

INTRODUCTION : Une Croissance non Maîtrisée

Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Economica 1985 ; Chap.I Introduction : 1-6

R. Launois¹, P. Giraud

(1) REES France - 28, rue d'Assas - 75006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

Depuis plusieurs décennies, les dépenses pour la santé connaissent une croissance bien supérieure à celle de la richesse nationale.

La consommation médicale finale (C.M.F.), c'est-à-dire les achats de biens et de services médicaux effectués par les ménages¹, représentait 4,5 % de la consommation totale de ces ménages en 1950, 6,9 % en 1960, 9,4 % en 1970, 11,8 % en 1980 et 12,5 % en 1983 (annexe 1). Aux mêmes dates, la C.M.F. correspondait respectivement à 3 %, 4,3 %, 5,7 %, 7,4 % et 8,2 % du produit intérieur brut (P.I.B.). La dépense moyenne par habitant, qui s'élevait à 870 francs en 1970, était évaluée à 5 850 francs en 1983, ce qui, en francs constants, traduit une multiplication par 1,9 en treize années.

Simultanément, le poids relatif des soins hospitaliers a augmenté - de 38,3 % de la consommation médicale finale en 1950 à 50,1 % en 1983 - tandis que régressait corrélativement la part des soins médicaux ambulatoires - de 32 % à 29,9 % - et celle des achats de biens médicaux - de 28,9 % à 20 %² (annexe 2).

Les bouleversements importants survenus dans le domaine médical et dans l'environnement économique et social au cours de cette période explique, en grande partie, l'évolution ainsi constatée. Plusieurs facteurs sont, à cet égard, généralement avancés.

D'une part, les techniques médicales se sont considérablement développées, tant pour l'aide au diagnostic (scannographie, échographie, résonance magnétique nucléaire) que pour les moyens thérapeutiques (dialyse rénale, traitement des cancers). D'une façon générale, une infrastructure hospitalière de pointe naît dans les centres hospitaliers et universitaires (C.H.U.) et se diffuse par la suite dans les autres établissements publics et privés. Simultanément, le nombre des médecins s'accroît fortement en même temps que se parcellise leur action dans des spécialisations médicales et chirurgicales plus nombreuses et plus fines. L'intervention de plusieurs praticiens disposant d'un appareillage est de plus en plus fréquente là où, autrefois, un seul s'efforçait de résoudre le cas, à mains nues. On soigne autrement, sans doute mieux, mais à coût unitaire plus élevé.

D'autre part, l'assurance maladie a été généralisée à la quasi-totalité de la population tandis que la proportion des frais pris en charge par la sécurité sociale s'est accrue. Celle-ci finançait 48,1 % des soins de santé en 1960, 65,8 % en 1970 et 73,3% en 1981 (annexe 3). Pour les seuls frais d'hospitalisation, la part de la sécurité sociale s'est élevée, entre les deux dates extrêmes, de 61% à 89,3 % (tableau 1).

Tableau 1 – FINANCEMENT DE L'HOSPITALISATION
EN 1981

Régime général	70,5 %
Régime agricole	9,2 %
Autres régimes de sécurité sociale	9,6 %
Ensemble des régimes de sécurité sociale	89,3 %
Administrations publiques centrales et locales	3,2 %
Mutuelles	1,1 %
Ménages et assurances privées	6,4 %
	100,0 %

Source : SESI. Comptes de la santé.

¹ La dépense nationale courante de santé est plus élevée puisque, outre la C.M.F., elle comprend les dépenses de soins non marchands (médecine préventive, médecine scolaire, médecine du travail) ainsi que les dépenses de prévention sanitaire collective, d'enseignement, de recherche et de gestion générale des services de santé.

² Comptes annuels de la santé.

Dans le régime général d'assurance maladie, les dépenses sans ticket modérateur sont passées de 60,7 % à 73,1 % du volume total des dépenses pour frais de santé entre 1974 et 1983 (annexe 4) ; si l'on tient compte des assurances maternité et accidents du travail, où les frais de soins sont pris en charge intégralement, les trois quarts des prestations versées par la C.N.A.M.T.S. correspondent à des prestations sans ticket modérateur (tableau 2). Ainsi, la demande de soins est de plus en plus rendue solvable par des mécanismes de financement collectif.

**Tableau 2 – SOINS DE SANTÉ PRIS EN CHARGE
PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE
EN 1983**

	<i>Avec ticket modérateur</i>		<i>Sans ticket modérateur</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>Millions de francs</i>	<i>%</i>	<i>Millions de francs</i>	<i>%</i>	<i>Millions de francs</i>	<i>%</i>
Assurance maladie	48 008	26,9	130 293	73,1	178 301	100,0
Assurance maternité			6 504	100,0	6 504	100,0
Assurance accidents du travail			3 374	100,0	3 374	100,0
Ensemble	48 008	25,5	140 171	74,5	188 179	100,0

Source : C.N.A.M.T.S.

Enfin, avec l'élévation du niveau culturel, et en relation avec les deux facteurs précédents, les comportements de la population en face des problèmes de santé et du recours à l'appareil sanitaire se sont modifiés. La perception qu'a le public des bienfaits des techniques nouvelles encourage l'emploi, alors même que la médicalisation de problèmes individuels ou sociaux augmente le champ de la médecine psychosomatique.

D'autres consommations - achats d'automobiles, d'appareils électroménagers, dépenses de loisirs - ont connu, au cours des trois dernières décennies, des progressions aussi, sinon plus rapides, que celle des dépenses de santé, absorbant une part de plus en plus grande des budgets des ménages, au détriment des grands postes autrefois prépondérants de l'alimentation et de l'habillement. Ce n'est pas l'augmentation des dépenses de santé qui, en elle-même, pose un problème, mais le fait de leur prise en charge par la collectivité - si nécessaire soit-elle pour résoudre les problèmes des plus défavorisés - alors que les ménages sont par ailleurs sollicités par les produits d'autres secteurs auxquels ils souhaitent pouvoir accéder. Ce qui pose le problème du revenu disponible après impôts et autres prélèvements obligatoires, et donc du montant de ceux-ci, dont une partie non négligeable finance les dépenses de santé.

Le décalage entre la progression des dépenses collectives pour la santé et la croissance du produit national se traduit par la résurgence périodique d'un « déficit » de l'assurance maladie. A chaque épisode, les gouvernements ont tenté de combler temporairement l'écart par des mesures particulières. Les unes ont porté sur le taux de prise en charge de certaines prestations : ticket modérateur pour les soins ambulatoires et les produits pharmaceutiques, forfait journalier pour les séjours en établissements hospitaliers.

D'autres ont tenté de freiner la progression des tarifs des dispensateurs de soins : conventions avec les professions médicales et paramédicales, réglementation des prix de l'industrie et du commerce pharmaceutiques, des cliniques privées, tutelle sur les budgets des établissements hospitaliers.

Parfois, des efforts ont été entrepris en vue de restreindre l'offre : carte sanitaire pour les lits d'hospitalisation et les équipements lourds, limitation du nombre des étudiants en médecine. Mais, surtout, ont été accrus les prélèvements obligatoires qui pèsent sur les ménages (cotisations des assurés), sur les entreprises (cotisations des employeurs) et plus généralement sur les contribuables (apports du budget de l'Etat).

Cette pression, qualifiée souvent d' « inflationniste », du secteur de la santé était déjà dangereuse en période de forte croissance économique. Elle était généralement acceptée au nom du dogme selon lequel « la santé n'a pas de prix » et dans la croyance que la continuation de la croissance permettrait tout. Le dogme demeure bien ancré dans de nombreux esprits. Mais la crise que nous connaissons depuis 1975, et dont bien peu persistent à dire aujourd'hui qu'elle n'est qu'un simple épisode conjoncturel, n'autorise plus de telles facilités. Elle implique une réflexion sur la « gestion de la santé » et une nouvelle donne en ce domaine. De nombreux travaux lui ont déjà été consacrés³.

L'appareil sanitaire français ainsi que le système de protection sociale qui en assure très largement le financement sont très complexes. Ils sont le fruit d'une longue histoire et sont tellement entrés dans les mœurs qu'en faire table rase pour rebâtir à neuf paraît à beaucoup impossible.

Il importe néanmoins de remédier à leurs causes de dysfonctionnement, parmi lesquelles doivent être mises en tête la complexité même et l'absence de « transparence » et de « responsabilité » qu'elle entraîne. En bien des circonstances, ce système se situe en dehors des données fondamentales de l'analyse économique. Les projets élaborés ignorent, ou feignent d'ignorer, l'apport que cette analyse pourrait fournir. De même demeure limité l'intérêt porté aux enseignements de la sociologie politique. Enfin, les caractères spécifiques de l'activité médicale sont, trop souvent, ou bien sacralisés ou bien passés sous silence.

C'est à combler certaines de ces lacunes que l'on voudrait s'attacher ici. Il ne s'agit pas de désigner un « responsable », coupable de tous les maux : le patient qui s'adresse inconsidérément à la science médicale, le médecin qui prescrit, le gestionnaire peu clairvoyant, le fonctionnaire imbu de technocratie, le politique démagogue. Tous les acteurs se trouvent avoir, sciemment ou non, une part de responsabilité. Une observation attentive du système et de son évolution en éclairera les faiblesses ; la référence à l'analyse économique suggérera des axes de solution.

Dans cette optique, quatre constatations peuvent être faites, qui éclairent les propositions :

- Le système sanitaire et social s'est progressivement dégagé du modèle économique classique dans lequel le marché régule l'activité du secteur et les revenus des producteurs. L'Etat est intervenu pour se substituer au marché et, dès lors, il n'est pas surprenant qu'il se trouve soumis à la pression des différents acteurs, désireux de maximiser leur avantage (Chapitre 1).
- L'activité soignante présente des caractéristiques qui en limitent l'économicité. Notamment, le savoir médical est constitué de vérités provisoires et d'incertitudes qui incitent le praticien, dans son rôle de médiateur entre le malade et la technique, à s'entourer des garanties maximales au prix d'une élévation des coûts (Chapitre 2).

³ Notamment : J. Kervasdoué, J. Kimberly, V. Rodwin, *La Santé Rationnée*, Economica, Paris, 1981. -Travaux du Commissariat Général du Plan, *La Santé Choisie*, La Documentation Française, Paris, 1982. -E. Lévy, M. Bungener, J. Duménil. F. Fagnani, *La Croissance des Dépenses de Santé*, Economica, Paris, 1982. -V. Rodwin, « Management Without Objectives, The French Health Policy Gambie », in *The Public/Private Mix for Health*, éd. G. Mc.Lachlan, A. Maynard, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, Londres, 1982, pp. 291, 325. -B. Majnoni d'Intignano et J.C. Stéphan, *Hippocrate et les Technocrates*, Calmann-Lévy, Paris, 1983. -*La Maîtrise des Dépenses de Santé*, éd. J.C. Saily, CRESGE -IESG, Lille, 1983.

- Les prestataires de services sont rémunérés à partir de ressources collectives selon un mode de tarification à l'acte et à la journée et grâce à un remboursement a posteriori des usagers. Si ce système permet de tenir plus ou moins fermement les prix unitaires, il a, par essence, des effets inflationnistes certains sur le volume de l'activité en l'absence d'un contrôle effectif de celle-ci (Chapitre 3).
- Les mesures de régulation bureaucratiques se révèlent en fait inefficaces en raison de leurs déviations sous les pressions combinées des acteurs du système. Ces déviations sont telles que l'on est conduit à s'interroger sur leur opportunité et, à la limite, sur leur légitimité (Chapitre 4).
- Dès lors, devant ces carences, la nécessité peut apparaître de redonner un rôle au jeu des mécanismes économiques progressivement éliminés. Le retour pur et simple au marché n'est pas concevable en raison du caractère aléatoire des risques - dont certains nécessitent des traitements très onéreux - , de l'inégale répartition des revenus - qui priverait certains des soins même élémentaires - , de la concurrence imparfaite entre les producteurs - du fait de leur localisation ou de leur spécialisation -, des lacunes de l'information des usagers -qui les privent des moyens d'exercer rationnellement leur choix. Mais l'organisation d'un « quasi-marché » de la santé peut réaliser le nécessaire équilibre entre la satisfaction des besoins et les possibilités offertes par la richesse nationale en évitant les écueils aussi bien du « marché sauvage » que de l'« interventionnisme bureaucratique » (Chapitre 5) .