

Un Interventionnisme Public Inefficace et Conteste

Les Réseaux de Soins, médecine de demain. Economica 1985 ; Chap.IV : 77-93

Le traitement des problèmes sanitaires est « un enjeu de pouvoir » pour les différents groupes professionnels qui bénéficient, à un titre ou à un autre, de l'intervention de l'Etat. D'un côté, se trouvent les fédérations hospitalières et l'élite médicale dont le pouvoir repose sur le développement d'une médecine techniciste ; de l'autre, les tenants d'une médecine sociale qui dénoncent l'excessive focalisation du système sur la médecine curative au détriment de ce qui se passe en aval, la prévention, ou en amont, la prise en charge des maladies chroniques dégénératives. Face à ces intérêts contradictoires, le législateur feint d'être mu par la seule recherche du bien-être collectif.

Au nom de la rationalité technologique, il a conçu un système cohérent, reposant sur l'adoption d'une carte sanitaire. Mais l'adaptation des services aux besoins de la population s'est en définitive réduite à la satisfaction des seuls besoins hospitaliers. La crise, en déplaçant les centres de pouvoir, a renversé la situation. La coalition des fonctionnaires et des payeurs s'est substituée à celle des médecins et des gestionnaires; mais, compte tenu des infirmités des procédures démocratiques, cet effort de contrôle, qui laisse les malades sans porte-parole, risque d'aboutir à une dégradation de la qualité des soins.

1. L'EXALTATION DE LA RATIONALITE TECHNOLOGIQUE

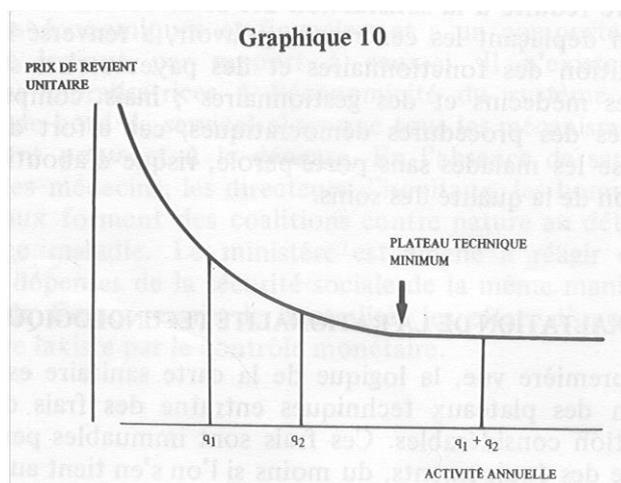
A première vue, la logique de la carte sanitaire est claire. La création des plateaux techniques entraîne des frais de première installation considérables. Ces frais sont immuables pendant toute la durée des équipements, du moins si l'on s'en tient au coût du capital. Une fois les équipements mis en place, l'accroissement de leur utilisation n'entraîne pas nécessairement une réduction correspondante des services qu'ils peuvent rendre à d'autres malades ; il y a par conséquent décroissance des coûts avec le nombre d'utilisateurs (graphique 10). La coexistence des établissements sanitaires doit être planifiée de façon que chacun puisse tirer parti des économies d'échelle sans être victime de déséconomies d'échelle, et l'organisation des soins doit reposer sur le principe du monopole naturel.

Deux hôpitaux situés à une certaine distance l'un de l'autre doivent bien sûr disposer chacun d'un plateau technique ; mais aucun ne peut prétendre offrir à sa clientèle toutes les spécialités existantes. La diversification des activités de chaque établissement conduit fatalement à une majoration des coûts, du fait de la multiplication des petits services dont la clientèle est insuffisante. Par contre, un établissement qui assure la totalité des soins dans la circonscription où il est installé peut travailler au minimum de son coût moyen de longue période.

Si les hôpitaux restent isolés, aucun progrès n'est possible ; réunis au sein d'un secteur, ils peuvent se partager les spécialités et traiter la totalité des malades qui relèvent de celles-ci¹. La hiérarchisation des hôpitaux, la spécialisation des établissements et la graduation des soins n'ont d'autres finalités que de répondre à cet impératif technologique.

La taille des secteurs est choisie de façon à englober une population suffisante pour justifier l'existence d'un ou de plusieurs plateaux techniques capables de satisfaire les « besoins courants » de la population. Le centre hospitalier universitaire, coiffant un certain nombre de secteurs, a la tâche de dispenser des soins hautement spécialisés.

¹ P. Charbonneau, *Combat pour la Santé*, Editions Médicales et Universitaires, Paris, 1976, pp. 125-159.



Bien entendu, il ne sert à rien d'organiser la complémentarité des établissements publics si le secteur privé reste maître de ses initiatives sur des produits substituables. Il faut donc stabiliser les demandes de création ou d'extension à un niveau compatible avec l'optimum de dimension, ce qui conduit aux procédures d'autorisation dites de « coordination ».

Cette rationalisation de l'intervention de l'Etat nie la genèse sociale des besoins qu'elle prétend satisfaire. L'Administration croit servir l'intérêt général, mais les arguments économiques sur lesquels elle s'appuie recourent curieusement les intérêts de groupes professionnels bien particuliers.

2. LA CAPTATION DU POUVOIR POLITIQUE

2.1 La réglementation sanitaire : un système à haute sécurité

Deux tendances contradictoires existent sur le marché hospitalier : la tendance à la concurrence acharnée dans laquelle chaque établissement cherche à augmenter sa part de marché et son propre excédent de « recettes de contribution » ; la tendance à la coordination qui permet de défendre l'intérêt conjoint de l'ensemble des producteurs. Lorsque la seconde l'emporte, la différence entre l'oligopole et le monopole s'estompe, les producteurs ne peuvent manquer de s'apercevoir qu'ils ont intérêt à se comporter comme une seule firme, mais il n'est pas certain qu'ils réussissent spontanément à réduire l'intensité de la lutte concurrentielle.

La création et la stabilité d'une collusion dépend du nombre de vendeurs, de l'homogénéité des produits et de la structure des coûts. Plus le nombre de vendeurs est élevé, plus la production est diversifiée et plus les coûts sont hétérogènes, moins il est facile de parvenir à un accord². Or, c'est bien ce qui se passe dans le domaine de la santé. Faute de pouvoir mettre en place le système par une entente explicite, difficile à négocier, les établissements hospitaliers se sont retournés vers l'Etat. Le pouvoir dont celui-ci dispose lui permet de contrôler les entrées dans la branche, de fixer les tarifs, de subventionner les équipements et de maîtriser le prix des produits concurrents, c'est-à-dire qu'il dispose des armes qui permettent aux établissements de fonctionner en cartel³. Ces

² Y. Morvan, *Economie industrielle*, PUF, Paris, 1976, pp. 164-174.

³ C. Havighurst, «Regulation of Health Facilities and Services», *Virginia Law Review*, vol. 59, octobre 1973, n° 7, pp. 1143-1231.

établissements sont, par ailleurs, les plus gros employeurs de la ville où ils sont implantés, ils fournissent un potentiel d'électeurs non négligeable. Les gestionnaires et les politiques peuvent donc s'entendre, les seconds offrent une réglementation favorable aux intérêts des premiers, qui à leur tour contribuent à la réélection des seconds⁴.

La complicité objective des deux partenaires permet de comprendre pourquoi des critères aussi conservateurs ont été utilisés pour mettre sur pied le service public hospitalier et pour élaborer la carte sanitaire.

2.1.1. *Le cartel centralisé*⁵

L'Etat a d'abord tenté d'homogénéiser la structure des tarifs hospitaliers comme aurait pu le faire un cartel centralisé.

Pendant longtemps, les remboursements des soins dispensés dans les établissements privés à but lucratif, et parfois à but non lucratif, ont été limités par référence aux prix de journée de l'hôpital public le plus proche.

La loi hospitalière du 31 décembre 1970 allait plus loin. D'une part, tous les établissements publics et privés participant au service public hospitalier étaient soumis à la réglementation du prix de journée préfectoral. D'autre part, une harmonisation du mode de fixation des tarifs était prévue entre ces établissements et les cliniques privées à but lucratif, en application du principe d'égalité des usagers devant le service public.

Sous la pression de la sécurité sociale et des cliniques privées, l'Etat a dû renoncer à fixer les prix dans le cadre d'une procédure unifiée. Le décret du 22 janvier 1973 a donné aux organismes de sécurité sociale le pouvoir de déterminer par convention le tarif des cliniques privées, après que celles-ci aient été classées en fonction des capacités de soins et d'hébergement qu'elles offrent.

2.1.2. *Le cartel de contingentement*

Dès lors, c'est la formule, plus souple, du cartel de contingentement qui a prévalu. Les entreprises qui participent à ce type d'accord s'entendent sur le partage du marché mais ne prennent aucun engagement en matière de prix.

Dans cette optique, l'Etat organise la sectorisation en fonction du taux d'attraction réelle des établissements. Au concept géographique de zones de desserte primaire et secondaire, il substitue (circulaire du 21 mai 1974) la réalité statistique des flux de malades ; mais, ce faisant, il pérennise les parts de marché des établissements autour desquels le secteur est construit.

Simultanément, l'Etat s'efforce d'infléchir le comportement des malades pour justifier le découpage territorial adopté, que ce soit par la création de monopoles (centres de lutte contre le cancer), par l'octroi de concessions aux établissements à but lucratif, par la mise en place d'incitations tarifaires ou encore par des règles de prise en charge par l'aide médicale, (malades hospitalisés dans leur

⁴ G. Stigler, «Theory of Economic Regulation», *The Bell Journal of Economics and Management Science*, vol. 2, n° I (printemps 1971), pp. 115-129. -S. Peltzman, «Toward a More General Theory of Regulation», *Journal of Law and Economics* 19(2), pp. 211-240. -R. Posner, «Taxation by Regulation», *The Bell Journal of Economics and Management Science*, vol. 2, printemps 1971, pp. 22-48. -R.G. No11, «The Consequences of Public Utility Regulation of Hospitals» in Institute of Medicine, *Controls of Health Care*, National Academy of Sciences, Washington, DC 1975, pp. 25-49.

⁵ R. Leftwich, *Le Système des prix et la répartition des ressources*, Les Editions H.R.W.-Ltee, Montréal 1977, chapitre 12, pp. 246-275.

commune de résidence) ou par la sécurité sociale (limitation des remboursements sur la base du tarif de l'établissement le plus proche). Tout est organisé pour faire respecter l'attachement de la clientèle à l'établissement dont elle relève administrativement.

2.1.3. *Le blocage de l'offre*

A long terme, l'Etat se doit d'intervenir pour empêcher que l'accroissement des capacités ou l'entrée de nouveaux producteurs aboutisse à la dislocation de l'organisation mise en place.

Le secteur hospitalier peut procéder, comme toute industrie, à deux types d'ajustements : les établissements peuvent modifier la taille de leurs installations et étendre l'activité de leurs services ; de nouveaux services ou de nouveaux établissements peuvent être créés. Dans le domaine hospitalier, ces possibilités d'extension ou de création sont sévèrement contrôlées par l'Etat.

Dans les hôpitaux publics, les décisions relatives aux travaux de construction, à l'implantation des équipements lourds, à la création ou à la transformation de services ou aux déclarations de vacances de postes ne sont pas, en définitive, du ressort de l'établissement puisque toute délibération du conseil d'administration en ces domaines est soumise à « approbation ». La nature de l'autorité compétente pour approuver les projets d'investissement dépend de l'importance de l'opération envisagée. Toutes les opérations classées dans la catégorie des investissements d'intérêt national sont soumises au contrôle de l'administration centrale. (Les investissements des CHR, les équipements des services de secours d'urgence, les hôpitaux réalisés suivant un projet type) ; les phases d'études relatives aux projets d'intérêt régional, départemental ou communal sont approuvées par le préfet.

Les établissements privés sont assujettis à des contraintes similaires. La création ou l'extension de tout établissement sanitaire privé doit être soumise à autorisation ; cette dernière est, en principe, donnée par le Préfet de région après avis de la commission régionale d'hospitalisation ; pour certains établissements qui répondent à des besoins nationaux ou pluri-régionaux dont la liste a été établie par le décret du 8 mars 1973 (transplantation d'organe, hémodialyse, scannographie, neurochirurgie, réanimation néo-natale), l'autorisation relève du ministre.

Les projets de tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés, sont évalués au regard d'indices de besoins nationaux. Au contraire des Etats-Unis, « la France a choisi de faire une planification affichant des besoins globaux en dehors des projets ponctuels, mais s'opposant à eux en règle générale »⁶. Ces besoins ont été évalués en nombre de lits par millier d'habitants ou en nombre d'équipements lourds par million d'habitants. En aucun cas, une autorisation ne peut être accordée aussi longtemps que, pour la zone considérée, les besoins définis sont satisfaits.

2.2 **La perméabilité des pratiques administratives aux corporatismes professionnels**

La seule étude des textes législatifs et réglementaires ne permet pas d'analyser l'action sanitaire du gouvernement, car le passage des grandes options politiques aux décisions concrètes ne s'opère pas mécaniquement. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne la décision d'investissement et le financement de celui-ci dans les hôpitaux assurant le service public, domaines dans lesquels l'Etat a, en principe, une place prépondérante.

⁶ G. Moreau, « La planification des équipements sanitaires. La carte sanitaire et ses applications », *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 1980, n° 3, pp. 9-14.

L' Administration déconcentrée (Préfet-services extérieurs du Ministère de la santé) s'efforce de s'affranchir de l'emprise du politique et ses décisions relèvent souvent d'une logique spécifique. Au niveau régional, l'appareil d'Etat est soumis aux pressions des divers groupes qui s'efforcent de lui faire partager leur propre vision de l'intérêt général. Pour que le compromis obtenu puisse être considéré comme satisfaisant, il faudrait que chacun d'entre eux ait la même possibilité de faire entendre sa voix. En fait, les possibilités de pression des divers types d'intérêts sont très inégales, les coalitions des gestionnaires, des médecins et des élus politiques sont beaucoup plus efficaces que les coalitions des cotisants et des contribuables. Et ceci pour deux raisons.

2.2.1. *L'inégal intérêt des groupes de pressions*

En premier lieu, les intérêts des producteurs sont extrêmement concentrés tandis que ceux des contribuables et des cotisants sont beaucoup plus diffus⁷. Les médecins et les directeurs, sur le plan professionnel, les élus locaux, sur le plan du prestige politique, ont tout intérêt à développer un service même s'il ne répond pas à un besoin ou à empêcher la désaffectation envers un service.

Par contre, l'enjeu pour le contribuable est beaucoup plus faible. Les communes se sont désengagées vis-à-vis de l'équipement hospitalier et, si ce n'est une forte participation de la ville de Paris au financement des équipements de l'Assistance Publique, leur part dans le total des subventions accordées aux hôpitaux publics n'excède pas 2,5 % ; quant aux subventions consenties par les départements, elles représentent à peine 10 % du total. 74 % des sommes reçues à titre gratuit par les hôpitaux pour financer leurs investissements sur la période 1971-1981 proviennent de l'Etat⁸. Comme celui-ci répartit la charge de l'impôt sur la totalité de la population, chaque contribuable local n'a, en définitive, que peu de chose à gagner à un effort d'économie sur les investissements sanitaires de sa région.

Des réactions similaires apparaissent du côté des cotisants aux régimes de sécurité sociale. Les prêts sans intérêt accordés par les organismes d'assurance maladie représentent une part de plus en plus faible des ressources d'investissement. Par contre l'expansion des investissements est massivement financée par le recours à l'emprunt auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (C.D.C. et C.A.E.C.L.). Dès lors que la charge des intérêts est intégrée dans les dépenses d'exploitation, elle grève le prix de journée, ce qui, en économie libérale, aurait pu inciter les établissements à limiter leurs investissements pour conserver leur clientèle. Mais le malade paie très rarement sa facture lui-même ; c'est donc l'ensemble des assujettis qui supporte le coût et le même mécanisme de péréquation que pour le contribuable suscite la même indifférence pour l'assuré.

2.2.2. *L'inégale vigueur des groupes de pression*

En second lieu, la mise sur pied d'une coalition des producteurs de soins est beaucoup plus facile à réaliser que ne peut l'être la mobilisation des cotisants ou des contribuables⁹.

a) Le nombre de producteurs est limité et chacun sait que personne ne défendra le sort de l'établissement à sa place ; médecins, gestionnaires, élus unissent leurs forces pour assurer le succès de leurs revendications. Ils acceptent tous de consacrer le temps nécessaire à la mise en place du groupe de pression et aucun ne refuse de révéler l'importance qu'il attache à la fourniture de certains services puisqu'il sait que, faute de le faire, il risquerait d'en être privé et l'institution avec lui (les

⁷ J. Wilson, «The Politics of Regulation» in J.W. Mickie, éd., *Social Responsibility and Business Predicament*, pp. 135-168, Brookings Institution, 1974.

⁸ B. Marielle, C. Mermilliod, M.J. Millot, D. Polton, « Dépenses d'équipement nettes des hôpitaux publics ». *Gestions hospitalières*, n° 239 (octobre 1984), pp. 629- 638.

⁹ M. Olson, *Logique de l'action collective*, Paris, P.U.F., 1978.

décisions du conseil d'administration sont souvent déclarées prises à l'unanimité, même lorsqu'elles ont fait l'objet d'âpres discussions préalables).

Rien de tel du côté des assurés: chacun rêve d'être embarqué comme passager clandestin à bord de la sécurité sociale sans avoir à payer sa place, en laissant les autres contribuer à la réalisation des économies nécessaires.

b) Le coût de l'organisation du groupe est nettement moindre pour les producteurs de soins que pour les assurés sociaux. Les premiers ont une longue pratique des différents moyens qui permettent de peser sur la décision en manipulant l'opinion et l'administration : le maire, président de droit du conseil d'administration, se charge du travail de négociation auprès du préfet pour obtenir une priorité dans les files d'attente ou une dérogation ; le gestionnaire se porte garant de l'orthodoxie financière du projet, tandis que le médecin apporte l'indispensable caution technique¹⁰.

Rien de tel du côté des assurés où le sentiment qui prédomine est celui de l'impuissance. Leurs représentants dans les conseils d'administration et les commissions régionales d'équipement sanitaire y sont toujours minoritaires (30 % des voix) ; auraient-ils eu le pouvoir qu'ils ne l'auraient probablement pas exercé, de crainte d'aggraver la situation de l'emploi local. Comment un administrateur syndicaliste d'une caisse de sécurité sociale pourrait-il accepter de porter préjudice aux travailleurs pour défendre les intérêts des cotisants.

2.2.3. *L'administration en porte-à-faux*

Pris dans un tel réseau de forces, les préfets n'ont pas hésité à faire leurs choix et l'on devine de quel côté leurs préférences ont penché.

La procédure de coordination n'a pas empêché que des autorisations soient accordées au-delà des besoins théoriques reconnus, soit en raison des taux d'occupation particulièrement élevés de certains établissements, soit pour permettre à des installations privées de se mettre en conformité avec la réglementation, soit pour des raisons d'intérêt général totalement étrangères au domaine de la santé publique.

La procédure de choix des investissements sanitaires publics n'a pas empêché que des programmes d'établissements en excédent des besoins théoriques aient été renouvelés. Au début de 1981, aucun secteur ne se trouvait en-dessous de son indice. Le bilan global indiquait un excédent de 40 % en médecine, 17 % en chirurgie, 74 % en gynécologie¹¹.

Ces résultats sont significatifs : d'un côté, on a une procédure bien construite faite pour mettre en œuvre des principes clairs et, semble-t-il, rigides ; de l'autre, une application souple de cette procédure, en violation du texte de la loi qui ne laisse pas en principe place à une possibilité de dérogation préfectorale, alors que bien souvent il est procédé au coup par coup. Dès 1977¹², le ministre de la santé avait dû rappeler aux préfets que « la décentralisation des pouvoirs de décision ne pouvait aller à l'encontre de la politique de planification et de la politique d'équipement définie par le Gouvernement ».

¹⁰ G. de Pourville, M. Renaud, « Centralisme anglo-saxon et pluralisme à la française, Analyse de la gestion du système hospitalier en France et au Canada », Centre de Recherche en Gestion de l'École Polytechnique, Document ronéotypé, juillet 1983, 35 p.

¹¹ N. Paquel, « L'Economie du système de soins ». - P. Gallois et A. Taib, *De l'organisation du système de soins*, Annexes. L'Economie, La Documentation Française, Paris, 1980, p. 81.

¹² Circulaire du 1^{er} août 1977, BOSP 77, 34 n° 13315.

2.3 L'inégale distribution des avantages étatiques

En raison de l'asymétrie des avantages procurés et des coûts supportés du fait d'une décision, l'administration est particulièrement sensible aux intérêts des producteurs. Cela ne veut pas dire qu'elle les sert tous semblablement.

Les rédacteurs de la loi de 1970 avaient subtilement dosé les avantages et les inconvénients accordés ou supportés par chacun des partenaires de façon à emporter l'adhésion de tous. Les établissements d'hospitalisation publics perdaient leur monopole juridique sur des tâches d'intérêt général ; ils obtenaient en contrepartie qu'un contrôle soit instauré sur les investissements du secteur privé. Les établissements privés à but non lucratif qui demandaient à participer au service public devaient en assurer les obligations : ils obtenaient en retour de notables avantages financiers (fixation du prix de journée sur la base des dépenses effectivement engagées, octroi possible de subventions d'équipement). Les établissements privés à but lucratif auxquels une concession de service public était accordée se voyaient reconnaître un privilège d'exploitation, mais le contrat était assorti d'un cahier des charges particulier.

Sur le terrain, ce délicat équilibre fut remis en question.

L'intervention des organismes consultatifs, commission régionale ou nationale des équipements sanitaires, dont les avis obligatoires en matière d'équipement et de concession ont été pratiquement toujours suivis par le Préfet de Région ou le Ministre de la Santé, n'a pas été favorable aux établissements privés. Si les deux secteurs public et privé ont accru leur potentiel en lits, le principal bénéficiaire de cette évolution a été l'hôpital public. Le secteur privé, qui disposait de 41,2 % de l'ensemble des lits de court, de moyen et de long séjour (non compris les hôpitaux psychiatriques) en 1972, n'en représente plus que 36,8 % en 1982 après être tombé à 30,4 % en 1978, même si, pour les seules disciplines de court séjour (médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique), l'évolution lui est plus favorable, sa part passant de 32,7 à 35,4 % (cf. annexes 5 - 6 -7). Les hôpitaux publics ont pu, en effet, mener largement leur politique de transformation des anciens hospices et maisons de retraite en services de moyens et de long séjours plus médicalisés alors que les demandes de création, d'extension ou de conversion des établissements privés ont été freinées. Comme l'a montré le Centre d'étude des revenus et des coûts¹³, les rejets prononcés, de plus en plus nombreux, ont conduit les investisseurs privés à renoncer d'eux-mêmes à des projets qu'il leur paraissait possible de réaliser eu égard à la situation du marché. C'est la conséquence directe de la cartellisation.

Il faut trouver la raison de cet état de chose dans la place restreinte qui est faite au sein de ces commissions aux représentants des intérêts de l'hospitalisation privée. Celle-ci n'est assurée, sur un total de 20 membres, que par un représentant des syndicats médicaux et quatre représentants des organisations hospitalières privées.

Les investissements publics semblent, quant à eux, s'orienter vers une médecine coûteuse dans les centres hospitaliers, régionaux ou non. La valeur des immobilisations par lit a souvent doublé de 1965 à 1975 et presque triplé dans les CHU, y compris à l'Assistance Publique à Paris où l'important effort de modernisation s'est effectué avec un nombre de lits décroissant. Une analyse sommaire de la répartition régionale des investissements publics fait apparaître une corrélation positive entre la valeur des investissements réalisés et le nombre initial de lits, ce qui traduit une tendance propre au système hospitalier à investir des montants plus élevés là où existe déjà un équipement important. Le rattrapage réel qui s'est produit entre les régions en termes d'unités physiques (nombre de lits par habitants) a été contrebalancé et au-delà par une tendance inverse en termes de valeur .

¹³ *Documents du CERC*, « Le coût de l'hospitalisation 4. Les établissements de soins privés B. Les investissements et le financement », n° 60, 4, 1981, pp. 25-26.

La meilleure preuve de l'échec de la carte sanitaire se trouve en définitive dans la multitude de textes qui ont été publiés depuis 1977 et dont l'esprit est totalement étranger à celui de la loi de 1970. Il s'agit moins de rationaliser l'offre sans limiter la demande pour éviter les doubles emplois, que de rationner la demande pour adapter les dépenses hospitalières aux capacités financières de la Sécurité Sociale.

Les moyens mis en place sont soit conditionnels, soit coercitifs. Sous la première rubrique, il faut ranger les deux circulaires sur les surcoûts de 1979 à 1980 : l'investissement reste possible à condition que des compensations appropriées en lits, en personnel ou en dépenses d'exploitation soient effectuées. Dans la seconde catégorie, peuvent être inscrites toutes les mesures prises par les autorités extérieures aux établissements qui tendent à limiter l'autonomie du conseil d'administration ou à se substituer à son autorité. Les indices de la carte sanitaire permettaient sans doute, en principe, de réduire le nombre de lits dans un secteur, mais toute intervention au niveau d'un établissement était impossible. Cette détermination fine a été réalisée en deux étapes : l'une réglementaire, par la circulaire du 1^{er} août 1977 sur les programmes d'établissement, l'autre législative, avec la loi du 29 décembre 1979 sur la fermeture des lits d'hospitalisation.

3. LES INFIRMITES DES MECANISMES DEMOCRATIQUES

3.1 Le marché politique et la démocratie représentative

Le marché politique est à l'Etat ce qu'est le marché des managers aux entreprises privées.

Les équipes dirigeantes des entreprises offrent à leurs actionnaires un programme de gestion qui maximise le profit distribué ou réinvesti. Si ces gestionnaires sacrifient la recherche du profit à d'autres impératifs, les actionnaires pourvoient à leur remplacement en embauchant des responsables plus performants.

De la même manière, les citoyens ont formellement un droit de propriété sur tout le produit de l'activité administrative dont ils contrôlent l'orientation par le biais du scrutin politique. Si les bénéfices que l'électeur retire de l'action publique sont inférieurs aux retombées fiscales des programmes d'action gouvernementale sur lesquels il est amené à se prononcer, il sanctionnera le parti qui les cautionne. Pour maximiser ses chances d'être élu, un homme politique doit donc répondre aux aspirations du corps électoral en adaptant l'offre des services publics à la demande de la population. Il sera d'autant plus enclin à le faire en matière de santé que le public sait très bien où va son argent puisqu'il s'agit de ressources affectées. C'est donc en principe l'électeur qui va décider la part des ressources nationales qui doit être consacrée au financement de ce secteur¹⁴.

Ce principe est, bien entendu, très éloigné de la réalité. Le mandat des députés n'est pas impératif et l'administration échappe partiellement à l'emprise du politique. Mais, puisqu'il légitime toute organisation parlementaire, nous supposons que l'idéal démocratique est respecté. Les choix effectués dans ce cadre idéal ne sont cependant pas optimaux du fait des imperfections des procédures électorales et des défaillances de la machine administrative.

¹⁴ A. Down, *An Economic Theory of Democracy*, Harper and Row, New-York, 1957. -J .L. Migué, *L'Economiste et la chose publique*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1979, 3^{ème} partie, pp. 143-167. -B. Lemmenicier, *La Compétition sur le marché politique et la croissance des dépenses de l'état*, Communication au congrès de « L'European Public Choice Society », Poitiers, 25-27 mars 1982.

3.2 Les imperfections des procédures électorales

Le système démocratique s'efforce de donner à tous le droit à la parole pour l'orientation de l'effort collectif, ainsi que les moyens les plus efficaces pour faire usage de ce droit. Mais les procédures techniques d'agrégation des préférences individuelles permettent rarement aux malades de faire prévaloir leur point de vue sur celui des bien portants, qui ressentent chaque jour le poids croissant de l'augmentation des coûts médicaux¹⁵.

Si les finalités des uns et des autres coïncident et si tous s'accordent quant au niveau idéal de la qualité des soins, l'allocation sera optimale au sens de Pareto. Puisqu'il y a unanimité, aucun individu ne pourra être avantagé au détriment d'un autre, le vote remplace ici les transactions du marché et aboutit au même résultat.

Les difficultés surgissent dès que les électeurs, tout en partageant le même ensemble de finalités (l'obligation d'assistance aux malades), divergent sur le montant des ressources à affecter à la production des soins. Dès que l'unanimité fait défaut, ceux qui peuvent déterminer le sens de la décision sont en situation de prendre des mesures contraires aux intérêts de ceux dont l'avis est négligé. La règle de la majorité tend systématiquement à privilégier l'électeur médian ; elle favorise 50 % des électeurs plus un et le groupe minoritaire se verra imposer une qualité des soins souhaitée par une partie seulement de la population. Cette unification de l'offre publique va d'ailleurs à rebours de l'évolution des préférences qui se diversifient de plus en plus. En imposant une moindre inégalité d'usage, elle empiètera sur la liberté de choix des usagers, dans la mesure où les médecins et les hôpitaux n'offriront qu'une seule variété de services.

La situation devient dramatique quand il n'y a aucune commune mesure entre les finalités idéales vues par les bien-portants et par les malades puisque tout « marchandage » entre eux devient impossible.

S'il existe, comme l'affirme Dupuy¹⁶, deux situations de santé :

- a) la santé à la première personne, dans laquelle l'individu bien portant arbitre entre des aspirations contradictoires sans accepter d'en mettre une seule au-dessus de toutes les autres ;
- b) la santé à la seconde personne, où le médecin se voit proposer la tâche de choisir dans l'incertitude la meilleure ligne de conduite pour un patient qui lui présente en définitive le bien le plus précieux dont il dispose ici bas ;

alors la part des ressources consacrées à ce secteur variera en fonction inverse du rapport bien-portants/malades. Plus forte sera la charge qu'impose les soins à la collectivité, moins la demande de protection des bien-portants sera élevée. Ceux-ci ne sont pas nécessairement des monstres d'égoïsme, chacun d'entre eux peu très bien ne pas être insensible à la souffrance d'autrui; mais il existe un seuil au-delà duquel la satisfaction morale qu'ils retirent de leur sentiment de compassion sera annulée par le déplaisir d'avoir à se priver chaque jour un peu plus pour contribuer au rétablissement des mal-portants¹⁷.

¹⁵ A. Wynen, « Les substitutions entre les différentes formes de soins : les alternatives à l'hospitalisation », « Le point de vue du médecin de ville », Colloque Europe Blanche V, *L'Hôpital à Paris*, n° spécial, octobre 1983.

¹⁶ J.P. Dupuy, « Rationalité sociale des politiques de santé », Conférence de Tokyo, 2-7 avril 1973, *The Economics of Health and Medical Care*, version française, CEREBE, 1973.

¹⁷ P. Naveau, « Le concept de solidarité et le dilemme du prisonnier. L'exemple du mode de financement du National Health Service », *Science Sociale et Santé*, n° 3-4, septembre 1983, pp. 93-110.

Bien sûr, l'Etat peut utiliser son pouvoir de coercition afin d'imposer aux électeurs les choix qu'il estime bons pour la collectivité des malades. Mais, dans la mesure où il intervient en violation des préférences de la majorité de la population, la légitimité de son action est remise en question. Au mieux, il se verra contraint de choisir une voie moyenne qui ne satisfera aucune des parties concernées : le contribuable l'accusera toujours de laxisme tandis que le malade lui reprochera sans cesse sa ladrerie. Au pire, il devra aligner sa politique sur l'opinion majoritaire des contribuables. Il sera d'autant plus enclin à la faire qu'aucune des raisons généralement invoquées pour expliquer la croissance des interventions de l'Etat ne se retrouve dans le domaine de la santé.

3.3 La fonctionnaire de santé, monopsonneur public

La tendance naturelle de tout fonctionnaire est de confondre la croissance de ses crédits et la défense de l'intérêt général. Les réunions inter-administratives deviennent le champ clos où s'affrontent les stratégies institutionnelles et chacun s'efforce au cours de la négociation de modifier la place de la cellule qu'il dirige dans la hiérarchie du système. Comme l'a écrit R. de la Genière¹⁸, « un chef de service se trouverait un peu déshonoré s'il n'avait pas obtenu une progression de ses moyens qui soit équivalente à celle de ses voisins et de surcroît supérieure à celle de la PIB ».

Or, en matière de santé, la réussite des administrateurs ne peut être mesurée à la taille des budgets dont ils ont la charge, puisqu'ils n'ont pratiquement pas de responsabilités de gestion. Dans un contexte de crise économique, l'aune de leur succès est, et sera de plus en plus, évaluée par les autres ministères au rythme de décélération des dépenses qu'ils réussiront à imposer. La vérité est que, sous couvert de démantèlement des corporatismes professionnels, l'Administration risque de favoriser la croissance des secteurs d'activité où elle intervient directement pour produire des biens et services au détriment de ceux dont elle se borne à organiser le cadre de fonctionnement.

En désengageant l'Etat dans un domaine où il subit les décisions beaucoup plus qu'il ne les provoque, le contingentement des soins ouvre dans la structure des dépenses publiques un créneau dont d'autres activités gouvernementales plus directement liées à la fourniture de services collectifs viendront combler la béance. La réduction des budgets hospitaliers nourrira le développement du tissu industriel.

Cette évolution est d'autant plus probable que le poids du ministère de la Santé, qui était déjà faible dans la hiérarchie des administrations de l'Etat, a encore diminué depuis qu'il s'est coupé, par sa politique, de l'élite hospitalo-universitaire sur laquelle il pouvait auparavant prendre appui, et cela au moment où intervient un nouveau partenaire : la sécurité sociale.

Le décret du 11 août 1983 portant réforme des modalités de financement de l'activité hospitalière confie au préfet le soin de fixer les autorisations de dépenses inscrites à la section d'exploitation en tenant compte d'un taux moyen d'évolution fixé par les directives nationales en fonction des hypothèses économiques générales. Cette mesure marque le terme d'un processus continu de renforcement des contrôles externes sur l'activité des établissements.

Entre 1944 et 1953, aucun taux de progression n'était fixé au niveau national ; la méthode employée consistait, pour chaque établissement, à appliquer au budget de l'exercice à venir le taux de hausse constaté durant l'exercice en cours. Entre 1953 et 1979, les recettes prévisionnelles des hôpitaux furent plafonnées a priori, mais la politique d'encadrement des budgets hospitaliers était suffisamment diversifiée dans son application pour s'adapter aux circonstances locales et à la

¹⁸ R. de la Genière cité par P. d'Iribane, *La science et le prince*, Denoël, 1970, p.248.

spécificité de chaque établissement. Ce n'est qu'à partir de 1979 que les établissements perdirent définitivement l'initiative des propositions de prix de journée en fonction de leurs besoins propres. Avec la suppression, des budgets supplémentaires, l'allocation des ressources aux hôpitaux se fit désormais de façon descendante en fonction du taux de croissance du P.I.B.

La toute nouvelle réforme budgétaire rompt avec le principe critiquable du paiement en fonction des journées faites. Mais, dans la mesure où une dotation globale fixe un plafond à la masse des dépenses, elle ressemble fort à la pratique antérieure des taux directeurs et elle présente les mêmes dangers.

On explique aux étudiants qu'une entreprise en situation de monopole d'emploi de la main d'œuvre dans une région peut verser à ses ouvriers un taux de salaire moyen inférieur au coût du dernier travailleur embauché. On peut craindre que le gouvernement débattre désormais des dotations globales qu'il entend accorder aux établissements dans un contexte similaire. Si l'Etat est amené à élever le taux moyen d'évolution de certains établissements, il devra nécessairement répercuter cette hausse sur tous les hôpitaux. Le coût supplémentaire d'une telle politique sera supérieur à l'augmentation annuelle des moyens budgétaires mis à la disposition de chaque unité. La valeur du service rendu sera supérieure au prix que l'Etat accepte de payer pour l'obtenir et la qualité des soins baissera par rapport au niveau auquel elle se serait fixée en l'absence d'intervention des pouvoirs publics.

3.4 La sécurité sociale, un payeur bien éveillé¹⁹

Par application du principe « qui paie décide », il est à craindre que les caisses usent de leurs forces et du monopole qu'elles détiennent à l'égard des recettes hospitalières pour soumettre les hôpitaux à leur contrôle. Dans les textes, le rôle de la tutelle n'est ni enlevé à l'autorité administrative, ni partagé avec un organisme privé. Le décret du 11 août 1983 réaffirme la compétence exclusive du préfet pour fixer les tarifs des prestations et arrêter la dotation globale. Son rôle est même accru puisque, depuis 1982, la procédure budgétaire est déconcentrée.

Mais le nouveau cadre juridique qui régit les rapports entre les caisses et l'hôpital permettra à la sécurité sociale de jouer un rôle privilégié dans le débat budgétaire. Le décret du 11 août renforce ses droits et son pouvoir d'investigation : l'article 13 fait obligation aux ordonnateurs de communiquer à la sécurité sociale les avis de la commission médicale consultative, le tableau des emplois, le tableau des activités et moyens par centre de responsabilités. L'article 35 confie à la caisse régionale le soin de réunir une commission composée de représentants des divers régimes en vue de recueillir un avis sur le budget ainsi que sur les propositions de dotation globale et de tarifs qui sera accompagné des observations du contrôle médical.

Dans la mesure où celle-ci incarnera le pouvoir d'expertise, ses recommandations risquent d'être toujours suivies par la tutelle.

¹⁹ En guise de réponse au titre provoquant de v. Rodwin, « Quand le payeur s'éveillera... », *Le Monde Diplomatique*, mars 1984, p. 25.

Longtemps on a pu croire que les dépenses de santé étaient les plus difficiles à maîtriser de toutes les dépenses sociales. Les professionnels ont opposé une résistance souvent couronnée de succès aux barrières que le pouvoir politique et l'administration ont tenté de dresser pour en limiter la progression. Les citoyens sont demeurés indifférents au déroulement de ce combat quand ils n'ont pas soutenu les résistants, craignant la remise en cause de leurs avantages sans mesurer le coût de ceux-ci.

Mais, il n'est pas certain que ce soit toujours le cas. L'échec d'une réglementation en appelle une autre, plus coercitive. L'impressionnant dispositif réglementaire dont dispose la puissance publique semble lui donner les moyens de stabiliser la part des ressources nationales consacrées à la santé. Au jeu des compétences croisées dans lequel intervenaient tous les acteurs, à l'exception des usagers, semble se substituer un système de blocs de compétence donnant les pouvoirs réels au décideur public et à la sécurité sociale. La crise économique impose une révision des situations acquises et un fort mouvement de pensée se dessine en faveur d'un désengagement financier de l'Etat qui permettrait à celui-ci de reporter ses efforts sur la rénovation du tissu industriel.

Ce qui est à craindre aujourd'hui, pour certains, ce n'est pas que la politique sanitaire soit inefficace, c'est qu'elle le soit trop, qu'elle impose à toute la population des mesures qui nient les besoins du malade en raison de contraintes financières rigides et mal adaptées.

N'existe-t-il pas une autre voie que celle de l'hyper-réglementation, plus souple et plus efficace, qui permette de sauvegarder les intérêts du malade et de donner à chaque citoyen la possibilité de faire des choix responsables par l'expression de la diversité des préférences individuelles ?