAM, et de sa faible variation pour un établissement donné par rapport aux autres (la partie générale étant très nettement majoritaire), la recherche de compétitivité n'existe pas réellement entre les hôpitaux. Les normes sécuritaires fixées à de hauts niveaux politiques (depuis l'affaire du sang contaminé) sans un financement clair, sans étude raisonnée de faisabilité et les tensions sociales résultant de la gestion de la pénurie ont conduit le système hospitalier au bord de la rupture et de l'épuisement. Enfin, s'il n'y a pas de concurrence, il existe une répartition différente des activités entre secteur public et secteur privé. Il est paradoxal d'observer que la population française a une très grande confiance dans l'hôpital alors qu'il est si mal soutenu par son administration. Pour conserver l'attractivité de l'hôpital, il faut un autre mode de financement qui tienne compte des performances.

Une certaine loi du silence entoure le mode médical selon un réflexe corporatiste ; des incompétences notoires, des fautes graves et de véritables atteintes à la morale ont été cachées. L'épidémie du SIDA a mis en lumière son impuissance devant une nouvelle maladie, une certaine démission de « l'establishment » médical, en tout cas sa lenteur à prendre au sérieux celle-ci en laissant la place (médiatique) aux associations de malade ou de sympathisants. Elle a fait ressortir, à cette occasion, l'importance des contraintes politiques et économiques dans les décisions médicales. Si la technicité des médecins n'est pas trop mise en doute, l'éthique, le dévouement aux malades et le souci de donner les meilleurs soins possibles ne paraissent plus, dans les médias et dans l'esprit du public, comme le seul fondement de la pratique médicale. Pour que les carrières soient attractives, il faut que les avantages, le paiement ou les moyens de travail soient à la hauteur des services rendus. La différence de salaire, la rigidité du statut et le manque de souplesse administratif sont des causes majeures de blocage dans le recrutement de personnalités étrangères de renom, que ce soit pour la clinique ou pour l'enseignement et la recherche. On ne peut rester attractif dans

un monde de concurrence en tablant seulement sur la qualité de vie dans notre pays !

L'hôpital public ne peut pas réaliser tous les actes et être en concurrence directe, dans des activités non partagées, avec la médecine de ville. Il ne doit pas non plus être le lieu d'accueil de ce que la médecine de ville ne veut pas assumer : les urgences de nuit, les actes coûteux, le médico-social... La nécessité de construire des réseaux de soins devient impérieuse. Eux seuls permettent une juste répartition de l'activité en fonction des compétences et des moyens. Cela ne peut se faire sans une modification des mentalités médicales et l'invention de nouvelles façons de travailler. La sur-spécialisation des hôpitaux universitaires est une condition du progrès de la médecine. Il ne faut pas la craindre, mais craindre sa sur-représentation à l'intérieur d'un même établissement. Le juste équilibre doit être trouvé, aidé et promu. À côté de centres primaires de soins performants, de qualité et valorisés, les hôpitaux universitaires doivent être des pôles régionaux ou nationaux (pour certains), fédérateurs et intégrés. Cela suppose une définition régionale et/ou nationale de leurs missions au sein du système de santé. Cela permet, également, de leur laisser une autonomie de décision et d'organisation. Le régime de tutelle budgétaire actuel privilégie la maîtrise comptable. L'État décide (en fonction de quoi ou de qui ?) des recettes et, dans une moindre mesure, des dépenses, sans une véritable stratégie de santé publique. Le développement se fait, alors, soit dans une spirale déflationniste et défaitiste qui a tendance à décourager et à faire quitter l'établissement au personnel compétent, soit, à l'inverse, à créer un véritable hospitalo-centrisme ne tenant pas compte de ce qui se passe à l'extérieur (parfois proche) de ses murs. La déresponsabilisation actuelle des médecins et, donc, le risque de l'irresponsabilité économique est la règle. Les médecins sont tenus à l'écart des options grandes ou petites de l'hôpital : les commissions médicales en relation avec les directions hospitalières ne sont que consultatives (Commission Médicale d'Établissement ou Commission Consultative Médicale).

Les contrôles doivent se faire a posteriori, bien encadrés par des agences de régulation dont les missions ont été rendues

publiques et claires à tous. Nous avons un retard important par rapport aux hôpitaux anglo-saxons, car nos hôpitaux ne sont qu'au début de la généralisation de l'information et de sa médicalisation, de la création de départements de contrôle de qualité et de sécurité des soins. Si, depuis la réforme Juppé, l'évaluation est légalement obligatoire pour les établissements de santé, elle n'est pas encore généralisée et reste limitée à la constitution et aux modalités de contrôle de protocoles. C'est un bon début qui fait passer fait passer de la tradition orale à l'écriture, mais qui n'est pas suffisant au regard des standards internationaux.

Si le mode de fonctionnement de l'hôpital doit changer, les malades, également, doivent changer. Leurs comportements sont, déjà, complètement différents de ceux de leurs parents. Cela a été bien montré dans une enquête réalisée par l'INSERM en 1993. Elle portait sur la différence de comportement de leurs malades au début et à la fin de leur exercice professionnel de 5000 médecins retraités, soit environ 30 à 40 ans d'exercice. Les patients sont mieux informés (93 % contre 2 %) sur les maladies et leurs traitements et sont plus exigeants sur le résultat (80 % contre 9 %). Les moyens de communication offerts au public (école, journaux et magazines, télévision) ont entraîné une meilleure connaissance dans tous les domaines y compris celui de la médecine. Les malades eux-mêmes doivent comprendre qu'il est important d'avoir un regard critique, que les progrès de la médecine entraînent de nouvelles marges d'erreurs et d'incertitude et qu'en aucun cas, il ne faut confondre une obligation de moyens avec une obligation de résultats. La possibilité de contestation, de consultations de « deuxième avis », voire de plainte judiciaire est normale, elle ne doit pas entraîner un comportement de consommateur déçu avec un sentiment de défiance mutuelle entre le médecin et le malade. L'enquête récente TNS-Sofres de mai 2004 montre que 76 % des Français considèrent que l'élément majeur d'une réforme des dépenses de santé est la responsabilisation des patients et des prestataires de soins et 81 % sont prêts à réduire leur consommation de soins et de médicaments.

La mission d'innovation des hôpitaux universitaires n'est pas assez affirmée. Elle est pourtant fondamentale, car les hôpitaux

universitaires ayant un niveau de compétence médicale et paramédicale élevé doivent rester des centres d'excellence et de formation que seule l'innovation permet. Cela ne veut pas dire que l'innovation thérapeutique ne peut pas se dérouler en dehors du cadre des hôpitaux universitaires, mais qu'elle doit être encadrée par des structures compétentes en recherche médicale et donnant aux malades toutes les garanties : avant d'effectuer des essais cliniques sur des sujets humains, les cliniciens doivent s'assurer que le travail fondamental sur les animaux est terminé et que les aspects biologiques des différents modes de thérapie sont bien compris en vue de concevoir un mode d'intervention bien pensé, comportant des possibilités raisonnables de succès. Cela qu'il s'agisse de médicaments, d'exploration ou de conduites thérapeutiques médicales ou chirurgicales.

Actuellement, en théorie, cette innovation est financée par le budget global de l'hôpital. Il s'agit même d'une des justifications de la meilleure dotation globale des hôpitaux universitaires par rapport aux hôpitaux généraux. La réforme à venir tente d'individualiser de manière plus précise ce financement : les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) devront permettre le financement de l'innovation, mais il s'agit d'un vaste fourre-tout dont le périmètre n'est pas défini car il doit financer tout ce qui n'est pas Médecine Chirurgie Obstétrique, Soins de Suite ou Réadaptation, psychiatrie et Soins de Longue Durée : enseignement, recherche, SAMU et prise en charge de urgence, aides à la modernisation, à l'amélioration de la qualité des soins, des réseaux, alors que leur modalité de financement n'est pas complètement arrêtée. Quel que soit le mode de calcul, on devrait tourner autour d'un forfait correspondant à environ 13 % de l'actuelle dotation globale des Hôpitaux Universitaires ce qui n'est pas suffisant.

En fait, au cours des dernières années, les groupes pharmaceutiques ont fourni d'importantes ressources financières (souvent remises directement aux chercheurs), hors du cadre des structures administratives officielles. Ce comportement est lié, de la part des cliniciens, à une difficulté importante de financement direct de la recherche et à une complexité croissante et onéreuse de la

mise en œuvre de la recherche clinique et, pour les firmes, à une nécessité de valider le plus rapidement possible leurs produits. Ce mode de financement a plusieurs inconvénients :

– Lorsqu'un projet prend fin, tout s'arrête (faute de pérennité du financement). Cela aboutit à un gaspillage de ressources et des pertes de temps car il faut recruter et former du personnel lors du lancement de chaque nouveau projet et il est presque impossible de garder la mémoire des études passées.

– Les chercheurs ont moins d'influence que les bailleurs de fonds en ce qui concerne les orientations des études. C'est ainsi qu'apparaissent des maladies orphelines.

– La recherche du profit maximal, à court terme, et la satisfaction des actionnaires sont devenues des objectifs prioritaires des firmes. Un nombre important de médicaments ne sont pas développés, non pas parce qu'ils n'ont pas d'intérêt thérapeutique, mais parce que leurs perspectives de ventes annuelles sont inférieures à 1 milliard de dollars, seuil au-delà duquel on parle de best-seller (*The Economist*, 13/7/2002). Ce sont des médicaments orphelins.

– Il a été montré que la source de financement de la recherche médicale est susceptible d'influencer le résultat de la recherche. Récemment, un article du *British Journal of Psychiatry*, portant sur les antidépresseurs a montré que les études financées par les laboratoires avaient des résultats plus satisfaisant que les autres.

La solution est une nécessaire coopération entre les secteurs public et privé pour la recherche biomédicale qui ne peut se faire sans une politique volontariste de recherche. La responsabilité des politiques est fondamentale. Le blocage depuis 1999 (!) de la révision des lois de bioéthique est à ce titre exemplaire : les chercheurs des équipes françaises travaillant sur les cellules souches embryonnaires et la médecine régénérative ne peuvent pas répondre aux appels d'offre du 6^{ème} programme-cadre européen. Ils ont pris un retard considérable dans ce domaine et ne sont pas crédibles à l'échelon européen tant que la loi n'est pas promulguée. La politique volontariste de recherche doit être clairement affichée pour recréer

l'attractivité hospitalière universitaire et celle des organismes de recherche.

La santé est un bien d'exportation et d'importation. Si la France ne peut accueillir et traiter toute la misère du monde, se replier sur soi et rendre très difficile l'accès aux soins des non résidents est une absurdité. Les restrictions à l'accueil sanitaire des étrangers nuisent au rayonnement international de la médecine française. Le « marché » sanitaire mondial est en plein essor, il serait dommage de ne pas en profiter. La meilleure publicité possible des techniques, du matériel et des traitements français est l'appréciation des malades eux-mêmes. Il ne s'agit pas de faire la charité, mais d'établir de manière cohérente des conventions de soins avec les organismes de prise en charge financière de ces patients. Il faut, peut être, également, repenser la notion de solidarité. Bien sûr, cela ne peut se faire sans un encadrement strict (critères médicaux transparents, standardisation des modalités d'acceptation administrative), mais il faut élaborer une politique claire d'accueil.

Les médecins font de longues études, travaillent beaucoup et, dans les hôpitaux, nombreux sont ceux qui ont un statut quasiment de bénévoles. Ils font un métier merveilleux, mais fatigant, plein de responsabilités de vie et de mort, un travail souvent difficile qui demande, à la fois, une grande connaissance, une réflexion logique et une relation profondément humaine. Certains sont démotivés, parfois même dépassés techniquement. C'est une réalité indiscutable. D'autres sont vraiment passionnés, avec un vrai sens de l'écoute de leurs patients, ne comptant ni leurs efforts ni le temps passé avec une réelle curiosité scientifique dont la récompense est dans un diagnostic exact, un résultat particulièrement réussi ou même parfois le sourire d'un malade. Tous font leur métier honnêtement, le mieux possible et sans gaspillage volontaire, même s'il est vrai que leur préoccupation essentielle est le malade qu'ils ont en face d'eux et non l'implication économique. Pour tous, la situation est déroutante, la culpabilisation publique est extrême et la stratégie de correction bien floue. De moins en moins de jeunes ont envie de débiter certaines carrières médicales (anesthésie, réanimation, chirurgie digestive, obstétrique...) dont ils perçoivent toutes les

ambiguïtés. Pourtant les besoins en santé sont et seront considérables. On peut prendre l'exemple du vieillissement inexorable de la population. En 10 ans, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va doubler (1,2 à 2,4 millions) ; dans la tranche des 65-74 ans, les cancers sont la première cause de mortalité et la seconde après 75 ans. La bonne santé de ces personnes âgées est le meilleur moyen d'éviter la dépendance. Il y a, donc, une nécessité de prise en charge de ces personnes âgées en terme de dépistage et de médecine préventive, ce qui est nouveau.

La santé est un secteur qui nous concerne(ra) tous. Son maintien au plus haut niveau et son attractivité pour tous sont impératifs. Les principes de solidarité, de responsabilisation de tous les acteurs (médecins, administrateurs et malades) et de débat démocratique affirmés dans ce Cahier sont essentiels pour un objectif de qualité des soins pour chacun, à un coût acceptable par la collectivité. Redonner une attractivité à tous les niveaux est un véritable enjeu national, auquel on ne parviendra que si les objectifs sont clairs dans une stratégie à long terme.

RÉFORME DES DÉPENSES DE SANTÉ ET PRATIQUES MÉDICALES

François Thépot

*Professeur des Universités-Praticien hospitalier
Université Jules Verne – Amiens*

Pour un praticien vivant quotidiennement les contraintes de la pratique médicale, la réforme du système de santé ne paraît pas cohérente s'il n'est pas tenu compte de quatre éléments qui s'imposent tant par leur logique propre que par leur association en vue de l'efficacité de cette réforme.

Tirer les leçons du passé

Cette évidence peut paraître banale, mais dans les propositions de réformes successives, l'impression qui demeure est celle qu'il n'est souvent pas tenu compte des expériences antérieures. Les solutions qui sont avancées paraissent reprendre les erreurs déjà commises et ne jamais intervenir sur le fond.

Le meilleur exemple est celui d'une vision comptable des problèmes (diminuer les dépenses, mettre fin au gaspillage, etc.) avec une confusion de deux approches liées, mais pas forcément dépendantes : la prise en charge des dépenses ; les adaptations du système de santé aux contraintes actuelles.

Autre exemple, traiter le problème de la démographie médicale par une augmentation du *numerus clausus* sans se pencher sur la pratique médicale proprement dite (contraintes, limites, formation, etc.) paraît pour le moins incohérent si l'on se réfère à l'expérience déjà vécue : à la fin des années 60 augmentation très importante de l'offre de formation justifiée notamment par le fait que la densité médicale en France était une des plus basses d'Europe ; baisse

drastique et continue au cours des années 80 pour limiter les dépenses de santé ; augmentation importante de ce numerus prévue ces prochaines années pour combler notamment les départs de la génération des années fastes... Ces effets « accordéon » seront, à terme, sources de difficultés voire d'injustices envers les candidats à cette activité.

Régler les problèmes organisationnels du système de santé, et au moins du système de soins

Il s'agit notamment de définir clairement les missions de ce système, d'en formaliser le cadre et les moyens et d'apporter les modifications qui en permettraient une meilleure efficacité, au moins en terme de ressenti par les différents acteurs, contributeurs et bénéficiaires.

L'analyse des difficultés et des contre performances est déjà faite. Des réformes sont proposées, mais paraissent souvent désordonnées et sans perspective. Les objectifs sont souvent mal identifiés.

Ainsi, chacun est conscient de la nécessaire réforme de l'hôpital public (organisation des services, évaluation, missions, gestion etc.) ou des relations entre le secteur public et le secteur privé. En revanche, des thèmes comme la cohabitation des différents modes d'exercice (justification des différents mode d'exercice libéral en secteur 1 ou 2 pour la même activité par exemple), l'évaluation des praticiens et la reconnaissance de leur formation ou de leur activité restent des épines irritatives redondantes toujours évoquées mais jamais traitées au fond.

Enfin, le rôle de la prévention, sous toutes ses formes (médicales, sociales, individuelles ou collectives) n'est pas valorisé et cette activité n'est pas reconnue comme partie prenante des soins et ainsi mal comptabilisée dans l'exercice médical. Or, il s'agit sûrement du seul gisement réel d'économie en matière de réforme du système de santé.

Pratiquer un traitement plus social des acteurs du système de soins

Le délitement constaté quotidiennement dans les services de soins participe à une démobilisation responsable de difficultés tant organisationnelles que qualitatives. La déresponsabilisation des praticiens hospitaliers provoquée par une hiérarchie hospitalière confuse et mal assumée est un exemple.

On peut y ajouter le problème des rémunérations qui, dans un monde concurrentiel, ne doit pas être traité avec mépris. On peut ainsi rapporter que pour rendre attractif aux étrangers, le secteur hospitalier public, il y a fallu proposer des indices dans la fonction publique que les nationaux ne pouvaient obtenir qu'au choix, donc pas toujours possible même en fin de carrière.

Enfin, un intéressement aux économies réalisées pourrait contribuer à une meilleure mobilisation des personnes concernées.

Investir massivement dans le secteur de la santé et le considérer comme un domaine d'avenir

En matière médicale plus que dans d'autres domaines, non seulement la recherche et le développement sont éthiquement des obligations des pouvoirs publics vis à vis des administrés, mais redonner une dynamique d'investissement serait profitable assez rapidement et permettrait une mobilisation positives des acteurs du système de santé.

Il ne s'agit pas seulement d'augmenter les moyens de la recherche mais de valoriser toutes les initiatives et de maintenir un outil industriel en relation avec les structures de soins afin de favoriser l'adéquation entre besoins et réponses techniques.

La dynamique de ces transferts est encore plus essentielle en matière de santé car elle doit répondre à une légitime aspiration des patients qui souhaitent bénéficier de tous les progrès de la science pour la prise en charge de leur maladie.

Ainsi et pour conclure cette liste non exhaustive des paramètres qu'il faut intégrer pour mener au bout cette nécessaire réforme, ajoutons que, quelles que soient les solutions retenues, il est essentiel d'obtenir **un système de soins réactif** qui sera jugé sur ses capacités d'adaptation. En effet, une des caractéristiques de la pratique médicale est souvent de prendre en compte des situations nouvelles voire imprévisibles. Il y en a de multiples exemples dans la pratique quotidienne (iatrogénicité, infections nosocomiales, susceptibilité individuelle aux traitements, etc.) et les événements de ces dernières années (VIH, SRAS notamment) en sont l'illustration à l'échelle nationale ou planétaire.

QUE LA MÉDECINE EST BELLE !

Guy Vallancien

*Professeur d'urologie à l'université René Descartes, Paris 5
Chef du département d'urologie à l'Institut Mutualiste Montsouris*

Pourquoi un médecin inculte en économie écrirait-il dans un Cahier d'experts chargés de penser l'évolution du monde de la santé à partir de leurs analyses macroscopiques ?

Le risque est grand de s'aventurer dans des réflexions simplistes et des conclusions hâtives déclinées au travers du prisme déformant de l'expérience quotidienne, mais refuser de regarder en face l'anarchie d'un système de soins dont l'organisation est devenue folle au fil des années serait lâche.

Depuis un demi-siècle, les implications politiques, financières et sociales de la prise en charge de l'homme malade se sont conjuguées pour occulter les concepts de base d'une bonne pratique médicale adaptée à son temps alors que les progrès techniques, eux, n'ont jamais été aussi rapides et importants. Or la production de soins est une économie, je dirai même une industrie du bien-être dont la demande est sans cesse croissante alors que l'offre reste limitée et disparate. Le ^{xxi}^e siècle sera sanitaire et nous devons nous préparer à répondre à cette hausse de la demande de soins en nous organisant autrement. C'est une véritable Force de Frappe Sanitaire qu'il faut bâtir dans une collaboration privé-public soutenue par une volonté politique à long terme comme l'ont été nos grandes réalisations françaises dans les années 60-70. Cette force de frappe sanitaire sera basée sur la notion de mission d'intérêt général mettant en marche toutes les énergies disponibles depuis les chercheurs en passant par les soignants, les industriels jusqu'aux consommateurs de soins que sont les malades auprès desquels nous avons tant à

apprendre. Elle intégrera la prévention, l'information, l'éducation comme le soin.

La France garde une médecine et une chirurgie de qualité qui, à la condition expresse d'une réorganisation des pratiques, devraient tenir une place de premier rang dans le développement de cette économie de la santé en exportant notre savoir faire.

Il n'y a rien à redire aux principes éthiques du serment d'Hippocrate que le médecin de Cos écrivit il y a 2500 ans, alors qu'il raisonnait sur la base de connaissances médicales extraordinairement limitées, alors que depuis la Renaissance, la science a servi la médecine pour l'amener à un point d'efficacité inégalée au travers d'une fulgurante accélération des connaissances et de leurs applications, modifiant de facto profondément l'exercice médical quotidien et le rapport des malades aux médecins.

D'individuelle, payée à l'acte, encadrée par une déontologie ancestrale, la médecine est devenue une praxis collective bâtie sur le socle des constitutions des États, sur la volonté des responsables politiques et syndicaux jusqu'à définir l'état de « santé » dans la déclaration de l'OMS en 1949. Nous avons ainsi assisté à une accessibilité progressive aux soins pour tous, dans des cadres variés de redistribution liés aux cultures des peuples et à leur histoire, visant à satisfaire des revendications de sécurité sanitaire individuelles et collectives qui impliquent une organisation de plus en plus complexe du système de protection sociale et mettent en jeu des masses financières considérables.

On comprend alors pourquoi il est devenu si difficile de relier l'efficacité maximale de la prise en charge d'un malade donné à l'exigence d'une limite des dépenses engagées collectivement. Pour chacun rien n'est jamais trop cher pour guérir, mais pour tous la cagnotte est limitée. Que veut dire le juste soin au juste prix ? Comment le définir pour un malade donné autrement que statistiquement, faisant table rase de la personne même et de ses particularités, tel est le débat.

Lois, décrets, réformes, plans, conventions successives, références médicales opposables se sont multipliés dont aucune n'a pu endiguer le déficit dans lequel se trouve plongée aujourd'hui l'assurance maladie. Les causes d'un tel constat sont partagées entre des assurés sociaux souvent irresponsables et prêts à n'importe quel gâchis pour eux-mêmes, des décideurs politiques schizophrènes qui, mardi votent à l'Assemblée le budget de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie et vendredi dans leur circonscription ceignent leur écharpe tricolore pour empêcher la fermeture de leur hôpital ! Les médecins ne sont pas en reste, qui n'ont pas su ou pas voulu adapter les modes de leur pratique aux évolutions du monde qui les entoure et se transforme. Nous possédons aujourd'hui une somme impressionnante d'outils sophistiqués pour agir de mieux en mieux mais nous restons totalement artisanaux dans notre attitude quotidienne. Cette fracture entre nos habitudes ancestrales d'exercice et les coups de boutoir incessants des technologies nouvelles alliés aux attitudes consuméristes des malades et à la judiciarisation de notre métier aggrave notre malaise.

L'alternative est claire : soit continuer à nous lamenter sur la dégradation de notre système de soins en sachant que chaque larme supplémentaire versée ne fera qu'alourdir notre mouchoir, soit prendre la mesure du monde dans lequel nous exerçons afin de proposer des conditions d'exercice modernes.

Comment faire vivre le système de soins et le développer ? En répondant clairement à cinq questions

Combien faut-il de médecins en France, comment les répartir sur le territoire, quels types d'exercice envisager entre systèmes publics et privés, comment évaluer la qualité médicale et comment rémunérer les médecins.

1. Du numerus clausus

Principes : pour être bien soigné mieux vaut s'adresser aux membres d'un commando d'élite qu'aux ignares d'une armée de gueux.

Pour qu'un médecin fasse bien son métier, il faut le rémunérer à la hauteur de sa responsabilité, de la pénibilité et de la technicité de ses actes ainsi qu'à la longueur de ses études qui le mettent tard sur le marché du travail (entre 27 et 32 ans selon le niveau de spécialisation). Sous payé, le médecin court après les malades et multiplie les actes inutiles.

Conséquences : il existe un chiffre optimal de généralistes et de spécialistes par 100.000 habitants et un prix des actes au dessous duquel on pousse à leur accroissement sans raison médicale. Actuellement nous sommes 1050 urologues soit 1/60.000 habitants ce qui semble un chiffre raisonnable permettant une pratique soutenue gage de l'expertise, alors que les allemands sont 3700 pour 78 millions d'habitants (trop nombreux) et les anglais 650 pour 60 millions (trop peu). Élever le ratio médecins/population revient à mettre sur le marché des médecins qui « auront faim » et feront mal leur métier pour survivre en multipliant des actes inutiles et parfois nocifs. En revanche limiter fortement l'offre médicale fait peser le risque d'une moins bonne prise en charge par défaut d'accessibilité aux soins en nombre et temps voulus.

Nous n'avons jamais réfléchi à une véritable politique à long terme de l'offre médicale en France car nos indicateurs épidémiologiques des différentes pathologies à traiter sont quasi inexistantes tant nationalement que régionalement. Tous les dix ans le débat du numerus clausus ressurgit en fonction de l'impression qu'il y a trop ou pas assez de médecins sans nous préoccuper de savoir quel doit être le champ d'action pertinent d'un médecin : doit-il tout faire, peut-il déléguer une partie de sa pratique, questions fondamentales qui, en fonction de leurs réponses, modifieront considérablement le nombre de médecins dont le pays aura besoin.

Il y a en France 200.000 médecins (1 pour 330 habitants avec une répartition très inégale) dont 55.000 généralistes et à peu près autant de spécialistes qui pratiquent au quotidien. Globalement ce taux est dans la moyenne des pays occidentaux industrialisés, mais faute d'avoir organisé le parcours des malades à partir d'un accès primaire au généraliste qui devrait recevoir une formation adaptée dans ce sens, nous accroissons mécaniquement la demande au spécialiste dont ce n'est pas le travail, son rôle devant être celui de « consultant ». Les Français consomment du médecin à tour de bras, « mon » généraliste pour une grippe ou un renouvellement d'ordonnance et « mon spécialiste » pour la moindre suspicion d'un dérèglement organique ou psychique. À ce jeu absurde tout le monde perd, le malade colporté de généraliste en spécialiste, les médecins qui n'exercent plus le métier pour lequel ils ont été à peu près formés en se cantonnant dans des tâches de plus en plus subalternes, les organismes financeurs, c'est-à-dire en fin de compte vous et moi, qui payent de plus en plus cher des prestations dont la qualité pourrait être nettement améliorée au même prix.

Aujourd'hui, les généralistes s'aperçoivent qu'ils ne trouvent plus de remplaçant, les chirurgiens ont 50 ans de moyenne d'âge et la spécialité ne fait plus recette auprès des internes, les anesthésistes sont en nombre insuffisant par défaut d'attrait d'un métier qui peut être en grande partie sous traité. La féminisation de la profession tout en étant salubre, risque de demander plus de médecins pour raison de grossesses et de plus grandes difficultés à prendre des gardes pour les femmes.

On va donc élever le nombre d'étudiants en médecine de 5700 à 7000. Quelle erreur basée sur la plainte de certains chefs de service de CHU qui ne trouvent plus d'internes pour les aider tout en oubliant que la majorité d'entre eux s'installera ailleurs. Quelle erreur due au désir des doyens d'avoir toujours plus d'étudiants dans leurs universités (dont le poids politique et financier se mesure en partie au nombre d'étudiants inscrits).

Erreur aussi du Conseil National de l'Ordre qui, pour les mêmes raisons auxquelles s'ajoute le vieillissement de la population et la

féménisation du métier, agite le spectre de la paupérisation médicale du territoire dans 15 ans.

Redéfinir les tâches des médecins généralistes et spécialistes par le moyen d'un dossier électronique partagé est une urgence qui ne demande que du courage politique et le financement nécessaire, les outils étant prêts techniquement. Former des « infirmières praticiennes » qui pourront décharger les médecins de nombreuses tâches diagnostiques ou thérapeutiques est la deuxième urgence que nous évoquerons plus loin. En deux ans, un premier contingent d'infirmières praticiennes peut être opérationnel. Le manque actuel d'infirmières tient à la moindre attraction d'un métier dont l'évolution de carrière est quasi inexistante hormis pour celles qui deviennent cadres. Créer un tel corps d'infirmières expertes et reconnues légalement attirera les meilleures dont certaines pourront devenir médecin. Les aides soignantes pourront à leur tour devenir infirmières si elles en ont le talent et la volonté, rétablissant ainsi l'ascenseur social qui ces dernières années avait une fâcheuse tendance à toujours descendre.

2. Où exercer la médecine en France ?

Principes : là où il y a des besoins médicaux et non là où les médecins veulent s'installer sauf s'ils acceptent un statut totalement libéral sans aucun soutien financier.

Conséquences : Nous ne pourrions faire l'impasse d'une analyse régionale des besoins en généralistes et spécialistes avant d'autoriser un médecin à s'installer. Il s'agit d'une mesure de bon sens qui ne souffre aucune discussion, sachant que le libre marché n'existe pas en médecine (99,7 % des médecins sont conventionnés, leurs actes étant payés par l'assurance maladie et les complémentaires).

Les associations savantes, les syndicats médicaux, les agences régionales de santé, après consultation de toutes les parties y compris les populations, proposeront un nombre de médecins dans un bassin de population donnée tout en maintenant la souplesse

nécessaire pour ne pas pénaliser un hôpital, une clinique ou un cabinet médical dont l'activité nécessiterait plus de praticiens en raison d'un afflux de malades pour cause d'excellence et de techniques innovantes. La planification rigide n'ayant jamais fait preuve de son efficacité, une concurrence doit être maintenue sans devenir sauvage et contreproductive. Un médecin ne pourrait donc s'installer qu'à l'occasion d'un départ en retraite d'un confrère, ou d'un accroissement significatif de la demande mettant en péril l'accès aux soins.

Une réorganisation du tissu hospitalier est tout aussi impérative : la concentration des moyens lourds (chirurgie, réanimation, maternité, cancérologie complexe, etc.) est une garantie de plus grande sécurité.

Cette concentration doit s'accompagner d'une décentralisation du diagnostic et des soins de suites. Les hôpitaux locaux et certains petits hôpitaux généraux devront être reconvertis en « maison de santé ». Ces maisons accueilleraient les petites urgences (certaines sutures, petite chirurgie sous anesthésie locale et plâtres pourraient être délégués à des infirmiers spécialisés dans le tri des urgences et les premiers soins). Ces maisons recevraient en hospitalisation de médecine les malades pour les traitements des infections aiguës multiples, l'équilibrage d'un diabète ou d'un asthme chez les personnes âgées, et tous les soins possibles dans une infrastructure à moyens limités mais reliée par télétransmission à un centre expert. Les généralistes pourraient se réunir pour exercer dans ces maisons de santé, au lieu de pratiquer en ordre dispersé et les spécialistes pourraient y assurer des consultations avancées. Les mairies offriraient les surfaces de travail nécessaires. Secrétaires et infirmières pourraient seconder les médecins dans le cadre d'un transfert de compétence que nous avons déjà évoqué. Ces maisons de santé seraient équipées des moyens les plus modernes de diagnostic en imagerie utilisés par des manipulateurs et d'automates de biologie que contrôlerait un technicien de laboratoire. Un système de télétransmission grâce aux lignes téléphoniques multiples ou à Internet vers les centres experts (grand hôpital général, CHU, ou

clinique accréditée) assurerait à la fois la proximité des soins courants et la sécurité de l'expertise.

Ces maisons de santé auraient enfin la charge des soins de suites dès le retour du malade du centre lourd et s'engageraient dans les missions de prévention et d'aide sociale en y intégrant les assistantes sociales. On maintiendrait ainsi une présence médicale et sociale correspondant dans les régions au prix d'une reconversion de certains personnels vers les métiers adaptés à cette nouvelle organisation des soins qui permettraient de désencombrer les centres lourds. Vouloir augmenter le nombre d'urgentistes pour plaire à ceux qui veulent transformer l'hôpital en une machine à accueillir 24 heures sur 24 toutes les misères du monde est une erreur qui coûtera cher sans résoudre les problèmes posés.

3. Quel type d'exercice ? privé ou public ?

Principes : Penser l'action médicale en terme de mission d'intérêt général et cesser d'opposer les deux secteurs privé et public de la médecine en France.

Conséquences : Arrêtons de considérer la médecine privée comme uniquement commerciale et de véhiculer l'idée d'une médecine hospitalière exercée par des fonctionnaires fainéants. Dans la mesure où la totalité de l'exercice de la médecine est socialisée et très fortement encadrée, continuer à croire que la pratique médicale est libérale tient de l'incantation. Nous exerçons tous dans un système à haute régulation où médecins publics et privés ont en général une même pratique. Pourquoi, par exemple, réserver la transplantation d'organes au seul secteur public universitaire alors que la chirurgie privée est bien organisée ?

Pourquoi ne pas renforcer le financement d'activités médicales aujourd'hui peu lucratives comme la médecine interne ou la gériatrie ?

Nous avons fait le lit de cette répartition des tâches qui permet aux cliniques privées d'assurer 65 % de la chirurgie en France et

quasi 0 % de la médecine aigue par défaut d'analyse des distorsions financières de la prise en charge des malades selon leurs pathologies. C'est donc à d'autres types de contrats et de statuts qu'il faut penser pour gérer le système de soins en nous basant sur la notion « d'intérêt général » plutôt que sur celle de service public. Le contrat de mission d'intérêt général stipulerait noir sur blanc les actions sanitaires à accomplir dans un temps et un cadre bien définis, une évaluation régulière du respect du contrat assurant un financement adéquat des structures de soins signataires, privées ou publiques.

Le travail partagé entre hôpital et cabinet de généralistes et de spécialistes n'est pas assez développé. Les attachés des hôpitaux n'ont pas un statut attractif alors qu'il serait utile pour tous d'intégrer des médecins libéraux dans la prise en charge des malades hospitalisés.

Les contrats de participation entre hôpitaux et cliniques sont à encourager financièrement et les doublons hospitaliers à quelques kilomètres de distance doivent disparaître.

4. La qualité médicale

Principes : Selon le code de déontologie, chaque médecin doit connaître « l'état de l'art ». La formation continue est donc obligatoire sous peine de déroger à ce principe. Si elle n'est pas suivie, des sanctions doivent être appliquées. L'évaluation personnelle d'un médecin est un impératif qui, en assurant une compétence renouvelée, garantit la qualité, elle-même gage de la confiance que les malades nous accordent.

Conséquences : 250.000 articles scientifiques sont publiés par an, qu'aucun médecin ne peut lire dans leur intégralité. Le diplôme d'État que j'ai reçu il y a trente ans ne garantit pas le malade qui se confie à moi de ma connaissance des techniques de diagnostic et de traitement actuelles. Je rêve d'une peau d'âne biodégradable en 5 ou 7 ans et je refuse le diplôme à vie. Les associations savantes devraient rédiger pour les généralistes et les spécialistes des guides

de bonnes pratiques qui pourraient être très rapidement accessibles sur Internet. Ces référentiels de diagnostics et de thérapeutiques favoriseraient une prise en charge optimale des malades et rassureraient les médecins eux-mêmes confrontés à des choix parfois difficiles tant les publications scientifiques peuvent être contradictoires dans leurs conclusions et souvent soumises aux pressions de l'industrie.

La mise en place de l'Agence Nationale d'Évaluation en Santé (ANAES) est un progrès, mais nous devons accélérer son action. Une force d'évaluation rapide (F.E.R.) basée sur des critères simples et rapidement analysables est nécessaire pour guider les praticiens dans la recherche de la qualité médicale. Dès aujourd'hui les chirurgiens peuvent être évalués sur leurs indications opératoires, leur taux de complication et leurs résultats à distance grâce aux guides de bonnes pratiques nationaux ou internationaux qui sont publiés. La médecine et la psychiatrie seront plus difficiles à cerner, mais des expérimentations doivent être lancées sans tarder pour repérer les difficultés d'une telle démarche de transparence. Les évaluateurs seront des pairs reconnus pour leur sagesse tels que les consultants hospitaliers ou des médecins libéraux nommés par les associations savantes. Ils réaliseraient leurs évaluations à partir des données de la science selon une méthodologie définie par l'ANAES.

C'est un label d'excellence qu'il faut viser, si nous voulons conserver la confiance des malades et recevoir le prix de nos efforts. Placer des médecins à des postes où ils sont inutiles pour se protéger légalement d'un risque est une politique à court terme à laquelle il faut opposer une vision élitiste de la médecine, conservant aux praticiens leur rôle d'experts en transférant la réalisation de nombre d'actes à des assistants formés spécifiquement pour des tâches qui dépassent celles des simples soins infirmiers.

5. La rémunération des praticiens

Principe : Le paiement à l'acte est mort !!! car nous ne sommes plus, depuis cinquante ans, dans une pratique libre de la tarification des honoraires.

Conséquences : Ce paiement à l'acte tant vanté a entraîné dans le cadre du jeu conventionnel une dégradation des revenus seulement compensée par un activisme nuisible. Le rajustement du prix de la consultation de 18,5 à 20 euros a été réalisé après des mois de menaces et de grèves. La médecine en est-elle arrivée à ce point de marchandage, où l'assurance maladie n'a pas joué le meilleur des rôles ? Une consultation du généraliste vaut 50 euros, si l'on compte qu'elle soit lente (20 minutes au lieu des 10 minutes actuelles) et donc facteur de moins d'erreurs et de prescriptions inutiles. Elle correspond alors au prix moyen de l'heure d'expert (entre 120 et 200 euros).

Les différentes nomenclatures chargées de définir le niveau de remboursement des actes ont toutes failli en privilégiant anormalement les actes techniques faciles par rapport aux actes intellectuels ou techniquement difficiles. C'est ainsi que les radiologues se retrouvent au hit parade des honoraires les plus élevés tout comme les anesthésistes alors qu'une très grande partie de leur travail est effectuée par des manipulateurs ou par des infirmières spécialisées.

En bas de l'échelle, le pédiatre et le psychiatre qui exercent une médecine à « mains nues » sont injustement défavorisés. La nouvelle classification des actes intègre un certain nombre de données qui devraient aider à mieux sélectionner les actes difficiles, longs et à risque en les dissociant des actes de base. Mais il faut craindre à la fois la montée des corporatismes pour ceux des médecins dont les actes ne seront pas réévalués car considérés comme simples et la déception pour ceux qui réalisent des actes complexes qui ne seront sans doute quasiment pas réévalués.

C'est l'une des tares du système de grilles salariales publiques ou privées de vouloir aligner les salaires médicaux et paramédicaux sans tenir compte des métiers. Comment peut-on comparer les risques et la fatigue d'un médecin du travail ou d'un médecin directeur des systèmes d'information médicale d'un hôpital, à ceux d'un accoucheur ou d'un chirurgien digestif de la même institution ? Nous sommes là confrontés à une injustice qu'il faudra avoir le

courage de réparer car elle ne favorise pas les vocations vers les postes de responsabilité. Les entreprises savent déterminer les salaires de leurs cadres à partir de multiples critères et leur expérience serait utile pour avancer des propositions concrètes applicables aux médecins.

Le rôle des infirmières : La médecine reste le seul métier où entre le médecin et l'infirmière il n'y a pratiquement pas de corps intermédiaires qui pourraient assurer une bonne partie du travail, libérant le médecin pour qu'il consacre un temps suffisant à son vrai rôle d'expert. Nous connaissons les sages-femmes, les infirmières aides anesthésistes, les manipulateurs radio et quelques autres catégories de techniciens qui, au prix d'études plus longues, ont acquis un diplôme leur permettant d'exercer une part de l'activité du médecin, véritable transfert de compétences. Un tel transfert doit être encouragé tant en médecine générale que spécialisée. Est-il normal que ce soit un médecin qui contrôle si un enfant de 12 ans voit et entend bien, n'a pas le souffle coupé ni les genoux cagneux avant de lui délivrer un certificat d'aptitude au sport ? Est-il normal que le même médecin courre la campagne pour vérifier la tension artérielle d'une femme de 85 ans légère diabétique ? Est-il normal que le spécialiste revoie un homme de 55 ans pour un contrôle du dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) et de l'échographie ? Monde fou qui ose utiliser des experts à des tâches qui ne devraient pas être les leurs, mais confiées à des assistants formés à ces pratiques. Ces infirmières dites « praticiennes » existent dans de nombreux pays et accomplissent un travail remarquable. En France, les résistances sont très grandes au développement de tels corps de métiers : les médecins qui craignent que ces auxiliaires ne les amputent d'une part de leurs revenus et l'encadrement infirmier qui craint de ne pouvoir gérer ces personnels très spécialisés. Il s'agit pourtant d'une voie d'avenir : déléguer une part des responsabilités et des actes médicaux est une priorité alors que vouloir augmenter le numerus clausus du nombre d'étudiants en médecine est une erreur.

Dans un tel partage des tâches le paiement à l'acte devient un frein à l'évolution du métier médical alors que d'autres modes de

financement (au forfait ou au salaire, associé à un intéressement) pourraient être mis en place.

Le rôle des malades : Quel que soit leur âge, les malades s'équipent de plus en plus d'ordinateurs pour y puiser la connaissance et réfléchir aux choix qu'ils ont à faire lorsqu'ils sont confrontés à plusieurs avis divergents. C'est un progrès qui ramène le médecin à son vrai rôle d'expert. Tant mieux si les données du savoir sont partagées entre médecins et malades, cela simplifie le contact et permet d'aller au fond du problème sans détour. Ce que recherche un malade n'est pas le savant éthéré, mais bien l'expert qui, à partir des données de la littérature scientifique et de sa propre expérience d'années de pratique et de connaissance de son environnement, peut le conseiller au mieux. Le trafic Internet médical ne fera que croître.

Des forums et de véritables consultations électroniques existent déjà, non reconnues, qu'il faudra prendre en compte, limitant ainsi nombre de consultations physiques inutiles et dévoreuses de temps. Le dossier du malade sur Internet lui permettra d'échanger avec les différents médecins qui le prennent en charge comme les exemples concrets de suivi de cancer l'on déjà prouvé. Ce dossier et ces échanges médicaux devront être honorés tout comme la consultation avec présence physique.

Conclusion

Si les médecins, désenchantés et amers, sont prêts à changer leurs habitudes et leurs réflexes corporatistes, une voie d'avenir s'ouvrira à eux dans un espace de liberté partagée de la pratique médicale en respectant les grands principes de notre art, le savoir et sa transmission, la compassion, le secret et la probité.

Le médecin solitaire est aujourd'hui condamné. Une organisation en groupe de généralistes et de spécialistes permettant à certains de consulter, à d'autres de faire des visites, de se former ou de se reposer, une délégation de tâches à des infirmières formées

à leur nouveau métier, une évaluation régulière de nos compétences seront les clefs de notre efficacité et du maintien de la confiance des malades. L'organisation territoriale des médecins et des structures de soins, hôpitaux, cliniques, maisons de santé, ne pourra à l'avenir dépendre du pouvoir politique au gré des élections mais devra être pilotée par une instance qui par, sa légitimité, basée sur l'indépendance de ses décisions, saura promouvoir une médecine de qualité. Dans cette perspective, il faudra dissocier totalement les organismes payeurs de prestations sociales, de l'instance chargée à la fois de l'organisation des soins sur le territoire et de la garantie de leur qualité, qui reste à créer. Sans clarification entre la production de soins et leurs remboursements, nous continuerons à naviguer sans vue dans le brouillard alors que les rochers se rapprochent. Au lieu de couler, virons de bord sans hésiter. La médecine restera le plus beau des métiers au service des malades et de leurs familles si l'on veut bien s'en donner la peine collectivement, sans pour autant perdre le caractère singulier de la relation entre le médecin et celui ou celle qu'il écoute, soigne et accompagne.