

« L'influence "*maligne*" de l'assurance maladie sur le coût des soins médicaux »

Robert LAUNOIS ⁽¹⁻²⁾

3^e journées d'Economie Sociale Nancy 1983

Economie Sociale – Textes réunis par Denis Kessler

Centre National de la Recherche Scientifique – Centre régional de publication de Meudon-Bellevue – Editions du CNRS
1987

⁽¹⁾ REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

⁽²⁾ UFR SMBH – Université de Paris XIII – 74 rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex - Email : launois_ireme@smbh.univ-paris13.fr - Site web : <http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>

Il faut détruire le mythe du meilleur traitement. « Chacun croit ou voudrait croire qu'il existe pour chaque cas une seule conduite thérapeutique, un seul diagnostic, un seul protocole de soins » (Cf. N. Bensaïd, 1981). Or sans même tenir compte des erreurs possibles, les décisions envisageables et légitimes sont toujours multiples. La pathologie est trop complexe et la thérapeutique trop mouvante pour qu'on puisse imposer une doctrine officielle des soins.

Presque toujours entre plusieurs diagnostics et plusieurs thérapeutiques envisageables il faut choisir – l'argent pèse sur ce choix et les mécanismes de financement contribuent à l'explosion des coûts.

L'IMPOSSIBLE CODIFICATION DE L'ACTE MEDICAL

L'acte médical est le point d'application d'un savoir. En l'absence d'un corpus substantiel de données sur l'efficacité théorique des soins, un grand nombre de questions médicales ne sont pas encore tranchées. Dans cet océan de hasard, le médecin qui se doit de façonner le meilleur destin possible pour celui qui lui confie sa vie, revendique un droit permanent à l'erreur par excès. Malheureusement le plus n'est pas nécessairement le meilleur et la densification des soins se heurte nécessairement à la loi des rendements décroissants.

□ Dimensions de l'incertitude médicale

Quand un médecin prend une décision, c'est souvent dans l'angoisse de prendre la mauvaise. La décision médicale ne se réduit pas à l'application mécanique d'une recette. Très souvent cette recette n'existe pas et à supposer qu'elle existe, elle ne pourrait être appliquée mécaniquement : l'efficacité des soins dans des conditions normales d'usage varie en fonction des terrains individuels et le choix d'un traitement n'est jamais dicté par des considérations exclusivement scientifiques dès lors que chaque malade a le droit de sélectionner parmi les multiples possibilités médicales, celle qui lui convient.

○ Le médecin est incertain quant à la réalité du besoin

Il est confronté à un ensemble de symptômes et non à des cas nettement délimités et étiquetés une fois pour toutes. Dans certaines situations, il s'agira simplement de phénomènes hypocondriaques, de fixation obsédante sur des sensations dépourvues de caractère pathologique. Dans d'autres cas, au contraire, il faudra y voir la manifestation sourde d'une maladie insidieuse qui évolue à bas bruit. Les signes pathognomoniques qui permettent d'identifier sans ambiguïté une pathologie font souvent défaut et les évocations diagnostiques sont nécessairement multiples. A partir de quel moment un tableau clinique doit-il déclencher le grand branle-bas des moyens diagnostiques ? Pratiqués trop tôt ils risquent d'apporter une sécurité fallacieuse, pratiqués trop tard, ils peuvent s'avérer incapables de permettre de rattraper le temps perdu.

Un test diagnostique ne permet d'ailleurs pas de dire s'il y a ou non maladie, il constate simplement la présence ou l'absence de signe habituellement considéré comme « utile à l'identification de celle-ci », ce qui n'est pas la même chose.

Examen para-clinique

⇒ présence ou absence de signe

⇒ existence ou inexistence de la maladie

Deux risques de dérapage existent donc :

- le signe peut ne pas être repéré à la suite de défaillances humaines ou techniques. Ces risques d'erreur sont bien connus pour les méthodes qui ne font que prolonger l'observation visuelle (endoscopie, radiologie). Mais ils existent également pour le dosage dans les humeurs de produits pathologiques (problème de la reproductibilité) ;
- le signe peut être repéré mais avoir une valeur informationnelle faible s'il est fréquemment présent chez les bien-portants (problèmes des faux positifs). Banta (cf. Banta et Thatcher, 1979) a ainsi dénoncé le manque de spécificité de la surveillance fœtale par monitoring obstétrical qui permet la mesure en continu du rythme cardiaque de la contraction utérine et du PH fœtal en cas de trouble du rythme. Le but de l'opération est de détecter la souffrance du fœtus afin d'éviter l'apparition d'une anoxie susceptible d'endommager les centres nerveux ou de provoquer la mort du fœtus. Le remède est l'accélération de la délivrance en pratiquant une césarienne. Or, la proportion de vrais négatifs parmi les fœtus qui ne souffrent pas d'anoxie est faible, il y a donc des faux positifs, c'est-à-dire que les césariennes sont pratiquées sur des femmes dont les enfants n'en ont pas besoin. Cent mille interventions de ce type auraient été pratiquées, selon Banta, aux Etats-Unis en 1977.

Pour éviter l'erreur, il faudrait répéter les examens régulièrement ; mais alors les coûts et les risques deviendraient vite exorbitants. Il n'est d'ailleurs pas certain que ces examens ouvrent la voie à une action efficace. Si un test permet seulement d'affiner le diagnostic, sans qu'il y ait rien à tenter, pourquoi le pratiquer ? Bismuth a très bien montré dans le cas des ictères du foie (Cf. Bismuth-Houssin, 1978) qu'il existe deux types de stratégie possible dans le choix des investigations. Le premier repose sur une attitude diagnostique et ordonne les examens jusqu'au moment où le siège précis de la lésion peut être localisé. Le second suppose une attitude décisionnelle et détermine la nature et la chronologie des examens en fonction du type d'intervention qu'il est possible d'effectuer, compte tenu de l'état de santé du malade, de son âge et des pathologies associées. Il ressort de son étude que l'évaluation des possibilités thérapeutiques soit être faite d'emblée pour chaque malade de telle sorte que les investigations nécessaires soient fonction de l'ampleur potentielle du traitement chirurgical. Le besoin d'examens complémentaires n'existe que dans la mesure où les soignants sont capables d'apporter « une réponse appropriée » (Cf. J.P. Deschamp, V. Merckx, R. Renault, 1982) aux défaillances mises à jour.

- *Le médecin est incertain quant à la valeur intrinsèque des protocoles disponibles*

Il faut détruire le mythe du meilleur traitement. En matière médicale, il n'existe pas de liaison simple entre traitements et résultats obtenus. On évoque toujours la transformation de la médecine d'antan en médecine scientifique et l'introduction des essais thérapeutiques ; ces derniers sont l'exception et non la règle. Si l'on imagine, comme nous y incite A. Cochrane (Cf. A. Cochrane, 1977), une carte où l'on exprimerait la densité des essais contrôlés réalisés dans une région donnée en représentant les fortes densités en noir et des densités plus faibles par différentes valeurs de gris, on verrait la Grande-Bretagne en noir, les pays scandinaves et les USA en gris, et le reste du monde en blanc.

- *Le médecin est incertain quant au bien-fondé des séquences diagnostiques et thérapeutiques qu'il élabore*

Dans le domaine thérapeutique, même en supposant que l'efficacité des techniques médicales ait été prouvée, dans un contexte expérimental, rien ne permet de préjuger des résultats sur un patient particulier. L'organisme ne répond jamais de façon identique, selon son état, à l'action exercée sur lui. La trajectoire d'une pathologie dépend de toute une série de facteurs : degré de « l'évolutivité » de la maladie, environnement social et familial, style de vie, dont une partie seulement est sous le contrôle médical. L'inférence de causalité entre l'intervention du médecin et l'état de santé du patient est donc masquée ou brouillée par d'autres variables (les variables confondantes) qui peuvent être responsables de l'effet constaté ; le traitement des alcooliques, des obèses et des fumeurs coûte plus cher que celui des malades dont l'hygiène de vie est plus satisfaisante, sans que les médecins puissent en être tenus pour responsables. Zook et Moore (Cf. Zook et F. Moore, 1980) ont ainsi calculé que dans le cas de ces « terrains » défavorables, le coût de l'hospitalisation, était majoré de mille dollars par an et par malade, quelle que soit la pathologie considérée. Sur cinq ans, le surcoût se chiffre à deux mille neuf cent quatre vingt huit dollars et sur dix ans, il atteignait trois mille huit cent quatre vingt deux dollars.

- *Le médecin est incertain quant à l'utilité du résultat qu'il obtient*

Il joue contre la nature, en fonction des attitudes qu'il prête à son patient face à la maladie et au traitement. Ses choix sont influencés par la personnalité, l'activité professionnelle et le comportement du malade à l'égard du risque. On ne soigne pas de façon identique un intellectuel et un sportif. En cas de rétinopathie ou de décollement de la rétine, par exemple, on procède soit à une photo-coagulation large, soit à une photo-coagulation limitée. Dans le premier cas, le risque de cécité est minime mais l'acuité visuelle est sérieusement réduite. Dans le second, l'acuité visuelle est préservée mais le risque de décollement subsiste. Il est bien évident que l'on recourra à la première technique pour un sportif et à la seconde pour un intellectuel.

Les décisions possibles sont toujours très diverses et c'est en cela que l'acte médical n'est pas une science mais un art qui s'appuie sur les sciences. Encore faut-il que cet art de la divination des préférences du malade ne conduise pas le médecin à substituer sa propre échelle de valeur à celle du patient qu'il traite.

Souvent, en pensant bien faire, en pensant jouer contre la part irrationnelle et mal informée du malade, il va à l'encontre des préférences de celui-ci. B. McNeil (Cf. B. McNeil et S. Pauker, 1982) a bien montré les dangers d'un tel comportement. Pour traiter le cancer du poumon, deux stratégies thérapeutiques peuvent être envisagées : la chirurgie et l'irradiation. La première offre une rémission longue mais n'est pas dépourvue de risque puisque le taux de mortalité opératoire n'est pas négligeable. La seconde est plus sûre mais prolonge le malade moins longtemps. D'un côté l'alternative est de gagner cinq ans ou de ne rien gagner du tout si l'opération se termine mal. De l'autre, on a la quasi-certitude de gagner deux ans. Le malade confronté à ce choix privilégie souvent la certitude. Au nom de quoi le chirurgien pourrait-il suggérer que la première des stratégies est préférable à l'autre ?

Cette incertitude des producteurs a été longtemps négligée par les économistes. Obnubilés par l'asymétrie informationnelle qui caractérise la relation médecin/patient, ils se sont bornés à évoquer les conflits d'intérêts et les comportements déviants qui pouvaient en résulter, sans voir que la variabilité des pratiques peut être simplement liée au fait que le médecin n'est jamais sûr de la pertinence et de l'efficacité de ses prescriptions. Les différences que l'on constate entre les pays quant aux taux d'hospitalisation, à la longueur des séjours ou à la fréquence des opérations de petite

chirurgie s'expliquent par cette variété des contextes institutionnel et financier à laquelle J. de Kervasdoué (1979) faisait pudiquement allusion lorsqu'il qualifiait la technologie médicale de culturelle. Mais au-delà de cette explication première, il faut voir surtout la manifestation du haut degré d'incertitude qui entoure la décision médicale. L'étude de Wenneberg publiée récemment dans le *Social Sciences and Medicine* (Cf. A. Wenneberg et al., 1982) est très instructive à cet égard. On y constate que le taux d'amygdalectomies est plus fort en valeur absolue aux USA qu'en Norvège et en Suède, ce qui n'est pas étonnant puisque le premier pratique le paiement à l'acte tandis que les deux autres disposent d'un système national de santé. Par contre, la dispersion des taux d'intervention est la même dans chacun de ces pays et révèle une même incertitude dans le domaine des indications opératoires.

□ L'obstination due au malade

Dans chaque cas il y a mise en œuvre d'une stratégie personnalisée qui fait intervenir des décisions successives en fonction des résultats constatés. Le problème est alors de savoir jusqu'où il faut s'engager dans ce processus itératif. Le seul critère qui puisse guider le médecin dans ses actions est l'obstination due au malade. Lucien Israël a écrit de très belles lignes sur ce fondement de l'activité médicale :

L'une des finalités majeures de la médecine consiste à se mettre au service de l'individu, au besoin contre l'espèce, la société et la famille. J'ai vu tant de patients lutter avec une énergie farouche, certains heureusement avec succès, d'autres pour finalement succomber. J'ai lu tant de reconnaissance dans leurs yeux et leurs gestes pour la détermination qu'ils savaient en nous de disputer la totalité de leurs chances, que je n'ose imaginer leur désarroi, leur terreur s'ils avaient un instant pu craindre d'être assassinés en pleine bataille, fut-ce la dernière.

(Cf. L. Israël, 1980)

A partir du moment où le médecin passe avec armes et bagages du côté de ceux qui demandent un supplément de vie, il tentera toujours de réduire la part de l'incertain et d'accroître la marge de sécurité dont ses malades doivent disposer.

Si un diagnostic n'est sûr qu'à 95 % après un examen à six cents francs, pourquoi n'accepterait-il pas de dépenser le double pour élever ce pourcentage de 95 à 97 ? S'il est souhaitable de se soumettre à un examen de santé par an, pourquoi ne pas en effectuer deux au cours de l'année ? Une telle attitude incite le producteur à revendiquer le droit *permanent à l'erreur par excès*, ce qui le conduit à confondre qualité et quantité des soins prodigués (prodigués ! Comme le mot est significatif !). Ce risque de surprescription est accru par deux facteurs : d'une part tout ce qui touche à la médecine ne se ramène plus aujourd'hui à une question de vie ou de mort. Beaucoup d'actes médicaux relèvent de la médecine de confort lorsque le bien-vivre l'emporte sur le survivre, la distinction entre nécessaire et superflu devient moins claire. A la limite un traitement peut être mis en œuvre simplement pour ses effets signifiants. D'autre part, les hommes de l'art ont tendance à surestimer les possibilités des techniques et ceci indépendamment des avantages financiers qu'ils peuvent en retirer. Si la théorie de la demande induite était vraie, si les chirurgiens multipliaient effectivement le nombre de leurs interventions pour maximiser leurs interventions pour maximiser leurs revenus, ils devraient normalement restreindre leurs indications opératoires lorsque leurs intérêts pécuniaires ne sont pas en jeu et notamment lorsqu'ils soignent leurs proches. Or, on constate qu'il n'en est rien. Bunker (1974) a comparé la fréquence d'intervention pour cinq actes de petite chirurgie (appendicectomie, ablation de la vésicule, de l'utérus, d'hémorroïdes, d'hernie) sur deux

groupes de femmes californiennes, un groupe de femmes de médecins et un groupe de femmes de même appartenance sociologique (femmes de juristes, de cadres supérieurs et de pasteurs). Les statistiques sont formelles, il y a plus d'interventions pratiquées sur les femmes de médecins : 44,9 % avaient subi l'une des interventions précitées contre 38,6 % des femmes de juristes et 37 % des femmes de businessmen.

LA LOI DE L'EFFICACITE MEDICALE DECROISSANTE

L'amélioration des soins ne se confond pas nécessairement avec l'augmentation de la qualité des soins dispensés. Tout progrès dans l'utilisation des moyens produit d'abord ses meilleurs effets puis épuise peu à peu son efficacité. C'est la fameuse loi des rendements décroissants. Maillard (Cf. Maillard et al., 1976) a ainsi montré que le rendement d'une équipe opératoire décroissait au fur et à mesure que son activité augmentait, pour un effectif donné d'infirmières, présentes au chevet du malade en permanence. Pour une activité inférieure ou égale à vingt deux interventions moyennes ($> k 80$) ou majeures ($> k 80 +$ passage en réanimation) le taux de mortalité post-opératoire était de 11 %. Lorsque l'activité opératoire de l'équipe chirurgicale dépassait vingt deux interventions par semaine, la mortalité post-opératoire atteignait 22 %, la différence étant significative au seuil de 5 %. Ce rendement marginal décroissant s'explique par deux facteurs :

- au fur et à mesure que le nombre d'interventions augmente, le personnel soignant n'a plus le temps de respecter les règles d'hygiène élémentaires et les risques d'infection augmentent ;
- au fur et à mesure que le nombre d'interventions s'accroît, la fatigue du personnel augmente et sa lassitude se traduit par un absentéisme croissant. La présence de tels rendements marginaux décroissants autorise le médecin à récuser temporairement le malade et à demander la fermeture partielle du service lorsque le nombre d'infirmières tombe en dessous du minimum requis.

Raymond Neutra (1978) a étudié l'impact du monitoring sur le taux de mortalité en analysant le cas de 15 846 enfants qu'il classe en cinq catégories en fonction des risques qu'ils présentaient à la naissance. Le monitoring réduisait les risques de décès de 303,8 à 195,1 pour mille lorsqu'il était utilisé sur des sujets à haut risque qui correspondaient à 0,76 % de l'échantillon. Par contre, pour les sujets qui présentaient un très faible risque et qui constituaient la majorité de l'échantillon (76,10 %), le recours au monitoring provoquait une augmentation du taux de mortalité. Le taux de mortalité qui était en effet de 0,5 pour mille lorsque le monitoring n'était pas utilisé, passait à 1,1 pour mille, lorsqu'on y avait recours. Le problème n'est donc pas de savoir jusqu'où doit-on aller dans l'utilisation de cette technique en fonction des résultats que l'on peut en attendre, suivant les classes de risques. Ceci est un bon exemple de la « FLAT of the Curve Medicine » (Cf. A. Enthoven, 1978).

Dans certains cas, la thérapeutique non seulement est inefficace, mais elle est même dangereuse. L'équipe médicale du service de réanimation de l'hôpital Mondor (Cf. Truner et al., 1981) a étudié la fréquence et la gravité des accidents iatrogéniques dans une unité de soins intensifs. Sur trois cent vingt cinq admis en un an, quarante et un –soit 12,4 %– étaient pour une cause iatrogénique.

La fréquence des accidents de ce type est encore plus élevée dans une étude américaine : pendant cinq mois, Stell et al. (1981) ont colligé les observations des entrants dans un service médical de quatre vingt trois lits. Sur huit cent quinze patients, deux cent quatre vingt dix (36 %) ont eu un ou plusieurs troubles rapportés à une exploration diagnostique ou à des traitements et qui n'étaient pas imputables au cours naturel de leur maladie.

Duncan Neuhauser, professeur à Harvard, est arrivé à la même conclusion dans un papier non publié, quant aux risques des opérations pratiquées par un chirurgien sur une personne de soixante cinq ans, souffrant d'une hernie. Le risque opératoire était quatre fois supérieur au risque de l'étranglement de la hernie en l'absence d'opération.

En France (Cf. C. Béraud, 1979), le nombre des appendicectomies est estimé annuellement à 250 000. La fréquence des appendicites aiguës serait de 65 000. Les trois quarts des opérations d'appendicite n'ont aucune utilité. Elles reposent sur un diagnostic d'appendicite chronique dont l'existence, médicalement parlant, est improbable ainsi qu'en témoigne la persistance des symptômes après l'intervention. Compte tenu d'une mortalité de 0,65 pour mille et d'un coût de quatre mille francs, cent vingt malades décèderaient chaque année des suites de cette intervention dont le coût serait de sept cent quarante millions de francs.

Dès que l'on reconnaît qu'il y a un risque de surconsommation, il devient nécessaire d'évaluer le bien-fondé de celle-ci. Il faut donc procéder à des mesures et à des comparaisons. Jusqu'à présent, les techniques d'évaluation mises en place reposaient toutes sur le principe d'une comparaison entre une activité réelle dans un domaine donné et une activité de référence considérée comme idéale. Cette base de référence, qui est réalisée à partir des avis d'experts, ne compose nullement une norme d'usage mais une performance idéale qu'il est sans doute souhaitable d'atteindre, mais que des conditions locales ou des caractéristiques propres au malade empêcheront de réaliser. Les critères de jugement utilisés sont soit déterminés par l'accord du groupe : critères explicites, soit choisis subjectivement par les individus effectuant le contrôle : critères implicites. Cette norme traduit simplement le niveau de connaissance de médecins qui l'élaborent ; elle ne reflète que la moyenne des incertitudes avec lesquelles les experts doivent composer. Le projet d'une démarche scientifique serait justement de critiquer cette moyenne, en s'efforçant d'évaluer, sur une base scientifique, comment la mise en œuvre d'une thérapeutique modifie l'évolution naturelle de la maladie. Pour en savoir davantage, il faudrait confronter la thérapeutique mise en œuvre et les résultats constatés sur une base expérimentale ou quasi-expérimentale. L'optique des résultats devrait prendre le pas sur celle des processus. Aussi longtemps qu'un tel objectif n'est pas atteint, les décisions envisageables et légitimes demeureront multiples et l'argent pèsera fatalement sur les choix.

DES MECANISMES DE FINANCEMENT INFLATIONNISTES

□ Les lacunes économiques des doctrines traditionnelles

Le risque morbide est imprévisible. Le montant des ressources dont il faudrait disposer pour pouvoir y faire face lorsqu'il survient dépasse largement les possibilités d'épargne individuelle. Il faut organiser l'accès aux soins au-delà de ce que permettrait le revenu courant de chacun. Cette organisation peut être faite soit en fonction des droits que l'individu a acquis au cours de son activité professionnelle, soit en fonction des droits qui lui sont reconnus par la collectivité. Mais quelle que soit la philosophie sous-jacente, on n'imagine jamais que les modalités de prise en charge puissent retentir sur le besoin et le déplacer comme s'il n'y avait aucune dialectique entre le système de financement et le système de soins.

○ La conception commutative

La justice commutative correspond à la maxime « chacun selon son dû ». Il doit y avoir égalité entre les apports de chacun à la collectivité et les droits qu'il a sur celle-ci.

C'est la règle du donnant/donnant qui doit régir les rapports sociaux. Dans cette perspective :

- l'ouverture des droits est subordonnée à des conditions préalables d'activité et de cotisation ;
- l'importance des prestations est fonction de l'ampleur des cotisations payées par l'intéressé ;
- la solidarité s'organise dans le cadre de régimes professionnels différenciés. Elle utilise des techniques de l'assurance qui recoupe partiellement les principes dont son action s'inspire.

La logique purement libérale d'un tel système exigerait que la valeur des cotisations soit actuarielle : c'est-à-dire égale à la valeur monétaire de la perte couverte multipliée par sa probabilité d'apparition. *Ex ante*¹ il n'y aurait aucune redistribution de revenu. Le revenu certain dont disposerait l'assuré après avoir payé sa cotisation serait égale à l'espérance mathématique des gains qu'il aurait pu percevoir selon qu'il eut été malade ou bien-portant. La seule mission de l'assurance serait d'accroître la sécurité (Cf. K. Arrow, 1963) en ce sens que l'utilité du revenu certain qu'elle garantirait serait supérieure à l'espérance d'utilité des revenus aléatoires qui pourraient être perçus en son absence. *Ex post* bien entendu on constaterait une redistribution horizontale des revenus. Les bien-portants paieraient pour les malades. Mais par hypothèse², les transferts opérés compenseraient exactement l'incidence du risque morbide. L'inégalité des ressources distribuées ne serait que le reflet de l'inégalité devant le malade. L'effet redistributif global mesuré en termes de bien-être et de ressources financières serait nul (Cf. R. Padiou, 1982).

Un tel système est en réalité impraticable. Pour identifier les risques individuels, il faudrait mettre en place une structure d'information très complexe dont le coût serait prohibitif. Les régimes se contentent donc d'observer le montant des dépenses qu'ils supportent afin d'en répartir la charge également entre assujettis sous forme de cotisations uniformes. La personnalisation des risques (expérience rating) est écartée au profit de la péréquation des risques (community rating). L'élément vulnérabilité personnelle disparaît. Il ne subsiste que la volonté qu'ont les différents groupes sociaux de décider de l'importance de leur protection sociale et des sacrifices nécessaires pour en assurer le financement sans mettre en cause la hiérarchie des revenus professionnels. A l'intérieur de chacun des groupes, certains assurés paient plus qu'ils ne devraient en fonction du risque qu'ils représentent *ex ante*. D'autres paient moins que ce qui serait adéquat. Une redistribution est bien opérée *ex ante* au titre de la solidarité professionnelle, mais cette redistribution est modeste et surtout elle n'est pas vraiment voulue puisqu'on y procède surtout en fonction des facilités techniques qu'elle offre pour le calcul des cotisations individuelles.

○ *La conception distributive*

La perspective est tout autre lorsque la sécurité sociale est organisée dans une optique redistributive. Le principe « chacun contribue selon ses moyens et chacun perçoit en fonction de ses besoins » est alors appliqué. L'institution s'efforce de garantir à tous un minimum vital afin de faciliter l'intégration de chacun dans la collectivité nationale. Dès lors que les groupes sociaux entre lesquels existent des différences économiques doivent verser à leurs adhérents les mêmes prestations, ceux pour lesquels les capacités contributives sont insuffisantes doivent demander une aide extérieure aux autres groupes. Or, un déficit constaté *ex post* n'est pas nécessairement assurable *ex ante*. Pour qu'il puisse l'être il faut qu'il conserve un caractère aléatoire. Un risque certain ne peut être réduit, il ne peut être que compensé par une politique de transferts appropriée. Les mécanismes de la compensation entre salariés et non salariés obéissent ainsi à une logique redistributive qui n'a rien à voir avec la logique de l'assurance.

Pour apprécier une telle politique, il faut savoir si les résultats qu'elle permet d'obtenir sont conformes aux objectifs que poursuit l'Etat en matière de redistribution. Or, logiquement, il n'y a aucune raison que cela soit le cas. Les prélèvements opérés sur les rémunérations varient en fonction du revenu (sous réserves des « ruptures de parallélisme » tout à fait injustifiées) tandis que la masse des prestations distribuée varie en fonction de l'utilisation du système de soins. De telle sorte que la solidarité nationale conduit à utiliser une partie des contributions demandées aux plus riches pour le financement des dépenses des plus forts consommateurs ; c'est donc l'usage plus ou moins intensif du système sanitaire qui détermine l'ampleur des transferts affectés. Si les gros consommateurs de soins sont également les plus démunis (hospitalisation) alors la redistribution joue dans le bon sens. Par contre, si les consommateurs les plus zélés sont aussi les plus riches (soins spécialisés) alors la redistribution joue largement à rebours d'une plus grande égalité. L'idéologie de l'institution unique comme condition d'égalité a des effets extrêmement pernicieux. Elle ne permet pas de dissocier a priori les « transferts entre bien-portants et malades sans considération de revenus et les transferts sociaux à revenus différents sans considération de santé » (Cf. J.J. Rosa, 1981 ; S. Nora et J.C. Naouri, 1979 ; S. Nora, E. Maire, 1983). L'utilisation d'un seul instrument pour atteindre deux objectifs aboutit à la confusion des rôles et des responsabilités. « N'est-ce pas en définitive parce que l'Etat refuse d'aborder de front les problèmes de redistribution à travers la fiscalité que le dispositif social se voit contraint de l'assumer de façon perverse et vague à travers des mécanismes qui mélangent la péréquation et la solidarité ».

L'opposition entre les deux conceptions commutative et distributive sociales va bien au-delà des clivages politiques traditionnels. Elle est au cœur des relations ambiguës qu'entretient chaque citoyen avec l'institution. Lorsque les travailleurs en tant que tels veulent fixer l'importance de la protection sociale dont ils bénéficient, ils se réfèrent implicitement à l'importance de leur apport à la société. Lorsque les individus invoquent le droit aux soins en tant que membre de la collectivité, ils supposent qu'il existe pour chaque être humain un faisceau de besoins incompressibles dont la société doit assurer la satisfaction. L'assurance maladie est revendiquée comme un droit au minimum vital alors qu'en matière de santé il n'existe pas de seuil au-delà duquel il soit possible d'affirmer que le besoin est satisfait. Les premiers croient que les dépenses se caleront sur le montant des contributions individuelles collectées par les sociétés d'assurances. Les seconds pensent qu'il suffit à l'Etat d'autoriser un relèvement de cotisations pour atteindre les objectifs de dépenses qu'il s'est fixés. A aucun moment, les tenants de l'une ou l'autre thèse n'ont imaginé que les facteurs de recours aux soins, le choix des techniques et le coût de leur mise en œuvre pouvaient être influencés par leurs modalités de financement.

○ *Le risque moral ou l'excitation artificielle de la consommation*

Pour que le système de protection sociale puisse fonctionner conformément aux missions qui lui sont assignées, il faut que la probabilité du risque et le coût de son indemnisation ne puissent être influencés par le comportement des individus. Si ces deux conditions font défaut, le risque perd son caractère purement aléatoire. Il cesse d'être objectif et prévisible pour devenir subjectif et impondérable. On dit alors qu'il s'agit d'un risque moral. En matière d'assurance maladie, les termes de risque moral sont utilisés spécifiquement pour désigner le risque que crée l'assurance en cessant d'intéresser les individus à leur propre protection contre les pertes économiques.

Cette définition recouvre en réalité (Cf. M. Pauly, 1970) deux phénomènes :

- l'assurance décourage les activités d'autoprotection en couvrant les conséquences de certains risques sans élever les cotisations de ceux qui s'y sont volontairement exposés. Elle augmente donc *ex ante* la probabilité d'apparition du sinistre en

suscitant des comportements du type « je peux fumer, boire, car si je tombe malade, je serai soigné » ;

- *ex post* l'assurance augmente le coût du sinistre pour l'assureur en réduisant son prix apparent pour l'assuré. Les personnes couvertes tendent à « se payer sur la bête » en adoptant des comportements du type « j'ai payé, j'ai le droit d'en tirer des avantages ».

A première vue, on pourrait penser qu'il existe nécessairement un mécanisme autorégulateur dans le système. Les dépenses ne peuvent augmenter indéfiniment. Un jour ou l'autre il faut bien solder les comptes en élevant les taux de cotisation. Mais en réalité l'effet de rétroaction de ces mesures est dérisoire. Lorsque le nombre d'assurés est grand, chaque assujetti ne paie sous forme de majoration de cotisation qu'une fraction infime des charges qu'il contribue à créer. Tout se passe comme si après avoir décidé d'aller dîner au restaurant avec dix neuf amis vous conveniez d'en répartir les frais au prorata du nombre de convives. Une salade californienne à cinquante francs vous conviendrait parfaitement mais vous aurez vite fait de calculer qu'en prenant une langouste à deux cents francs la portion, vous mangerez beaucoup mieux pour pas beaucoup plus cher puisque vous ne débourserez que sept francs cinquante de plus.

A partir du moment où la dépense est gratuite et la recette indolore³, le consommateur ne peut être qu'étranger à la progression des coûts.

En définitive, le risque moral, la solvabilisation de la demande et la déresponsabilisation de l'assuré sont une seule et même chose. A cette nuance près que l'économiste s'interdit, au contraire du journaliste, de porter un jugement de valeur sur les phénomènes en cause. Ce qui apparaît aux yeux du second comme comportement frauduleux n'est pour le premier qu'une réaction économiquement rationnelle à une baisse de coût.

□ **Les faux responsables, l'assuré et le corps médical**

Ce ne sont ni les consommateurs, ni le médecin, ni l'assurance maladie qui créent le risque moral mais l'exécutif lui-même lorsqu'il fixe les conditions de remboursement des dépenses sanitaires. Avec l'extension de la protection sociale et l'accroissement de la couverture légale, l'Etat confère pratiquement à chaque citoyen un droit illimité d'accès aux soins. L'assurance maladie se borne à rendre ce droit effectif en remboursant les dépenses qui ont été engagées par les assurés et les professions de santé. On voit mal au nom de quelle légitimité elle pourrait interdire aux consommateurs et aux producteurs de soins d'exercer des droits qui leur sont reconnus par la loi, syllogisme redoutable auquel on ne peut apparemment échapper qu'en demandant une diminution de protection sociale ou en débarrassant les médecins d'une responsabilité que l'Etat ne veut pas assumer.

○ *L'impossible régulation de la demande par le prix des soins*

La première solution correspond au vieux projet du C.N.P.F. datant du milieu des années soixante dont l'objectif était de réduire les dépenses des caisses, les charges des entreprises et de faire payer le malade. Pour endiguer les gaspillages, il suffit de responsabiliser les citoyens en augmentant le coût des soins par l'assuré (Cf. N. Floréal, 1979).

- ✓ Pour que les effets attendus de ce type de mesure puissent se manifester, il faut qu'un désengagement de l'Etat ne corresponde pas à un recours accru des usagers aux organismes de protection privée. Or, l'histoire de la sécurité sociale est celle d'une exigence croissante de sécurité. Il est donc très probable que toute diminution de la

protection garantie par la sécurité sociale se traduirait par un recours accru aux organismes privés de protection. L'exemple des Etats-Unis est là pour le prouver. Dans ce pays où les tickets modérateurs sont élevés, 57 % des personnes couvertes par le programme medicare ont souscrit des polices d'assurances privées (les médigaps), 27 % d'entre elles sont, par ailleurs, prises en charge par le Medicaid, en définitive 16 % de la population protégée participent directement au financement des soins qui leur sont dispensés. Bien sûr, on peut toujours tenter de bloquer ce transfert de charges en interdisant aux assurances complémentaires de financer l'intégralité des tickets modérateurs. C'est bien ce qu'avait imaginé le gouvernement Barre en réactivant le ticket modérateur d'ordre public. Mais on voit mal au nom de quelle logique l'Etat providence pourrait se permettre d'empêcher les citoyens de se protéger contre le risque alors que sa mission est de les garantir contre l'adversité.

- Même dans le cas où ce transfert de charges vers le secteur privé ne se produit pas, il est indispensable que les usagers réagissent à l'augmentation de leur participation pour obtenir une baisse de leur consommation. Or l'élasticité, prix de la demande, est parfois extrêmement faible. En 1959, (Cf. S. Sandier, 1976) le gouvernement a diminué le tarif de responsabilité du Z de 2,38 F à 1,60 F. les radiologistes n'ont pas réduit leurs honoraires. Le ticket modérateur de fait a donc été relevé pour les usagers de 300 % (compte tenu de la proportion de malades remboursés à 80 et 100 %). Au cours des trois premiers trimestres de cette année, la consommation de Z a diminué de 14 %, au quatrième trimestre elle augmente de 2 %. Au total, sur l'année un triplement de prix a entraîné un ralentissement du taux de croissance de la consommation d'une année sur l'autre de 5 à 10 %, ce qui implique une élasticité de la demande à 0,02.
- Enfin, lorsque le ticket modérateur parvient à peser sur les consommations, il est nécessaire qu'aucun effet compensateur créé par l'interdépendance du système de soins ne remette en cause les résultats obtenus. Or, les médecins ne peuvent rester insensibles à la baisse de leur activité puisque celle-ci commande l'évolution de leur revenu. Pour en neutraliser les effets, ils accéléreront, selon toute vraisemblance, le rythme de surveillance des malades. Par ailleurs, une baisse différenciée des prises en charge risque d'entraîner des substitutions entre les formes de soins. Si on imagine, par exemple, d'augmenter le ticket modérateur sur les petits risques tout en maintenant une couverture à 100 % des frais d'hospitalisation, il en résultera inmanquablement une consommation accrue des soins les plus onéreux. Les dépenses hospitalières augmenteront pour deux raisons. La baisse de la couverture des soins ambulatoires décourage les actions de prévention et de dépistage ; le malade, faute d'avoir été pris à temps, requiert des soins lourds qui ne peuvent être dispensés qu'en milieu hospitalier. Même en l'absence de tout retard dans la mise en œuvre du traitement, l'assuré choisit naturellement les structures de soins qui bénéficient des prises en charge les plus favorables. Bien entendu, comme le souligne A. Mizrahi (1978), ce phénomène de substitution sera d'autant plus accusé que le malade appartiendra aux couches les plus défavorisées de la population.
- Si les trois conditions précédentes sont satisfaites, alors l'augmentation du ticket modérateur réduit la demande des usagers. Mais avant de s'en féliciter, il est nécessaire de s'assurer :
 - ☞ Que cette baisse soit imputable à l'élimination des soins superflus. Or, rien ne garantit que soient écartés en premier les traitements dont la légitimité est la plus mal établie ;
 - ☞ Que cette diminution de la consommation médicale ne remette pas en cause l'effort de solidarité nationale. Or, l'exemple canadien nous montre qu'un relèvement du ticket modérateur peut avoir des effets intolérables. Dans la

province du Saskatchewan, le nombre de consultations a diminué à la suite de l'institution d'un ticket modérateur de 1,50 \$, de 6 à 7 % globalement, mais de 18 % pour les consommateurs les plus pauvres⁴.

o *La défense des intérêts du malade*

En réalité, toute l'argumentation du C.N.P.F. repose sur une fiction juridique. Il est vrai que légalement les prestations ne sont dues que du fait de l'assuré mais en réalité celui-ci n'est qu'une médiation formelle entre le producteur de soins et l'assurance maladie. Le client d'un médecin ne peut être assimilé à un acheteur ordinaire. Lorsqu'un consommateur achète un bien déterminé, un poste de télévision, par exemple, sa décision peut toujours se concevoir comme un calcul implicite dans lequel ont été pesés les inconvénients et les avantages de l'achat projeté. Les avantages sont les bénéfices qu'il en retire, les inconvénients c'est le prix qu'il doit payer. Le consommateur maximise son bien-être en poussant la consommation des différents biens jusqu'au point où il estime que la valeur du service rendu en vaut le prix. Comme le décideur est à la fois le consommateur et le payeur, le processus d'allocation fonctionne bien. En matière médicale, ce cumul des rôles est impossible. L'acheteur n'est ni le payeur, c'est l'assurance maladie qui joue ce rôle, ni le décideur, la thérapeutique est fixée par prescription, c'est-à-dire sur ordre. Le médecin est donc investi d'une double délégation de pouvoir, l'une lui est confiée par le malade, l'autre lui est dévolue par la sécurité sociale.

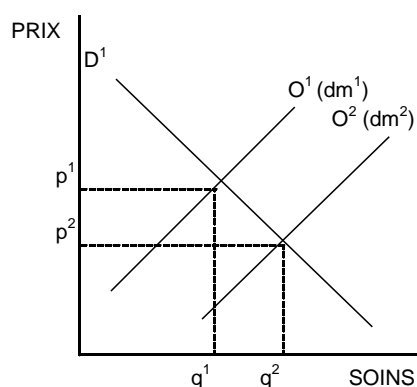
L'initiative de la rencontre avec un médecin relève bien du libre choix de l'individu, elle est déterminée par les facteurs économiques traditionnels (prix, revenu, état de santé). Mais une fois introduit dans le cabinet médical, le client devient un patient qui remet son sort entre les mains du praticien. La souveraineté du consommateur s'efface devant le pouvoir de l'expert. Le duo médecin/malade est alors assimilé à une entité de décision unique qui combine les connaissances techniques du professionnel et les préférences du consommateur patient pour les associer au mieux des intérêts du malade. Certains auteurs croient que l'introduction de ce personnage massif qu'est le médecin ne modifie pas les préférences du consommateur. Le choix des techniques mises en œuvre pourrait être laissé au patient après qu'il eut été informé des risques y afférant. Mais l'obtention d'un tel consentement éclairé n'est qu'une partie de la solution. Le malade ne se contente pas d'une telle position d'expert, il accule le médecin en renonçant à défendre lui-même ses propres intérêts et en lui déléguant cette responsabilité. (Que feriez-vous à ma place ?). Il ne suffit plus au médecin de proposer des solutions compliquées en le laissant choisir. La conjugaison des intérêts et des informations techniques se fait plutôt dans le sens inverse, ce sont les préférences du client qui influent sur la décision du médecin. Celui-ci muni des renseignements voulus, devient le représentant des intérêts du malade. Au nom de ceux-ci, il choisit le traitement le plus pertinent par rapport à l'échelle de valeur qu'il pressent chez son patient sans accorder une grande attention à l'aspect du coût. C'est à ce moment que le médecin cesse d'être un expert fournissant un simple service de renseignements sur la nature du problème posé et les différentes solutions qui permettent de la maîtriser, pour devenir un véritable décideur. C'est *la théorie de la défense des intérêts du malade* (Cf. S. Peltzman, 1973). Au cœur de la relation thérapeutique se situe donc l'exigence de les identifier et de les servir au mieux. Quelle que soit l'expression utilisée pour en faire état, que l'on évoque avec les Anglo-Saxons, le rôle d'agent que le médecin doit jouer vis-à-vis de son malade ou que l'on se réfère au pouvoir médical si souvent dénoncé par les auteurs français, la mission dont le médecin est investi comporte toujours, quoiqu'en puissent penser ses détracteurs, l'engagement moral de mettre l'intérêt de ses frères plus haut que ses intérêts propres.

On comprend dès lors la fureur et l'agressivité dont fait preuve la profession lorsqu'elle se retrouve en position d'accusée. A en croire certains auteurs, les praticiens libéraux ne seraient soucieux que de profits, victimes de la concurrence et de la pression des malades, ils ne chercheraient qu'à manipuler la demande pour s'assurer la réalisation d'un revenu minimum aussi élevé que possible. Quant aux médecins hospitaliers, ils n'auraient d'autre ambition que d'équiper leurs services en gadgets techniques pour accroître leur prestige et leur notoriété. De manière plus précise mais sans beaucoup plus de nuances, Béatrice Magnoni d'Intignano (Cf. Magnoni d'Intignano, Dr. J.C. Stéphan, 1983) n'hésite pas à écrire :

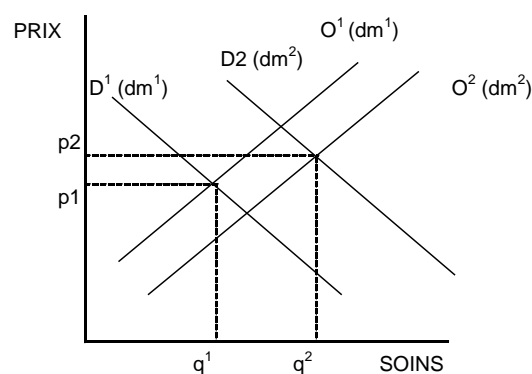
Toutes les études européennes et américaines convergent pour démontrer le rôle déterminant de l'offre dans la décision médicale à l'intérieur du secteur secondaire. Dans ce secteur, c'est l'offre qui crée la demande.

Or actuellement, aucun test statistique, ni en France, ni ailleurs, n'a permis d'étayer une telle affirmation.

Trois méthodes ont été utilisées pour essayer d'en vérifier le bien-fondé mais aucune ne donne satisfaction. La première, la plus simple, met en rapport la consommation par tête et la densité médicale (Cf. H. Faure, S. Sandier, F. Tonnellier, 1977). L'existence d'une forte relation positive entre ces deux grandeurs ne permet de tirer aucune conclusion. Elle n'est peut-être qu'une illustration particulière de la loi de la demande. Les quantités consommées doivent augmenter lorsque le coût d'accès aux soins diminue à la suite d'un accroissement du nombre de médecins disponibles (graphique I). S'il en est ainsi, les choses se passent comme sur un marché classique où le déplacement de la courbe d'offre vers la droite fait baisser le prix lorsque la courbe de demande reste stable. Mais il est tout aussi possible d'interpréter ce résultat en disant que l'accroissement du nombre de médecins entraîne un déplacement de la courbe de demande et pas seulement un déplacement du point d'équilibre le long de celle-ci (graphique II). A côté de la demande traditionnelle indépendante des caractéristiques de l'offre, il existerait donc une demande induite (Cf. R. Evans, 1974) dont la présence s'expliquerait par la nature particulière de la relation thérapeutique (asymétrie d'information et pouvoir discrétionnaire du médecin). Dans la mesure où une augmentation de la densité médicale donne naissance à un accroissement de la consommation par tête, aussi bien dans le modèle classique que dans le modèle avec induction, on ne saurait privilégier l'une des deux explications en présence sans a priori partisan.

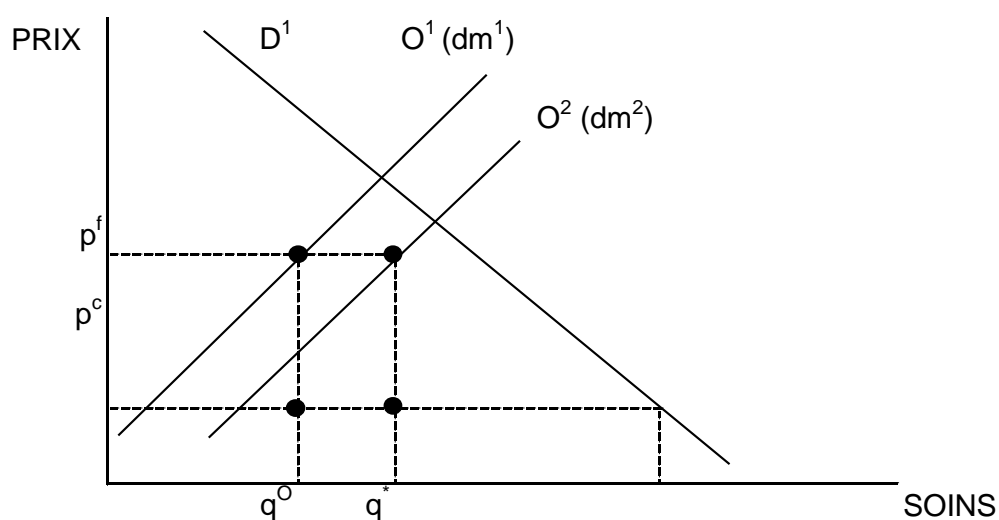


Graphique I



Graphique II

On a essayé, par une autre méthode de voir si l'offre de soins avait une influence sur la consommation médicale par personne en s'appuyant sur les caractéristiques de la demande de soins (Cf. H. Faure, A. Thauront, F. Tonnellier, 1982). Normalement, l'élasticité de la consommation par rapport à la densité médicale est inférieure à 1, c'est-à-dire qu'à un accroissement donné du nombre de médecins disponibles devrait correspondre un accroissement moindre de la consommation médicale. Si les pourcentages de variation de ces grandeurs sont identiques malgré la pente négative de la fonction de demande, c'est donc qu'un phénomène d'induction s'est produit. Malheureusement, ce test n'est empiriquement pas plus satisfaisant que le précédent. Dans un pays comme le nôtre, il existe du fait de l'intervention de la sécurité sociale, un déséquilibre entre l'offre et la demande de soins (graphique III). Le tarif de responsabilité est inférieur aux prix d'équilibre du marché. De surcroît, la somme que l'individu paie est inférieure à celle que le producteur reçoit et la sécurité sociale comble la différence. La quantité demandée par le malade sur la base de la quote-part qui reste à sa charge est nécessairement supérieure à la quantité offerte. Il y a rationnement sur le « côté court » du marché. Si l'offre augmente, la consommation augmente dans les mêmes proportions mais cette apparition brusque de malades n'est pas le résultat « comme les esprits sarcastiques le prétendent des talents commerciaux du médecin, elle révèle un besoin qui était inapparent parce qu'impossible à satisfaire ». (Cf. J.C. Sournia, 1977).



Graphique III

Finalement, la dernière méthode proposée est la seule qui permette d'identifier un effet inducteur avec certitude. L'augmentation de la valeur des honoraires et du volume de la consommation médicale à qualité égale des soins prouve la motricité de l'offre. Malheureusement, ce critère, quelle que soit sa simplicité, est inutilisable dans un contexte français puisqu'il présuppose l'existence d'un marché libre où le prix des actes serait fixé par entente directe.

En réalité, le vrai problème n'est pas de savoir si le médecin peut manipuler la demande ou non, chacun d'entre nous sait bien qu'il influence les choix du malade, le vrai problème est de savoir si le pouvoir dont il dispose s'accroît ou se réduit lorsque le nombre de praticiens augmente. Or aucun test ne permet de répondre à la question posée puisqu'on est incapable de préciser comment et avec quelle intensité il en tire parti. En l'absence de réponse sur ce point précis, la théorie de l'induction n'offre aucun avantage particulier par

rapport à la théorie classique. Pourquoi continuer à l'utiliser au risque de heurter la susceptibilité de toute une profession, alors qu'elle ne fournit pas d'information réellement opérationnelle ? On cessera d'y faire référence en considérant la fonction de demande de soins comme une fonction stable et indépendante des caractéristiques de l'offre.

- Avec l'intervention du tiers garant, un deuxième rapport de mandataire distinct du précédent doit lier le médecin à la sécurité sociale, pour lui faire prendre conscience de ses responsabilités financières. L'article 257 du code de la sécurité sociale confie expressément au médecin la défense des intérêts de celle-ci puisqu'il lui fait obligation « d'observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ». Aucun homme politique ne manque jamais de lui rappeler comme l'a fait récemment Michel Rocard que le problème de dépenser moins pour soigner moins mais de dépenser moins en soignant autant. Le médecin ne peut donc rester indifférent aux répercussions économiques de l'ensemble de ses décisions. Il doit également prendre en charge les intérêts de la collectivité. C'est *la théorie du bon usage des soins* (Cf. M.S. Feldstein, 1974). Tout le problème est de savoir s'il peut s'acquitter totalement ou non de sa double mission. C'est une banalité de dire que les intérêts de l'individu et de la collectivité ne coïncident pas et on imagine mal que le praticien puisse sacrifier les premiers au second. Une fois qu'il a pris en charge le malade, il ne peut dénoncer le contrat moral qui le lie à lui sous le prétexte que la valeur du service rendu est inférieure au coût social des soins. Son rôle n'est pas de maximiser l'utilité espérée de l'assuré *ex ante* mais de maximiser le bien-être du patient *ex post*. Des politiques ou des administrations auront peut-être dans l'avenir le pouvoir de réduire les dépenses thérapeutiques mais elles n'obtiendront jamais qu'un médecin le fasse à leur place. Par contre, celui-ci ne manquera jamais de s'interroger sur les frais qu'il impose à titre personnel à son client. Chargé de défendre les intérêts matériels et moraux de l'individu malade, il s'efforcera toujours d'égaliser les effets attendus d'un traitement avec le coût individuel des soins. L'écart qui existe entre le coût social et le coût individuel des soins concourt inévitablement à l'accroissement des dépenses de santé mais on ne peut reprocher au corps médical d'exploiter une situation qu'il n'a pas créée alors que, par vocation, il doit aider le malade à en tirer parti. La prise en charge des intérêts du malade est facilitée par la prise en charge collective des dépenses de santé mais elle n'en est pas la cause. En assimilant réduction déontologique du risque assuré et hasard moral, on ne peut que contribuer à la confusion des responsabilités.
- Il y a un seuil au-delà duquel le médecin trahit simultanément sa double vocation. Il cesse d'être un serviteur désintéressé lorsqu'il laisse s'introduire dans son comportement professionnel des interférences parasitaires caractérielles (Cf. L. Israël, 1980)⁵, financières (Cf. U. Reinhardt, 1975) ou stratégiques (Cf. J. Ferry-Pierret et S. Karsenty, 1974) qui en altèrent la justesse ou l'efficacité. La crainte de perdre son client ou la volonté d'accroître sa notoriété peuvent l'amener à légitimer les demandes de soins qui émanent des malades sans que leur bien –fondé soit clairement établi. Pour répondre aux sollicitations dont il est l'objet, il prescrit des traitements dont le coût pour l'individu est manifestement excessif par rapport au service rendu où il privilégie les réponses à caractère hautement technique sans se soucier d'en comparer les résultats avec ceux qu'il aurait pu obtenir en utilisant des procédés moins sophistiqués. De telles concessions reflètent une dépendance morale ou socio-économique des médecins vis-à-vis de leurs clients, qui subordonnent en définitive la pratique médicale aux désirs du malade. C'est *la théorie du contrôle profane* (Cf. A. Letourmy, 1980). Une telle modélisation du comportement médical est moins accablante pour la profession que ne l'était celle

de la demande induite. Le médecin pêche non par action mais par omission. Il fournit les services qui lui sont demandés mais il ne manipule pas la demande. Ses prescriptions sont inutiles mais il ne fait preuve d'aucun prosélytisme. La fonction de demande reste stable.

○ *Les vrais coupables : la tarification unitaire et le remboursement a posteriori*

Les relations financières entretenues par l'assurance maladie avec les assurés ont une importance beaucoup moindre que les mécanismes de remboursement qui régissent ses rapports avec les producteurs de soins.

Les principes actuels de tarifications, paiement à l'acte et au prix de journée, constituent une incitation évidente à la multiplication des actes. Dans un système où la quantité des soins dispensés détermine le revenu du médecin et fixe les recettes des établissements, l'encadrement des dépenses est voué à l'échec aussi longtemps qu'il se limite à un blocage de tarif qui laisse les quantités indéterminées. Ceci est d'autant plus grave que la sécurité sociale tend de plus en plus à supporter l'intégralité du coût de fonctionnement du système.

Les tarifs de responsabilité tendent à se rapprocher des honoraires demandés par les médecins et le remboursement des frais d'hospitalisation couvre finalement la totalité des frais d'exploitation puisque les déficits antérieurs sont systématiquement réincorporés dans le prix de journée. Ce coût de fonctionnement n'est donc pas discuté a priori par l'assurance maladie et les producteurs de soins, mais constaté après coup en fonction de l'activité de ceux-ci. Dès lors, la sécurité sociale en est réduite à payer à guichet ouvert les demandes de remboursement qui lui sont adressées.

Non seulement un tel système incite à la consommation mais surtout il s'accompagne d'un relâchement des contraintes de gestion.

Les choix des acteurs du système ne reposent qu'en de rares circonstances sur des critères d'ordre économique.

- Le consommateur n'éprouve pas le besoin de faire ses choix en fonction des coûts puisque la plus grande partie des frais est prise en charge par l'assurance maladie. A supposer qu'il y prête attention, sa décision est biaisée par des effets de seuils qui le poussent à rechercher la gratuité en empruntant des filières particulièrement onéreuses pour la collectivité. L'hôpital psychiatrique et les centres de cure médicale tendent ainsi à devenir les déversoirs des unités de long séjour alors que ces formules cumulent, comme le souligne le rapport Caquet, les inconvénients des institutions asilaires et le prix de revient élevé des services spécialisés.
- Le réflexe instinctif du médecin est de se placer dans la position d'un expert salarié dont les liens avec l'institution impliquent que celle-ci lui donne toujours le moyen d'exercer son activité. Il est d'autant plus enclin à ce comportement inflationniste que l'accroissement des indicateurs d'activité constitue toujours la justification d'éventuels moyens supplémentaires.
- Enfin, au niveau de l'établissement, la contrainte qui pesait sur le gestionnaire était une simple contrainte de trésorerie qui ne tendait guère à freiner les dépenses. Toutes les prestations étaient perçues comme une recette immédiate alors que les dépenses supplémentaires étaient reportées sur l'avenir : en dernier recours, le déficit était reporté sur le prix de journée de l'année suivante, la passivité des mécanismes de financement permettait de renvoyer les arbitrages à effectuer sur la dérive des prix de journées. Jusqu'au seuil des années 1980, les hôpitaux ont pu être gérés sans contrainte financière réelle. Tout se passait comme si l'on ne mettait pas en jeu des ressources rares pour la collectivité, des ressources dont l'emploi dans un domaine se traduit inévitablement par des renoncements dans d'autres.

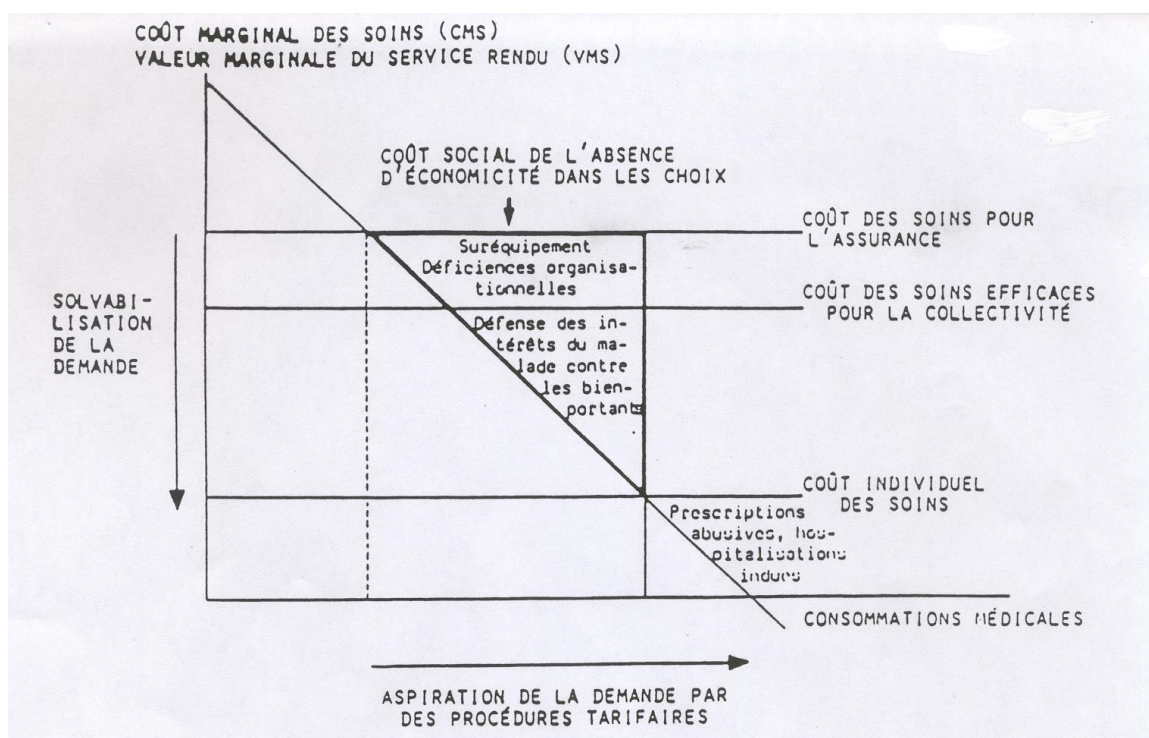
- Cette absence d'économicité dans le choix induit des conséquences importantes, notamment en matière hospitalière. La préférence donnée à un secteur ou un autre établissement s'établit sur des critères de proximité ou de qualité du service rendu. La concurrence à l'intérieur du système hospitalier ne s'opère pas par le prix, du fait des mécanismes de remboursement, mais par la qualité et l'originalité des prestations fournies, tant au niveau des soins que de l'accueil humain et du service hôtelier. Cette surenchère entre établissements conduit inévitablement à l'élévation de leurs coûts d'exploitation : amortissement des équipements plus sophistiqués et plus onéreux, recrutement des personnels médicaux et paramédicaux mieux qualifiés. Dès lors, chacun ne peut survivre qu'au prix soit de la multiplication d'actes dont l'opportunité n'est pas toujours évidente, soit de la prolongation des D.M.S., soit d'un relèvement des tarifs. La concurrence conduit ainsi à un processus apparemment inexorable de croissance continue des coûts de l'hospitalisation.

- Cette tendance est encore renforcée par le démantèlement du droit de propriété dans les établissements qui participent au service public hospitalier. Lorsqu'un service sanitaire est à la source de gains, il y a fatalement malaise à l'idée que l'on puisse spéculer sur la souffrance humaine. La règle du service public hospitalier est donc qu'il ne peut y avoir attribution à des personnes physiques des surplus obtenus dans le fonctionnement de ces organismes. Puisque personne ne possède, de droit, un revenu résiduel de l'établissement, aucun des acteurs n'a intérêt à favoriser l'apparition d'un excédent. Pourquoi le directeur s'efforcerait-il de dégager un surplus budgétaire lorsqu'il sait que c'est la sécurité sociale qui en tirera partie deux ans plus tard, à concurrence des 2/3. Cette situation a pour corollaire logique de faire disparaître l'incitation à la recherche des coûts de production les plus bas possibles. Comme il n'est plus le propriétaire du surplus final, l'ordonnateur des dépenses budgétaires est moins motivé à s'opposer aux demandes des services dépensiers, des profits potentiels seront transformés en dépenses supplémentaires faites aux bénéficiaires des groupes internes ou externes qu'il entend favoriser. Les gestionnaires disposent alors d'une grande latitude pour imposer une conception de l'efficacité qui correspond davantage à la valorisation de leur propre système de valeurs professionnelles qu'au concept économique d'efficacité.

Il en résulte des dysfonctionnements. L'objectif de la techno-structure est en effet l'extension du pouvoir de décision et de contrôle de ses membres qui se matérialise par la taille des services en hommes et en matériel.

Les établissements hospitaliers à but non lucratif finissent par prendre leur autonomie vis-à-vis de leur mission de service public, tout comme les grandes entreprises réussissent à s'affranchir de la tutelle de leurs actionnaires. Mais les conséquences de cette évolution sont plus graves pour les hôpitaux que pour les entreprises à forme commerciale.

Dans le secteur privé, la présence d'un marché financier permettrait de limiter et de contrôler les managers qui ne travailleraient pas dans l'intérêt du propriétaire. Si les managers dilapidaient les deniers de l'entreprise dans des dépenses inutiles, les dividendes baisseraient et le cours des actions s'effondrerait. Il arrivait nécessairement un moment où la position du manager inefficace était directement menacée. Rien de tel ne se produit dans les établissements à but non lucratif, qu'il soit public ou privé et plus aucun obstacle ne s'oppose à l'influence des lobbies dépensiers.



Sous la pression de telles forces, le système tend à devenir de plus en plus coûteux. Il ne faut pas incriminer les acteurs. Chacun est pris dans un faisceau de stimulants économiques et financiers et a un comportement parfaitement logique par rapport à ceux-ci. Il n'existe que des incitations moralisatrices à l'économicité du système (T.S.A.P. tableaux de bord service° alors que tous les mécanismes de remboursement poussent à la dépense. En l'absence de sanction par l'échec, les médecins, les directeurs d'hôpitaux, les hommes politiques locaux, forment des coalitions contre nature au détriment de l'assurance maladie. Le ministère est amené à réagir contre les excès de dépenses de la sécurité sociale de la même manière que la Banque de France essaie de neutraliser les effets d'une politique budgétaire laxiste par le contrôle monétaire (Cf. R.J. Launois et D. Letouze, 1982).

BIBLIOGRAPHIE

- Arrow, K., 1963 *Uncertainty and the Welfare Economic of Medical Care. American Economic Review*, vol. 53, p. 94
- Banta, Thatcher, 1979 *The Premature Delivery of Medical Technology : A Case Report : Electronic Foetal Monitoring*, DEW, National Center of Health Services Report, Rockvill, U.S. Government Printing Office.
- Bensaid, N., 1981 *La lumière médicale : les illusions de la prévention*, Paris. Ed. du Seuil
- Béraud, C., 1979 Le coût de la santé, *Le Monde*, 24 octobre, p. 19.
- Bismuth, H., D. Houssin, 1978 Economie des moyens dans le diagnostic des ictères. Attitude décisionnelle contre attitude diagnostique, *La nouvelle presse médicale*, 16 sept., p. 2623.
- Bunker, J., 1974 The Physician Patient as an Informed Consumer of Surgical Service, *New England Journal of Medicine*, pp. 1051-1055.
- Cochrane, A., 1977 *L'inflation médicale : réflexions sur l'efficacité de la médecine*, Paris, Ed. Galilée.
- Deschamp, J.P., V. Merckx, R. Renault, 1982 Services de santé et détermination des besoins de santé, *Revue du Praticien*, T. XXXII, n° 33, 11 juin.
- Enthoven, A., 1978 Consumer Choice Health Plan, *New England Journal of Medicine*, 23 et 30 mars, p. 650 et 709.
- Evans, R., 1972 Price Formation on the Market for Physicians Services in Canada 1957-1969, *Price and income commission Canada*.
- Evans, R., 1974 Supplier Induced Demand : Some Empirical Evidences and Implications, *Health and Medical care*, Perlman & Mac Millan.
- Faure, H., S. Sandier, F. Tonnellier, 1977 *Analyse régionale des relations entre l'offre et la consommation de soins médicaux*. C.R.E.D.O.C., n° 4609.
- Faure, H., A. Thauront, F. Tonnellier 1982 *La médecine libérale, densité, activité, consommation dei soins dans les régions et les départements*, C.R.E.D.O.C.n° 4817.
- Feldstein, M.S., 1974 *Econometric Studies of Health Economics*. Frontiers of Quantitative Economics, North Holland, Ed. Intriligator, Kendriks, vol II.
- Ferry-Pierret, J., S. Katsenty, 1974 Pratiques médicales et système hospitalier, *C.E.R.E.B.E.*, janv., décembre.
- Floréal, A., 1979 Faut-il réduire la couverture sociale obligatoire ?, *Droit social*, n° 12, p. 510, décembre.
- Israël, I., 1980 *La décision médicale*, Paris, Ed. Calmann-Lévy
- Launois, R.J. 1981 *La théorie de la bureaucratie à l'hôpital*. Colloques de l'INSERM « Conceptions, Mesures et Actions en Santé Publique ». INSERM vol. 104, Inserm éd. pp. 625-653.
- Launois, R.J., D. Letouzé 1982 Analyse économique des mesures prises en France afin de maîtriser la croissance des dépenses sanitaires en *études de droit et d'économie de la santé*, Paris, Ed. Economica.

- Letourmy, A. 1980 *Aspects techniques et sociaux de la pratique quotidienne des généralistes français*. Conférence internationale sur la science des systèmes de santé, Montréal, 14-17 juillet.
- McNeil, B., S. Pauker 1982 *Incorporation of Patient Values in Medical Decision Making, Critical Issues in Medical Technology*, Boston, Mass., Ed. B. McNeil, E. Gravalho, Auburn House Publishing Company.
- Maillard, J. et al., 1976 Un nouveau critère de gestion hospitalière : le seuil de sécurité des malades, *Chirurgie*, t. 102, n° 4, p. 229.
- Magnoni d'Intignano, B., J.C. Stéphan 1983 *Hippocrate et les technocrates*, Paris, Ed. Calman-Lévy.
- Mizrahi, A., 1978 *Micro-économie de la consommation médicale*, C.R.E.D.O.C.
- Moore, F., Zook, 1980 The High Cost Users of Medical Care, *Journal of Medicine*, vol. 303, p. 996, mai.
- Neutra, R. 1978 Effect of Fœtal Monitoring on Neonatal Death Rates, *New England Journal of Medicine*, N° 229, p. 324, 17 août.
- Nora, S., E. Maire 1983 Sécurité Sociale : de l'impasse à la réforme, *Le Débat*, n° 36, p. 124, sept.
- Nora, S., C. Naouri 1979 *Note sur le financement des dépenses de santé*, t. II, Inspection générale des Finances, septembre.
- Padieu, R. 1982 Réflexions sur l'effet redistributif des transferts sociaux, *Economie et Statistique*, n° 143, avril, p. 45.
- Pauly, M. 1970 The Welfare Economics of Community Rating, *Journal of Risk and Insurance*, vol. 31, pp. 407-418, septembre.
- Peltzman, S. 1973 An Evaluation of Consumer Protection Legislation : the 1962 Drug amendments, *Journal of Political Economy*, vol. 81, n° 5, p. 1049, septembre-octobre.
- Reinhardt, U., 1975 *Alternative Methods of Reimbursing Non-institutional Providers of Health Services*, Institute of Medicine Controls on Health Care, National Academy of Sciences, Washington.
- Sandier, S. 1976 L'influence des facteurs économiques sur la consommation médicale, *Consommation*, n° 2, p. 71.
- Sournia, J.C., 1977 *Ces malades qu'on fabrique, la médecine gaspillée*, Paris, Ed. du Seuil.

NOTES

¹ Une observation ex ante affecte la prime d'assurance, une observation ex post n'affecte que le montant de l'assurance.

² Dans le modèle d'Arrow, les utilités des individus sont indépendantes des états de la nature. Implicitement, il admet donc que la prise en charge par l'assurance des conséquences monétaires de la maladie permet d'éviter le déplacement des fonctions d'utilité en compensant exactement ses répercussions corporelles, ce qui suppose des soins toujours efficaces dont le volume est fixé de façon équivoque par l'état du malade et les données actuelles de la science, indépendamment de toute considération de prix. Une telle thèse est rigoureusement à l'opposé de celle de Pauly.

³ La réintégration des cotisations patronales dans les fiches de paie accroîtrait certes la visibilité du prélèvement mais ne supprimerait pas les externalités qui viennent d'être décrites.

⁴ Dépenses publiques de Santé : O.C.D.E. : Etudes sur l'affectation des ressources, n° 4, juillet 1977.

⁵ Dans sa petite étude phénoménologique de la décision médicale, L. Israël dresse le portrait du décideur ignorant qui s'abuse sur son propre savoir, du décideur prudent qui ne rêve que de sa tranquillité, du décideur imprudent qui cherche avant tout à éblouir, du décideur dépressif qui n'y croit plus, etc ...