

« Santé : l'autorégulation est-elle un mythe ? »

Robert LAUNOIS⁽¹⁻²⁾, Pierre Giraud⁽³⁾

Futuribles 1986 ; 105 : 3-19

Repris dans Problèmes Economiques 11 mars 1987 n° 2015 sous le titre « Les différents modes de régulation des systèmes de santé »

⁽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>

⁽³⁾ Conseiller Maître à la Cour des Comptes

La croissance des dépenses de santé tire son dynamisme de facteurs tels que le vieillissement, les nouvelles technologies, les comportements de refus de la douleur, sur lesquels l'économiste et le politique n'ont que peu de moyens d'action. Mais elle provient aussi des mécanismes de financement et d'organisation du système de soins qui contribuent souvent à déresponsabiliser les acteurs de santé (malades, médecins, hôpitaux, assurance maladie).

Robert Launois et Pierre Giraud, auteurs d'un livre récent sur les problèmes de santé, analysent dans cet article diverses modalités pour mieux réguler les dépenses de santé.

Lancinant casse-tête des gouvernements de gauche comme de droite, le déficit de la sécurité sociale est plus que jamais à l'ordre du jour. Selon les experts, le « trou » que creuse la seule assurance maladie sera de 6 milliards en 1986 et de 15 milliards en 1987, la croissance des dépenses de santé chevauche les 9,6 % et les « dérapages » démentent les prévisions.

Cependant, alors que le risque d'implosion de notre système de sécurité sociale est dénoncé par tous, la timidité des mesures annoncées offre un saisissant contraste avec le ton des discours. La politique, une fois de plus, se résigne à gérer le déficit avec les éternels expédients du rationnement et de l'augmentation des prélèvements.

Pourtant, il semble admis désormais que la maîtrise des dépenses de santé passe par le « bon usage des soins », expression pudique pour ce que les Anglo-saxons nomment la productivité du système de santé. Mais les moyens proposés se bornent aux traditionnels appels au bon vouloir des médecins.

Les vraies questions qu'il faut cependant se poser sont celles-ci : Le bon usage des soins n'est-il pas incompatible avec notre système de financement et de distribution des prestations médicales ? Quels sont les mécanismes qui l'inhibent ? Quels sont au contraire ceux qu'il faut mettre en place pour l'optimiser ?

Parmi les responsables de la croissance des coûts sont cités pêle-mêle, le vieillissement de la population, la hausse du niveau de vie générant une exigence croissante de santé, l'incertitude médicale dévoreuse de technologies nouvelles, la démographie médicale galopante ... facteurs dont le potentiel inflationniste est incontestable, mais qui ne conduisent au dérapage que dans la mesure où notre système de santé échappe complètement à la régulation par les lois du marché.

En fait, l'inflation résulte de l'interaction de facteurs d'inefficacité et de gaspillage intervenant aux trois niveaux de décision impliqués ; en quelque sorte, d'une synergie de la déresponsabilisation.

L'assuré, qui n'a pas le choix de souscrire une assurance plus limitée et moins coûteuse, considère qu'il a acquis le droit à un accès illimité aux soins. Sa participation personnelle étant faible, il n'a aucun intérêt à limiter les actes médicaux ni à rechercher les filières de soins les moins coûteuses. Au contraire, la recherche de la gratuité le poussera à faire pression sur le médecin pour obtenir de bénéficier de prestations sans ticket modérateur, sous forme d'hospitalisation, quand il serait justiciable de prestations avec ticket modérateur. Serait-il animé d'un louable civisme qu'il n'aurait pas les moyens de faire des choix économiques, le pluralisme de l'offre étant quasi inexistant et le prix de la visite des

médecins libéraux n'étant pas connu à l'avance. A fortiori, est-il incapable d'estimer *ex ante* le coût d'une séquence de soins.

Les *prestataires de santé*, véritables ordonnateurs des soins, ont un rôle déterminant et méconnu du public dans l'inflation du volume des soins. Non seulement aucun mécanisme n'existe pour les inciter à résister aux pressions de leurs malades, dont ils risquent, par leur refus, de perdre la clientèle, mais au contraire le système du paiement à l'unité, avec remboursement rétrospectif, dans un contexte de forte démographie médicale et de compression autoritaire des honoraires, génère le gonflement du volume des actes.

De même, les hôpitaux en sureffectifs, sont-ils conduits à accroître leur activité pour justifier leur budget ?

Par ailleurs, l'absence de liaisons efficaces entre médecine ambulatoire et hospitalière, la multiplicité des intervenants font obstacle à l'optimisation des choix et favorisent le gaspillage des ressources.

Les *caisses de sécurité sociale*, enfin, n'ont de pouvoirs réels ni pour contrôler efficacement, ni pour négocier avec les partenaires médicaux. Elles ont un rôle de gestion passif.

Dans ce système expansionniste sans frein économique, l'explosion des dépenses de santé est inévitable, à moins qu'on ne parvienne à mettre en place des mécanismes régulateurs.

Mais quels sont ces mécanismes ? Dirigistes, défenseurs de l'interventionnisme d'Etat et libéraux, prônant une autorégulation par les acteurs du système, assurés, assureurs et prescripteurs, s'affrontent. Quatre théories sont couramment développées, que faut-il en penser ?

LA REGULATION ADMINISTRATIVE

Depuis 1970, l'Etat français a pratiqué une politique résolument interventionniste, afin de tenter de contrôler, par des mesures administratives autoritaires, l'activité du secteur de santé.

Les méthodes de contrôle employées sont de trois ordres :

- le contrôle des prix,
- le contrôle des volumes d'activité,
- le contrôle des investissements.

Le contrôle des prix

Considérée à sa création comme l'instrument potentiel d'une politique de maîtrise des coûts, la nomenclature apparaît désormais comme un simple outil de facturation des prestations à la Sécurité Sociale. Les actes médicaux sont répartis en quatre catégories symbolisées par une lettre-clé C, V, K, Z. Pour chaque acte, un coefficient de pondération variant selon sa technicité est associé à la lettre-clé. La nomenclature n'est en définitive rien d'autre que le vecteur de ces coefficients.

Elle n'a aucune efficacité en matière de contrôle de l'offre, puisqu'elle se borne à fixer la valeur de l'acte unitaire en laissant les quantités indéterminées.

Bien au contraire, son caractère arbitraire et contraignant pousse à la dépense. La forte pression exercée sur les honoraires médicaux dans les dernières années a conduit le corps médical à se prémunir contre ses effets en augmentant sa production d'actes. De plus, réductrice par souci de simplicité, elle ne peut être une représentation fidèle d'une réalité médicale infiniment complexe. Ainsi, le montant remboursé pour une consultation est indépendant de sa durée, incitation évidente aux visites en chaîne et à la multiplication des actes.

Enfin, la nomenclature est figée et a toujours un temps de retard sur l'évolution de la technique médicale. D'où l'introduction de distorsions et la tentation pour les médecins de s'équiper en matériel moderne qui va baisser les coûts unitaires et augmenter sa productivité ... et le rythme des actes prescrits !

Conscient de l'existence de ces effets pervers, l'Etat a voulu se donner les moyens de contrôler non seulement les prix mais les volumes d'activité, tant en médecine ambulatoire qu'en milieu hospitalier.

Le contrôle des volumes d'activité

□ L'illusion des profits médicaux

En 1971 est instaurée sous ce vocable une procédure de contrôle statistique des activités médicales effectuée sur ordinateur par les caisses d'assurance maladie. Depuis 1980, chaque praticien reçoit ainsi trimestriellement un état chiffré de ses facturations, ventilées en consultations/visites, arrêts de travail, examens et prescriptions pharmaceutiques. Dans l'esprit des pouvoirs publics, cette mesure devait permettre de « sensibiliser les esprits » des praticiens au coût de leurs interventions, mais aussi de déceler des irrégularités dans la pratique médicale et de faire sanctionner les prescripteurs abusifs. Un comité médical paritaire fut créé à cet effet par la Convention de 1980.

Bien qu'une énorme masse de données statistiques ait été ainsi collectée, les profils médicaux ne permettent pas un contrôle efficace de l'activité médicale, pour deux raisons.

En premier lieu, il n'existe pas de normes objectives qui puissent servir de référence quant au volume d'activité acceptable. Si on admet que tous les médecins sont influencés dans leur pratique médicale par le système actuel de financement, les profils perdent leur intérêt.

En second lieu, à supposer que des irrégularités flagrantes apparaissent, l'opposition des syndicats médicaux aux procédures de sanction a paralysé jusqu'ici l'action des comités locaux.

En fait, les profils médicaux ont échoué en tant que dispositif de freinage. Ils ont par contre réussi à servir d'alibi à la profession pour refuser des mesures plus efficaces, par crainte d'une remise en cause de la médecine libérale.

□ Le rationnement des hôpitaux par le budget global

Les effets pervers du financement basé sur les prix de journée étant prouvés, l'Etat lui a substitué, en 1983, le système du budget global avec au départ, une dotation annuelle financée par les caisses d'assurance maladie et la fixation d'un taux de croissance annuel qui devient avec le temps de plus en plus faible.

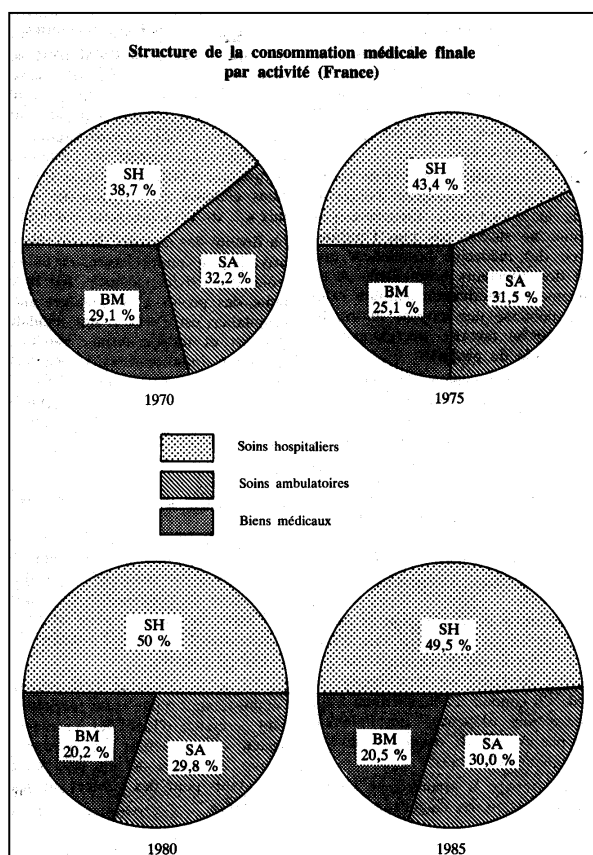
Un tel système assure incontestablement la maîtrise à court et moyen terme de la progression des dépenses.
Il devrait aussi inciter les directions hospitalières à améliorer leur gestion et à rechercher des gains de productivité.

Mais il comporte de graves insuffisances dans sa conception actuelle. Basé sur des critères d'attribution très partiels et des normes de progression rigides et uniformes, il aboutit à renforcer les inégalités de situation et ne favorise aucunement la rationalisation indispensable au plan régional.

Ces lacunes étant reconnues, les pouvoirs publics ont exploré des voies nouvelles pour une meilleure évaluation de l'activité hospitalière, parmi lesquelles celle du projet de médicalisation des systèmes d'information : PMSI.

L'objectif, selon J.M. Rodrigues (Rodrigues 1983), consiste « à expérimenter un nouveau système d'information médicalisée dans un certain nombre d'hôpitaux volontaires. La base de données hospitalières constituée à l'aide de Résumés de Sortie Standardisés (RSS) aura pour but de déterminer des Groupes Homogènes de Malades (GHM), ce qui doit permettre de relier les activités de l'hôpital à l'éventail de maladies soignées et de calculer les coûts par classes de pathologies ».

Le PMSI reprend la méthodologie élaborée par le Dr Fetter, de l'Université de Yale. Rappelons qu'aux USA les pouvoirs publics autorisent MEDICARE à rembourser les hôpitaux en fonction de DRG¹, coûts standards des pathologies traitées, ce qui a favorisé une mise en service rapide du système.



¹ DRG : Diagnosis Related Groups

En France, les promoteurs du PMSI observent une attitude très prudente et se défendent de vouloir utiliser les GHM comme principe de financement des prestations médicales. L'objectif affirmé se limite à la connaissance du produit hospitalier et des processus de formation des coûts.

En réalité, les difficultés sont de taille. Tout d'abord, en l'absence d'objectifs précis et d'incitations financières, le chantier ne suscite pas plus l'enthousiasme des médecins hospitaliers que celui des directeurs hospitaliers. A ce problème de motivation s'ajoute celui de la faiblesse des moyens informatiques, qui ne favorise pas un avancement rapide du projet.

Mais le PMSI soulève également de sérieuses critiques techniques :

- le système est incomplet et grossier, la finesse des renseignements étant insuffisante et certains types de soins n'étant pas ou peu pris en compte,
- la variabilité des pratiques médicales, pour de nombreux GHM, est très élevée, ce qui met en évidence le pouvoir discrétionnaire des médecins face à certaines catégories d'affections,
- l'utilisation du PMSI pour la tarification provoque elle aussi des effets pervers. Ainsi que le suggère une expérience de DRG au New Jersey, le PMSI, s'il conduit indéniablement à un freinage des dépenses hospitalières, n'est pas exempt de risques au niveau de la qualité des soins.

Autre dérapage à craindre, le risque de surélévation des diagnostics par les médecins qui cherchent ainsi à bénéficier de ressources supplémentaires.

La généralisation du PMSI n'est donc pas pour demain. Cependant, dans la mesure où le système du budget global appelle un mécanisme plus fin d'attribution, le PMSI sera vraisemblablement appelé à fournir un « éclairage » permettant d'infléchir à terme les dotations globales en fonction du « case-mix »², de l'établissement considéré.

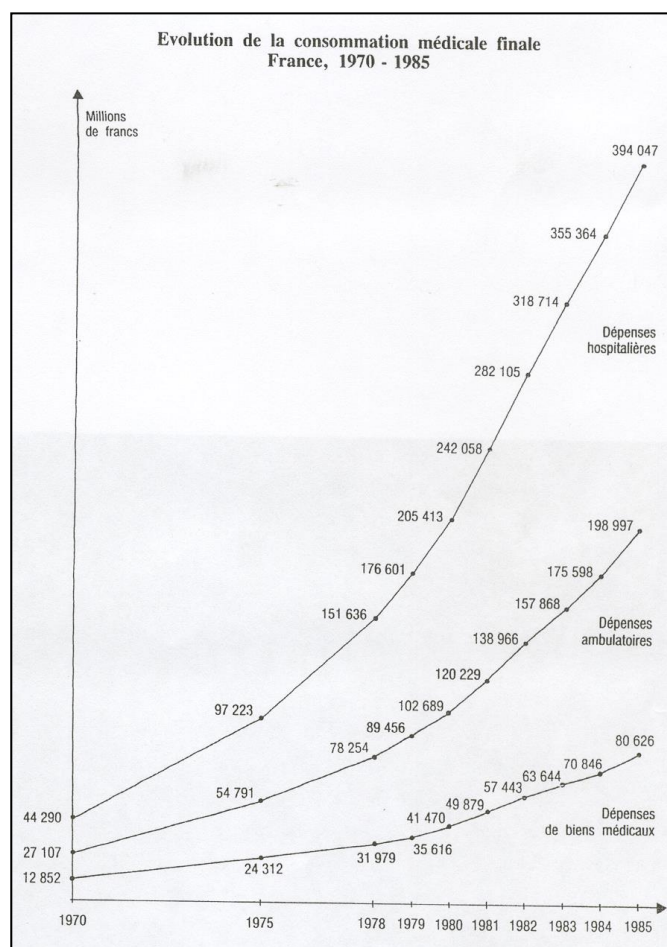
La finalité des mesures de contrôle des prix, par la nomenclature et du contrôle de l'activité médicale, par le système des profils et du budget global hospitalier, est d'assurer une régulation à court et moyen terme. Conscients des effets inflationnistes à long terme des investissements hospitaliers, les pouvoirs publics ont mis au point diverses mesures pour en maîtriser la croissance.

Le contrôle des investissements

A l'objectif initial d'harmonisation des ressources hospitalières par région s'est progressivement substitué celui de la contention de l'expansion de l'hôpital, des plans de modernisation et des investissements en nouvelles technologies et capital humain.

La loi du 31 décembre 1970 prévoyait l'établissement d'une carte sanitaire devant permettre d'identifier les zones de besoin et de définir les normes en termes de ratio de lits par nombre d'habitants pour des services médicaux spécifiques.

² Case-mix : estimation du nombre de patients par GHM et affectation d'un coût calculé par GHM.



Des inventaires régionaux des ressources furent conduits pour 284 secteurs de santé et comparés aux normes nationales. Ainsi furent légitimés des investissements dans des régions sous-équipées, sans pour autant réduire le nombre de lits dans les autres régions.

Depuis 1976, la carte sanitaire est utilisée comme l'instrument d'un désengagement planifié de l'Etat.

Or, elle est en butte à de nombreuses critiques :

- l'administration se substitue au marché pour définir un besoin normatif « apprécié » en fonction de critères arbitraires, sur la base d'un seul modèle, l'hôpital, et d'un facteur dominant, le nombre de lits,
- il a fallu attendre 1984 pour que des critères aussi fondamentaux que le taux de remplissage des établissements et la durée moyenne de séjour soient pris en compte dans la définition des indices cibles,
- les normes, quel que soit leur mode d'élaboration, ont toujours un temps de retard sur l'évolution des technologies médicales,
- l'application de normes maxima est en elle-même inflationniste. Elle permet aux secteurs qui sont en dessous de celles-ci de rattraper des normes, sans imposer à ceux qui sont au-dessus de diminuer leur capacité. Ce n'est qu'en 1979 qu'on se donna les moyens législatifs pour procéder à la fermeture des lits excédentaires.

L'action normative, ici encore, a abouti à homogénéiser l'équipement sanitaire des régions, mais n'a pas eu d'effet régulateur sur les coûts.

Inefficace, contesté, dangereux à terme pour le malade, l'interventionnisme public est toujours pratiqué. Et pourtant, à la faveur de la crise économique, un fort courant de pensée se dessine en faveur d'un désengagement de l'Etat et d'une prise de responsabilité des véritables acteurs du système de santé, assurés, assureurs, praticiens.

LA REGULATION PAR L'ASSURE

Responsabiliser l'assuré

La première solution consiste à faire payer le malade. Elle correspond au vieux projet du CNPF³ du milieu des années 60, repris par la suite par divers hommes politiques de tendance libérale, avec pour objectif de freiner la croissance des dépenses des caisses et de réduire ainsi les cotisations à la charge des entreprises. Pour endiguer les gaspillages, il suffirait de « responsabiliser » les citoyens en augmentant le coût des soins pour l'assuré.

Le raisonnement est simple, voire simpliste. Il suppose qu'une grande partie des dépenses de l'assurance maladie est le fait d'une consommation débridée et inutile sur le plan sanitaire. C'est faire fi des enquêtes de consommation : plus de la moitié des frais de santé sont exposés par 3 % de la population, les deux-tiers par 10 %.

Mais plus fondamentalement, pour que les effets attendus de ce type de mesure puissent se manifester, encore faudrait-il que soient réunies certaines conditions : tout porte à croire que leur réalisation est improbable.

Les obstacles à une régulation de la demande

L'histoire de notre société témoigne de l'exigence croissante de sécurité. Il est donc probable que toute diminution de la protection garantie par la sécurité sociale se traduirait par un recours accru à des organismes privés de protection et pour les plus défavorisés, par une extension de l'aide sociale.

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 MEDICARE⁴ ont souscrit des polices d'assurances privées (les « MEDIGAPS ») ; 27 % d'entre elles sont par ailleurs prises en charge par MEDICAID ; en définitive, 16 % de la population protégée par MEDICARE participent directement au financement des soins qui leur sont dispensés.

Sans doute peut-on être tenté 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 pourrait se permettre d'empêcher les citoyens de se protéger contre le risque, alors que sa mission est de les garantir contre l'adversité. Au surplus, la liberté du commerce et de l'industrie inscrite dans la Constitution

³ Confédération Nationale du Patronat Français

⁴ Rappelons que le programme MEDICARE, financé par l'Etat Fédéral, prend en charge sans condition de ressources les personnes âgées de plus de 65 ans. Le programme MEDICAID est financé conjointement par les Etats et par l'Etat Fédéral, il prend en charge certaines catégories de personnes défavorisées : les handicapés et les aveugles, les foyers démunis ayant des enfants mineurs et sans soutien de famille, les foyers à bas revenus ayant des besoins médicaux élevés.

rendrait inconstitutionnelle toute loi interdisant à une entreprise de se livrer à ce genre d'assurance.

Dans le cas où ce transfert de charges vers le secteur privé ne se produirait 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 extrêmement faible.

En 1959, le gouvernement a diminué le tarif de responsabilité de l'acte de radiologie (Z) de 2,38 à 1,60 francs. 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 même année, le taux de croissance de la consommation de Z a diminué de 14 %, au quatrième trimestre il augmenta de 2 %. Au total sur l'année, un triplement du prix a entraîné une baisse de 5 à 10 % du taux de croissance de la consommation, ce qui implique une élasticité de la demande de 0,02

De même, les mesures de relèvement du ticket modérateur prises au fil des ans pour certains services ou biens médicaux (massages, médicaments de confort) n'en ont que très légèrement et temporairement infléchi la demande.

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 l'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, ce phénomène de substitution sera d'autant plus accusé que le malade appartiendra aux couches les plus défavorisées de la population.

Le forfait hospitalier avait pour objet d'en limiter les effets pervers. Le fait qu'on envisage de revaloriser son montant semble indiquer qu'il n'a pas eu jusqu'ici les effets escomptés. Son objectif caché semble être surtout d'ordre financier.

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 :

- a) que cette baisse est bien imputable à l'élimination des soins superflus ; rien ne garantit que soient écartés en premier les traitements dont la légitimité est la plus mal établie ;
- b) que cette diminution de la consommation médicale ne remet 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 de 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 pauvres.

En tout état de cause, pour être socialement et politiquement acceptable, le maniement du ticket modérateur doit être opéré avec précaution et assorti de mécanismes correcteurs garantissant l'accès aux soins les plus modestes. La portée de ces mesures de régulation par la demande a toujours été et restera très limitée.

LA REGULATION PAR L'ASSUREUR

L'extension de la protection complémentaire privée

Selon cette thèse, l'assuré qui n'a pas la capacité d'estimer lui-même le coût et l'efficacité des soins offerts, ni de stimuler la concurrence entre les prestataires de soins, délègue cette fonction à l'assureur. Celui-ci est supposé avoir le pouvoir de négociation et les moyens d'information nécessaires pour faire pression sur les producteurs de soins et obtenir de meilleurs prix, et ce d'autant qu'il est lui-même placé en situation de concurrence avec d'autres organismes d'assurance.

Le principe d'une privatisation totale du système d'assurance maladie, par une mise en concurrence systématique de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques, voire même un certain nombre de risques dits « volontaires » paraît devoir être écarté. Politiquement irréalisable, son efficacité n'est absolument pas prouvée.

Par contre, la thèse d'une extension de la protection complémentaire privée, reposant sur un partage des risques reconnaissant au secteur privé le droit d'intervenir pour un certain niveau de risques jugés mineurs, trouve une certaine audience.

Les modalités pratiques de la mise en œuvre d'une telle politique sont simples :

- la sécurité sociale conserve la charge des seules prestations actuellement délivrées sans ticket modérateur, ou régleme ses prestations (taux de ticket modérateur, cas de dispense de celui-ci) en fonction des ressources dont elle dispose, compte tenu du montant des prélèvements obligatoires qui peuvent être affectés à la santé,
- pour le surplus, les malades ont la possibilité mais non l'obligation de se couvrir par l'adhésion à une mutuelle ou la souscription d'une assurance.

Les tenants de cette distinction la justifient ainsi :

- les soins qui ne donnent pas lieu à ticket modérateur ou qui sont pris en compte dans le régime de base présentent un caractère de nécessité telle que le patient ne peut s'y soustraire,
- les soins avec ticket modérateur ou très faiblement couverts correspondent au contraire beaucoup plus à des solutions de confort qu'à des situations de détresse. En laissant le coût de leur couverture à la charge des assurés, on pense freiner le recours inconsidéré de ceux-ci à des soins superflus.

La formule permet à la sécurité sociale de faire des économies non négligeables. En 1983, les dépenses avec ticket modérateur s'élevaient à 60,8 milliards de francs. Si l'on estime, comme MM. Nora et Naouri (Note ENA 1986), que 30 % devront être pris en charge par une aide personnalisée, l'économie nette serait de 42 milliards.

Un champ d'intervention nouveau s'ouvre aux mutuelles et aux compagnies d'assurance, qui peuvent ainsi organiser au mieux la protection des usagers privés de leur couverture sociale traditionnelle.

Mis en concurrence entre eux, les organismes de protection complémentaire se doivent, pour attirer la clientèle, de présenter les contrats offrant les meilleures garanties au moindre coût.

Ils devraient naturellement être conduits à faire pression sur les producteurs de soins pour qu'ils adoptent les types de pratique les moins onéreux, ce qui permettrait de réduire le montant des primes appelées.

A cet effet, ils passeront contrats avec des ensembles d'offres pour qu'ils consentent à limiter leurs dépassements d'honoraires en échange d'un volume de patients garanti. La compagnie Abeille Paix s'est déjà engagée dans cette voie en signant des accords avec certaines cliniques privées.

Les aspirations individuelles peuvent désormais s'exprimer dans toute leur diversité. La logique du dispositif veut que l'assureur offre un éventail très varié de contrats au choix de l'assuré, qui en fonction de ses caractéristiques personnelles et familiales peut avoir accès à un plan personnalisé, au niveau de couverture qu'il aura choisi.

La régulation des coûts par l'assureur ?

Malgré leur séduction, ces propositions risquent de ne pas produire les effets escomptés. Financièrement efficaces dans un premier temps, elles susciteraient à terme des effets pervers. Celui qui souscrit une police complémentaire aura tout intérêt, pour éviter de majorer la prime qu'appelle son adhésion, à se faire soigner dans des structures intégralement prises en charge par le régime général. L'hospitalisation sera préférée au placement en maison de retraite ou au maintien à domicile.

On peut s'interroger sur la capacité des organismes d'assurances complémentaires à organiser efficacement le système de santé. Certes, la concurrence les obligera à comprimer leur coût de gestion, mais les économies réalisables en ce domaine sont par essence limitées, puisque les charges qui y correspondent ne dépassent pas 5 % du total des dépenses de santé. C'est donc sur les dépenses de soins qu'ils devront faire porter l'essentiel de leur effort. Or, là aussi, la possibilité d'un échec n'est pas écartée, et ceci pour 3 raisons :

- Le champ d'intervention des assureurs est en réalité fort restreint. Ce n'est pas la prolifération des petits remboursements qui creuse le déficit de la sécurité sociale, ce sont les gros risques qui coûtent cher.
- La volonté et les moyens de contrôler l'évolution des dépenses de santé peuvent faire défaut aux assureurs.

Les partenaires médicaux n'ont, pour toute incitation à limiter le volume de leurs actes ou à faire des choix thérapeutiques plus rationnels que la crainte de se voir retirer leur agrément. Une telle décision ne pourra bien entendu être prise que si elle est motivée, ce qui suppose un investissement important pour la constitution de banques de données, que peu de sociétés ont les moyens de réaliser.

Même si elles les avaient, il n'est pas certain qu'elles auraient intérêt à les utiliser. Une compagnie d'assurances aura peut-être le pouvoir de réduire certaines dépenses thérapeutiques, mais elle n'obtiendra jamais d'un médecin qu'il soigne différemment ses malades en fonction de leur organisme d'affiliation. Les économies qu'elle contribuera à dégager bénéficieront autant à ses concurrents qu'à elle-même. Cette double indivisibilité des comportements et des résultats aboutit à cette conséquence paradoxale que le promoteur d'une politique de bon usage des soins soit précisément celui qui voit sa position concurrentielle se détériorer puisqu'il supporte l'intégralité du coût de la mise en place du dispositif de surveillance sans en retirer la totalité du bénéfice. Pour pallier ces lacunes, la tentation paraît grande d'un regroupement des organismes assureurs dans une

fédération nationale à laquelle serait remis le soin de passer les conventions. Ce serait alors passer de l'interventionnisme étatique au quasi-monopole de la fédération des assureurs ou de la mutualité.

- Enfin, il n'est pas prouvé que la privatisation de l'assurance ait pour résultat une baisse des coûts pour l'assuré. En l'absence d'une diminution des primes, l'opération se soldera par un simple transfert de revenu des prestataires de soins vers les compagnies d'assurances.

Plus que par des gains de productivité, difficiles et coûteux à obtenir, l'assureur cherchera à maximiser ses profits en s'efforçant de ne pas être victime de phénomènes d'anti-sélection.

Le fait que les compagnies d'assurances soient souvent mal informées des caractéristiques des assurés les conduit à différencier l'étendue des garanties qu'elles offrent afin d'inciter les individus à révéler la nature véritable des risques qu'ils présentent. Or, il est évident que les individus à haut risque choisiront les contrats offrant une couverture maximale, même s'ils sont chers ; alors que les faibles risques opteront pour des garanties plus restreintes mais moins coûteuses. Il est clair qu'un tel choix segmente le marché et interdit tout transfert entre malades et bien portants par des mécanismes de péréquation. Les exclus de la protection complémentaire seront les hauts risques à faibles revenus. Pour remédier à cette injustice, il faudra mettre en place un système de redistribution explicite, un pool de risques aggravés, ou aide personnalisée à la santé, difficile à gérer.

Les dépenses correspondantes à cette dernière forme d'assistance devront bien entendu être comprises dans l'enveloppe globale allouée à la santé.

Compte tenu du montant des prélèvements obligatoires affectés à celle-ci, la montée de ces dépenses d'aide conduira à réduire les conditions de prise en charge par le système de base et les primes d'assurance complémentaire deviendront de plus en plus lourdes.

Même si, dans un premier temps, l'extension de la protection complémentaire peut permettre d'alléger le budget de la sécurité sociale, à terme elle ne peut, loin s'en faut, garantir que sera atteint le véritable objectif, la maîtrise des coûts de la protection santé.

LA REGULATION PAR LE PRESCRIPTEUR

Les politiques récentes n'attaquent pas les racines d'un gaspillage moteur d'inflation : un mode de distribution de soins éclaté sans coordination entre la médecine ambulatoire et hospitalière, un mode de financement des soins disséminés incitant à la déresponsabilisation des assurés et des médecins.

Espérer pouvoir contrôler de l'extérieur les dérapages d'un système aussi vicié relève de l'utopie. Une politique de restrictions aveugle risque de détériorer la qualité des soins. Seule une réforme des modalités de distribution et de financement des soins peut dégager des gains de productivité tout en préservant cette qualité. Deux livres récents (Giraud P. et Launois R.J., 1985 ; Mougeot M., 1986) et une série d'articles (Launois R.J. *et alii* 1983, 1984, 1985, 1986 ; Rochefort R., 1986) avancent en ce sens des propositions.

Les réseaux de soins coordonnés

Le principe consiste à créer des réseaux de soins coordonnés (RSC), véritables structures de regroupement des professionnels de santé, animées par le médecin de famille et

choisies par le malade, qui offrent à une population d'adhérents quantitativement définie une filière de soins complète et homogène en contrepartie d'un prix annuel fixé à l'avance.

Un contrat est passé entre les usagers et les professionnels de santé pour assurer la prise en charge complète des individus. Le client s'engage à se faire soigner exclusivement par le RSC pour une durée limitée. Le RSC lui garantit de dispenser les soins de toute nature dont il pourrait avoir besoin, y compris la prévention et la réadaptation.

Les structures fondamentales de la *sécurité sociale* sont maintenues, celle-ci conserve son monopole.

Les cotisations continuent à être versées en pourcentage des salaires. Rien n'impose de modifier la répartition entre parts patronales et salariales, ni les mécanismes de compensation entre régimes.

Il n'y a donc pas de réforme du financement du système de protection sociale, ce sont les modalités de prise en charge des frais de santé qu'il convient de réviser. Il faut continuer à mutualiser les charges des assurés tout en individualisant les revenus des producteurs en fonction des risques dont ils assument la responsabilité.

Le principe de la médecine libérale est respecté, dans la mesure où les RSC ne prétendent pas s'imposer comme modèle universel, mais constituer une forme de diversification de l'offre médicale laissée au libre choix de l'assuré.

Le financement des réseaux est assuré sur la base d'un prix annuel global dont le montant est fixé en toute liberté par les dirigeants de l'organisation.

Les caisses d'assurance maladie participent au financement du prix de la prise en charge par le versement d'un forfait annuel de santé (FAS) dont le montant est identique quel que soit le réseau choisi, mais dont la valeur varie en fonction de l'âge et du sexe des personnes prises en charge.

L'assuré, qui ne verse que la différence entre le prix annuel global et le montant du forfait, est financièrement responsabilisé, mais la solidarité est, pour l'essentiel, sauvegardée : solidarité à l'intérieur d'une classe de risque, puisque la contribution de la sécurité sociale est indépendante de la vulnérabilité personnelle des individus qui en relèvent. Solidarité entre les classes à risques à l'intérieur d'un réseau, puisque la contribution personnelle d'un adhérent est la même pour tous. Solidarité entre les riches et les pauvres au niveau collectif, puisque les cotisations sont toujours prélevées en fonction du niveau des salaires perçus.

Il est dans la logique du système que les utilisateurs potentiels fassent pression sur les producteurs de soins pour diminuer le montant de leurs versements personnels, exigeant ainsi la concrétisation des économies espérées et promises.

Une concurrence bénéfique s'instaure à un triple niveau :

- entre les RSC vis-à-vis de leurs adhérents potentiels. Celui qui a le meilleur rapport qualité des soins-participation des assurés attire la clientèle,
- entre les professionnels de santé vis-à-vis des RSC. Si un producteur est trop cher, le réseau devra augmenter ses prix, ce qui fera fuir le client. Seuls les producteurs les plus compétitifs seront agréés,
- entre l'ensemble des RSC et le reste du système de dispensation des soins. Rien n'est imposé ; à défaut de résultats probants, les expériences proposées disparaîtront d'elles-mêmes au bout de quelques années.

La réaction d'un assureur

José Gutman⁵

Le texte de M. Launois ne me fait pas réagir négativement quand il affirme que les assureurs n'auraient ni la capacité, ni la légitimité pour réguler les dépenses de santé.

En premier lieu parce que, comme il le dit lui-même, dans un système partagé entre les dépenses prises en charge à 100 % gérées par la sécurité sociale et les dépenses avec ticket modérateur, confiées aux « assureurs », l'impact possible sur ce dernier domaine resterait faible et ne permettrait pas d'atteindre l'objectif souhaité.

En second lieu, parce que l'Assureur seul ne peut légitimement « faire pression sur les producteurs de soins pour qu'ils adoptent les types de pratique les moins onéreux ».

Cependant, si comme M. Launois, je pense que les prescripteurs sont les plus qualifiés pour provoquer une meilleure coordination des médecines ambulatoires et hospitalières et une incitation à la responsabilisation des médecins, il me semble qu'il existe encore un autre cas de figure :

La co-régulation par les prestataires et les « assureurs ».

Il faut en effet se souvenir que les « assureurs », qu'il s'agisse des organismes régis par le Code de la Mutualité ou de ceux régis par le Code des Assurances, ont la même vocation profonde : créer des mutualités, c'est-à-dire faire mettre en commun par des populations homogènes des risques aléatoires trop lourds pour chaque individu.

En matière d'assurance maladie complémentaire, Mutualités et Assurances fournissent déjà, moyennant cotisation, des prestations à une partie de la population.

Si des Réseaux de Soins Coordonnés se créent, il sera tentant pour eux de rechercher auprès des assureurs, l'adhésion collective d'une clientèle, ainsi qu'une expérience de la gestion administrative informatisée.

Il existe donc de nombreuses convergences qui conduiraient deux des intervenants, dans le système à envisager, à coopérer pour essayer de maîtriser cette dérive bientôt insupportable du coût de la santé.

L'exemple américain

Le précédent américain des HMO montre que les réseaux permettent effectivement de réduire les coûts très sensiblement, en limitant le recours à l'hospitalisation par la modulation du degré de médicalisation des soins et en évitant les gaspillages par la concentration des équipements et des services.

Ainsi, les équipes médicales californiennes rémunérées par pré-paiement (Prepaid group practice) ont réussi à répondre aux besoins sanitaires de la population qu'elles prennent en charge à un coût inférieur de 10 à 40 % en moyenne à celui de toute autre organisation bénéficiant d'un remboursement des soins. Ces performances s'expliquent partout par une diminution des taux d'hospitalisation (20 à 40 % en moyenne) et par une planification rigoureuse des moyens en médecins et en équipements.

La santé des malades n'est pas compromise pour autant. Les chercheurs de l'école de Santé Publique de John Hopkins ont analysé 22 études comparant la qualité des services

⁵ Directeur de l'innovation et des systèmes d'information aux Mutuelles Unies

dans les HMO à celle offerte dans le système traditionnel. Sur 80 mesures séparées sur la qualité, les HMO se montraient supérieurs dans 53, égaux dans 19 et inférieurs dans 8.

Le système proposé respecte la liberté de chacun, celle de l'assuré, mais aussi celle des professionnels de santé. Il préserve la solidarité par l'instauration d'un forfait annuel de santé assorti d'une aide personnalisée aux plus défavorisés. Par la réintroduction de la concurrence entre les équipes de soins, il établit les conditions d'une autorégulation « en douceur », seule apte à assurer une maîtrise durable et affective des coûts, sans préjudice d'une baisse de la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

Giraud P., Launois R.J. – *Les Réseaux de soins, médecine de demain*. – Paris : Economica, 1985.

Hommes et société. – « Propositions pour une nouvelle politique de protection sociale. Comment instaurer une autorégulation spontanée ». in *Souffles de liberté*. – Paris : Economica, 1985. pp. 63-79.

Institut La Boétie. – *Systèmes de Santé : HMO, RSC, comparaisons internationales*. – Paris : Institut La Boétie, 1985.

Launois R.J. – « L'influence maligne de l'assurance maladie sur le coût des soins médicaux ». in *Travaux en économie sociale*. – Paris : édition du CNRS, 1983.

Launois R.J., Giraud P. – « Peut-on réintroduire les mécanismes de marché dans le domaine de la santé ? ». IV^{èmes} Journées d'Economie Sociale. Association d'économie sociale. – Paris : Commissariat Général du Plan, 27-28 septembre 1984 (document ronéotypé, 59 p.).

Launois R.J., Majnoni d'Itignano B., Rodwin V.G., Stephan J.-C. – (1985 a) « Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : proposition pour une réforme profonde du système de santé ». – in *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars 1985, pp. 37-61.

Launois R.J. (1985 b) – « Les HMO : les arguments et les faits ». Colloque *Systèmes de Santé, Pouvoirs publics et financeurs : qui contrôle quoi ?*, Comm. Général du Plan. – Paris : La Documentation Française, 1985.

Launois R.J. (1985 c). – « la médecine libérale a-t-elle jamais existé ? ». – in *Revue Politique et Management Public*, vol. 3, n° 4, 1984, pp. 87-97.

Launois R.J., Viens G. (1986 a). – « La Health Maintenance Organization : une approche bibliographique ». – *Reshus* n° 1. – Paris : Centre de documentation des Sciences Humaines, CNRS, pp. 13-24.

Launois R.J., Truchet D. (1986 b). – « Vers une implantation des réseaux de soins coordonnés ? Objectifs économiques et problèmes juridiques ». – in *Journal d'Economie Médicale*. Vol. 4, n° 3-4 mai-août 1986 (numéro spécial.- « Les RSC : une organisation du système de santé », pp. 155-189.

Launois R.J. (1986c). – « Pour une globalisation du financement des réseaux de prise en charge des personnes âgées dépendantes ». in *L'aide aux personnes âgées en difficulté psychologique*. – Paris : éd. Fondation de France, CLEIRPPA ? 1986, pp. 112-117.

Launois R.J. (1986 d). – « La santé en France, un système en mal de liberté ; » Colloque franco-allemand d'économie de la santé. – Trèves, 25-26 septembre 1986 (édition CNRS)

Mougeot M. – *Le système de santé*. – Paris : Economica, 1986.

Note rédigée par les élèves de l'ENA. Promotion 1984. – *Performances et perspectives des systèmes de santé*. – Paris : 1986 (document ronéotypé, 47 p.).

Rocheffort, R. (1986). – « Quelques réflexions sur la réalisation pratique d'un réseau de soins coordonnés ». – *Journal d'économie médicale*, vol. 4, n° 3-4 (mai-août 1986).

Rodrigues J.M. – « Le projet de médicalisation du système d'information : méthodes, définition, organisation ». – in *Gestions Hospitalières*, n° 224, mars 1983, pp. 205-209.

« Santé : l'autorégulation est-elle un mythe ? »

Robert LAUNOIS (1-2), Pierre Giraud(3)

Futuribles 1986 ; 105 : 3-19

Repris dans Problèmes Economiques 11 mars 1987 n° 2015 sous le titre « Les différents modes de régulation des systèmes de santé »

⁽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>

⁽³⁾ Conseiller Maître à la Cour des Comptes

La croissance des dépenses de santé tire son dynamisme de facteurs tels que le vieillissement, les nouvelles technologies, les comportements de refus de la douleur, sur lesquels l'économiste et le politique n'ont que peu de moyens d'action. Mais elle provient aussi des mécanismes de financement et d'organisation du système de soins qui contribuent souvent à déresponsabiliser les acteurs de santé (malades, médecins, hôpitaux, assurance maladie).

Robert Launois et Pierre Giraud, auteurs d'un livre récent sur les problèmes de santé, analysent dans cet article diverses modalités pour mieux réguler les dépenses de santé.

Lancinant casse-tête des gouvernements de gauche comme de droite, le déficit de la sécurité sociale est plus que jamais à l'ordre du jour. Selon les experts, le « trou » que creuse la seule assurance maladie sera de 6 milliards en 1986 et de 15 milliards en 1987, la croissance des dépenses de santé chevauche les 9,6 % et les « dérapages » démentent les prévisions.

Cependant, alors que le risque d'implosion de notre système de sécurité sociale est dénoncé par tous, la timidité des mesures annoncées offre un saisissant contraste avec le ton des discours. La politique, une fois de plus, se résigne à gérer le déficit avec les éternels expédients du rationnement et de l'augmentation des prélèvements.

Pourtant, il semble admis désormais que la maîtrise des dépenses de santé passe par le « bon usage des soins », expression pudique pour ce que les Anglo-saxons nomment la productivité du système de santé. Mais les moyens proposés se bornent aux traditionnels appels au bon vouloir des médecins.

Les vraies questions qu'il faut cependant se poser sont celles-ci : Le bon usage des soins n'est-il pas incompatible avec notre système de financement et de distribution des prestations médicales ? Quels sont les mécanismes qui l'inhibent ? Quels sont au contraire ceux qu'il faut mettre en place pour l'optimiser ?

Parmi les responsables de la croissance des coûts sont cités pêle-mêle, le vieillissement de la population, la hausse du niveau de vie générant une exigence croissante de santé, l'incertitude médicale dévoreuse de technologies nouvelles, la démographie médicale galopante ... facteurs dont le potentiel inflationniste est incontestable, mais qui ne conduisent au dérapage que dans la mesure où notre système de santé échappe complètement à la régulation par les lois du marché.

En fait, l'inflation résulte de l'interaction de facteurs d'inefficacité et de gaspillage intervenant aux trois niveaux de décision impliqués ; en quelque sorte, d'une synergie de la déresponsabilisation.

L'assuré, qui n'a pas le choix de souscrire une assurance plus limitée et moins coûteuse, considère qu'il a acquis le droit à un accès illimité aux soins. Sa participation personnelle étant faible, il n'a aucun intérêt à limiter les actes médicaux ni à rechercher les filières de soins les moins coûteuses. Au contraire, la recherche de la gratuité le poussera à faire pression sur le médecin pour obtenir de bénéficier de prestations sans ticket modérateur, sous forme d'hospitalisation, quand il serait justiciable de prestations avec ticket modérateur. Serait-il animé d'un louable civisme qu'il n'aurait pas les moyens de faire des choix économiques, le pluralisme de l'offre étant quasi inexistant et le prix de la visite des

médecins libéraux n'étant pas connu à l'avance. A fortiori, est-il incapable d'estimer *ex ante* le coût d'une séquence de soins.

Les *prestataires de santé*, véritables ordonnateurs des soins, ont un rôle déterminant et méconnu du public dans l'inflation du volume des soins. Non seulement aucun mécanisme n'existe pour les inciter à résister aux pressions de leurs malades, dont ils risquent, par leur refus, de perdre la clientèle, mais au contraire le système du paiement à l'unité, avec remboursement rétrospectif, dans un contexte de forte démographie médicale et de compression autoritaire des honoraires, génère le gonflement du volume des actes.

De même, les hôpitaux en sureffectifs, sont-ils conduits à accroître leur activité pour justifier leur budget ?

Par ailleurs, l'absence de liaisons efficaces entre médecine ambulatoire et hospitalière, la multiplicité des intervenants font obstacle à l'optimisation des choix et favorisent le gaspillage des ressources.

Les *caisses de sécurité sociale*, enfin, n'ont de pouvoirs réels ni pour contrôler efficacement, ni pour négocier avec les partenaires médicaux. Elles ont un rôle de gestion passif.

Dans ce système expansionniste sans frein économique, l'explosion des dépenses de santé est inévitable, à moins qu'on ne parvienne à mettre en place des mécanismes régulateurs.

Mais quels sont ces mécanismes ? Dirigistes, défenseurs de l'interventionnisme d'Etat et libéraux, prônant une autorégulation par les acteurs du système, assurés, assureurs et prescripteurs, s'affrontent. Quatre théories sont couramment développées, que faut-il en penser ?

LA REGULATION ADMINISTRATIVE

Depuis 1970, l'Etat français a pratiqué une politique résolument interventionniste, afin de tenter de contrôler, par des mesures administratives autoritaires, l'activité du secteur de santé.

Les méthodes de contrôle employées sont de trois ordres :

- le contrôle des prix,
- le contrôle des volumes d'activité,
- le contrôle des investissements.

Le contrôle des prix

Considérée à sa création comme l'instrument potentiel d'une politique de maîtrise des coûts, la nomenclature apparaît désormais comme un simple outil de facturation des prestations à la Sécurité Sociale. Les actes médicaux sont répartis en quatre catégories symbolisées par une lettre-clé C, V, K, Z. Pour chaque acte, un coefficient de pondération variant selon sa technicité est associé à la lettre-clé. La nomenclature n'est en définitive rien d'autre que le vecteur de ces coefficients.

Elle n'a aucune efficacité en matière de contrôle de l'offre, puisqu'elle se borne à fixer la valeur de l'acte unitaire en laissant les quantités indéterminées.

Bien au contraire, son caractère arbitraire et contraignant pousse à la dépense. La forte pression exercée sur les honoraires médicaux dans les dernières années a conduit le corps médical à se prémunir contre ses effets en augmentant sa production d'actes. De plus, réductrice par souci de simplicité, elle ne peut être une représentation fidèle d'une réalité médicale infiniment complexe. Ainsi, le montant remboursé pour une consultation est indépendant de sa durée, incitation évidente aux visites en chaîne et à la multiplication des actes.

Enfin, la nomenclature est figée et a toujours un temps de retard sur l'évolution de la technique médicale. D'où l'introduction de distorsions et la tentation pour les médecins de s'équiper en matériel moderne qui va baisser les coûts unitaires et augmenter sa productivité ... et le rythme des actes prescrits !

Conscient de l'existence de ces effets pervers, l'Etat a voulu se donner les moyens de contrôler non seulement les prix mais les volumes d'activité, tant en médecine ambulatoire qu'en milieu hospitalier.

Le contrôle des volumes d'activité

□ L'illusion des profits médicaux

En 1971 est instaurée sous ce vocable une procédure de contrôle statistique des activités médicales effectuée sur ordinateur par les caisses d'assurance maladie. Depuis 1980, chaque praticien reçoit ainsi trimestriellement un état chiffré de ses facturations, ventilées en consultations/visites, arrêts de travail, examens et prescriptions pharmaceutiques. Dans l'esprit des pouvoirs publics, cette mesure devait permettre de « sensibiliser les esprits » des praticiens au coût de leurs interventions, mais aussi de déceler des irrégularités dans la pratique médicale et de faire sanctionner les prescripteurs abusifs. Un comité médical paritaire fut créé à cet effet par la Convention de 1980.

Bien qu'une énorme masse de données statistiques ait été ainsi collectée, les profils médicaux ne permettent pas un contrôle efficace de l'activité médicale, pour deux raisons.

En premier lieu, il n'existe pas de normes objectives qui puissent servir de référence quant au volume d'activité acceptable. Si on admet que tous les médecins sont influencés dans leur pratique médicale par le système actuel de financement, les profils perdent leur intérêt.

En second lieu, à supposer que des irrégularités flagrantes apparaissent, l'opposition des syndicats médicaux aux procédures de sanction a paralysé jusqu'ici l'action des comités locaux.

En fait, les profils médicaux ont échoué en tant que dispositif de freinage. Ils ont par contre réussi à servir d'alibi à la profession pour refuser des mesures plus efficaces, par crainte d'une remise en cause de la médecine libérale.

□ Le rationnement des hôpitaux par le budget global

Les effets pervers du financement basé sur les prix de journée étant prouvés, l'Etat lui a substitué, en 1983, le système du budget global avec au départ, une dotation annuelle financée par les caisses d'assurance maladie et la fixation d'un taux de croissance annuel qui devient avec le temps de plus en plus faible.

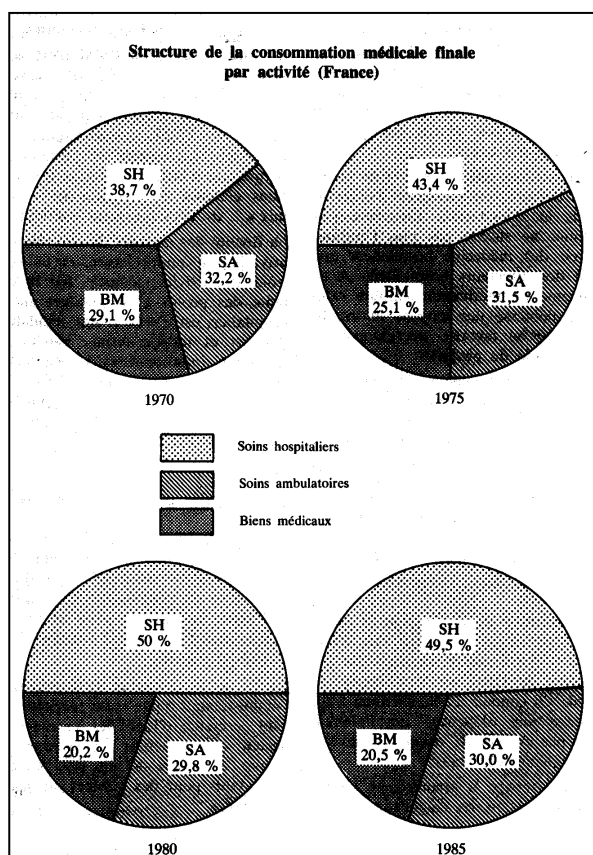
Un tel système assure incontestablement la maîtrise à court et moyen terme de la progression des dépenses.
Il devrait aussi inciter les directions hospitalières à améliorer leur gestion et à rechercher des gains de productivité.

Mais il comporte de graves insuffisances dans sa conception actuelle. Basé sur des critères d'attribution très partiels et des normes de progression rigides et uniformes, il aboutit à renforcer les inégalités de situation et ne favorise aucunement la rationalisation indispensable au plan régional.

Ces lacunes étant reconnues, les pouvoirs publics ont exploré des voies nouvelles pour une meilleure évaluation de l'activité hospitalière, parmi lesquelles celle du projet de médicalisation des systèmes d'information : PMSI.

L'objectif, selon J.M. Rodrigues (Rodrigues 1983), consiste « à expérimenter un nouveau système d'information médicalisée dans un certain nombre d'hôpitaux volontaires. La base de données hospitalières constituée à l'aide de Résumés de Sortie Standardisés (RSS) aura pour but de déterminer des Groupes Homogènes de Malades (GHM), ce qui doit permettre de relier les activités de l'hôpital à l'éventail de maladies soignées et de calculer les coûts par classes de pathologies ».

Le PMSI reprend la méthodologie élaborée par le Dr Fetter, de l'Université de Yale. Rappelons qu'aux USA les pouvoirs publics autorisent MEDICARE à rembourser les hôpitaux en fonction de DRG⁶, coûts standards des pathologies traitées, ce qui a favorisé une mise en service rapide du système.



⁶ DRG : Diagnosis Related Groups

En France, les promoteurs du PMSI observent une attitude très prudente et se défendent de vouloir utiliser les GHM comme principe de financement des prestations médicales. L'objectif affirmé se limite à la connaissance du produit hospitalier et des processus de formation des coûts.

En réalité, les difficultés sont de taille. Tout d'abord, en l'absence d'objectifs précis et d'incitations financières, le chantier ne suscite pas plus l'enthousiasme des médecins hospitaliers que celui des directeurs hospitaliers. A ce problème de motivation s'ajoute celui de la faiblesse des moyens informatiques, qui ne favorise pas un avancement rapide du projet.

Mais le PMSI soulève également de sérieuses critiques techniques :

- le système est incomplet et grossier, la finesse des renseignements étant insuffisante et certains types de soins n'étant pas ou peu pris en compte,
- la variabilité des pratiques médicales, pour de nombreux GHM, est très élevée, ce qui met en évidence le pouvoir discrétionnaire des médecins face à certaines catégories d'affections,
- l'utilisation du PMSI pour la tarification provoque elle aussi des effets pervers. Ainsi que le suggère une expérience de DRG au New Jersey, le PMSI, s'il conduit indéniablement à un freinage des dépenses hospitalières, n'est pas exempt de risques au niveau de la qualité des soins.

Autre dérapage à craindre, le risque de surélévation des diagnostics par les médecins qui cherchent ainsi à bénéficier de ressources supplémentaires.

La généralisation du PMSI n'est donc pas pour demain. Cependant, dans la mesure où le système du budget global appelle un mécanisme plus fin d'attribution, le PMSI sera vraisemblablement appelé à fournir un « éclairage » permettant d'infléchir à terme les dotations globales en fonction du « case-mix »⁷, de l'établissement considéré.

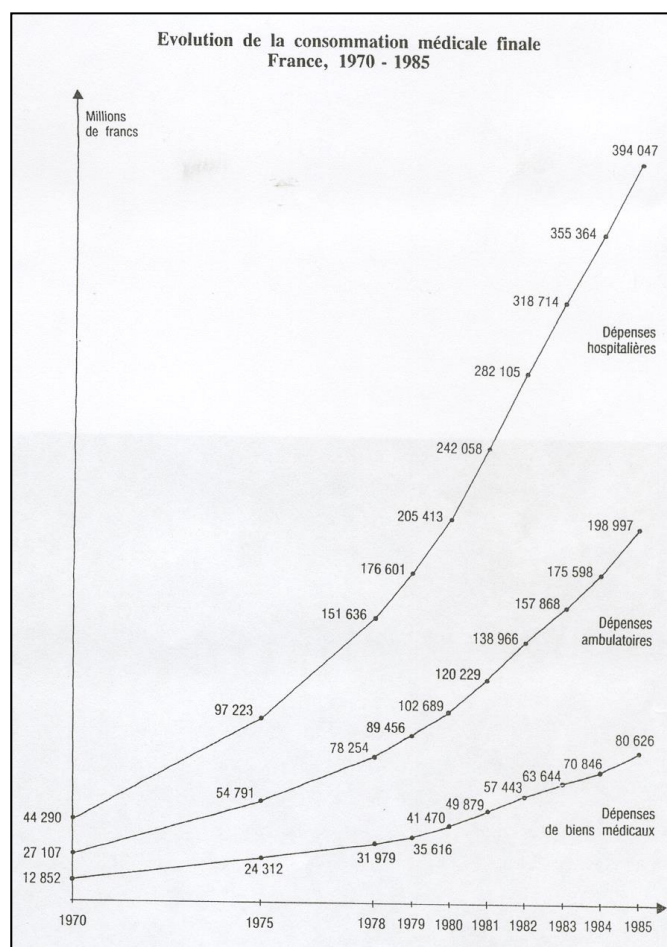
La finalité des mesures de contrôle des prix, par la nomenclature et du contrôle de l'activité médicale, par le système des profils et du budget global hospitalier, est d'assurer une régulation à court et moyen terme. Conscients des effets inflationnistes à long terme des investissements hospitaliers, les pouvoirs publics ont mis au point diverses mesures pour en maîtriser la croissance.

Le contrôle des investissements

A l'objectif initial d'harmonisation des ressources hospitalières par région s'est progressivement substitué celui de la contention de l'expansion de l'hôpital, des plans de modernisation et des investissements en nouvelles technologies et capital humain.

La loi du 31 décembre 1970 prévoyait l'établissement d'une carte sanitaire devant permettre d'identifier les zones de besoin et de définir les normes en termes de ratio de lits par nombre d'habitants pour des services médicaux spécifiques.

⁷ Case-mix : estimation du nombre de patients par GHM et affectation d'un coût calculé par GHM.



Des inventaires régionaux des ressources furent conduits pour 284 secteurs de santé et comparés aux normes nationales. Ainsi furent légitimés des investissements dans des régions sous-équipées, sans pour autant réduire le nombre de lits dans les autres régions.

Depuis 1976, la carte sanitaire est utilisée comme l'instrument d'un désengagement planifié de l'Etat.

Or, elle est en butte à de nombreuses critiques :

- l'administration se substitue au marché pour définir un besoin normatif « apprécié » en fonction de critères arbitraires, sur la base d'un seul modèle, l'hôpital, et d'un facteur dominant, le nombre de lits,
- il a fallu attendre 1984 pour que des critères aussi fondamentaux que le taux de remplissage des établissements et la durée moyenne de séjour soient pris en compte dans la définition des indices cibles,
- les normes, quel que soit leur mode d'élaboration, ont toujours un temps de retard sur l'évolution des technologies médicales,
- l'application de normes maxima est en elle-même inflationniste. Elle permet aux secteurs qui sont en dessous de celles-ci de rattraper des normes, sans imposer à ceux qui sont au-dessus de diminuer leur capacité. Ce n'est qu'en 1979 qu'on se donna les moyens législatifs pour procéder à la fermeture des lits excédentaires.

L'action normative, ici encore, a abouti à homogénéiser l'équipement sanitaire des régions, mais n'a pas eu d'effet régulateur sur les coûts.

Inefficace, contesté, dangereux à terme pour le malade, l'interventionnisme public est toujours pratiqué. Et pourtant, à la faveur de la crise économique, un fort courant de pensée se dessine en faveur d'un désengagement de l'Etat et d'une prise de responsabilité des véritables acteurs du système de santé, assurés, assureurs, praticiens.

LA REGULATION PAR L'ASSURE

Responsabiliser l'assuré

La première solution consiste à faire payer le malade. Elle correspond au vieux projet du CNPF⁸ du milieu des années 60, repris par la suite par divers hommes politiques de tendance libérale, avec pour objectif de freiner la croissance des dépenses des caisses et de réduire ainsi les cotisations à la charge des entreprises. Pour endiguer les gaspillages, il suffirait de « responsabiliser » les citoyens en augmentant le coût des soins pour l'assuré.

Le raisonnement est simple, voire simpliste. Il suppose qu'une grande partie des dépenses de l'assurance maladie est le fait d'une consommation débridée et inutile sur le plan sanitaire. C'est faire fi des enquêtes de consommation : plus de la moitié des frais de santé sont exposés par 3 % de la population, les deux-tiers par 10 %.

Mais plus fondamentalement, pour que les effets attendus de ce type de mesure puissent se manifester, encore faudrait-il que soient réunies certaines conditions : tout porte à croire que leur réalisation est improbable.

Les obstacles à une régulation de la demande

L'histoire de notre société témoigne de l'exigence croissante de sécurité. Il est donc probable que toute diminution de la protection garantie par la sécurité sociale se traduirait par un recours accru à des organismes privés de protection et pour les plus défavorisés, par une extension de l'aide sociale.

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 MEDICARE⁹ ont souscrit des polices d'assurances privées (les « MEDIGAPS ») ; 27 % d'entre elles sont par ailleurs prises en charge par MEDICAID ; en définitive, 16 % de la population protégée par MEDICARE participent directement au financement des soins qui leur sont dispensés.

Sans doute peut-on être tenté 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 pourrait se permettre d'empêcher les citoyens de se protéger contre le risque, alors que sa mission est de les garantir contre l'adversité. Au surplus, la liberté du commerce et de l'industrie inscrite dans la Constitution

⁸ Confédération Nationale du Patronat Français

⁹ Rappelons que le programme MEDICARE, financé par l'Etat Fédéral, prend en charge sans condition de ressources les personnes âgées de plus de 65 ans. Le programme MEDICAID est financé conjointement par les Etats et par l'Etat Fédéral, il prend en charge certaines catégories de personnes défavorisées : les handicapés et les aveugles, les foyers démunis ayant des enfants mineurs et sans soutien de famille, les foyers à bas revenus ayant des besoins médicaux élevés.

rendrait inconstitutionnelle toute loi interdisant à une entreprise de se livrer à ce genre d'assurance.

Dans le cas où ce transfert de charges vers le secteur privé ne se produirait 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 extrêmement faible.

En 1959, le gouvernement a diminué le tarif de responsabilité de l'acte de radiologie (Z) de 2,38 à 1,60 francs. 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 même année, le taux de croissance de la consommation de Z a diminué de 14 %, au quatrième trimestre il augmenta de 2 %. Au total sur l'année, un triplement du prix a entraîné une baisse de 5 à 10 % du taux de croissance de la consommation, ce qui implique une élasticité de la demande de 0,02

De même, les mesures de relèvement du ticket modérateur prises au fil des ans pour certains services ou biens médicaux (massages, médicaments de confort) n'en ont que très légèrement et temporairement infléchi la demande.

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 l'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, ce phénomène de substitution sera d'autant plus accusé que le malade appartiendra aux couches les plus défavorisées de la population.

Le forfait hospitalier avait pour objet d'en limiter les effets pervers. Le fait qu'on envisage de revaloriser son montant semble indiquer qu'il n'a pas eu jusqu'ici les effets escomptés. Son objectif caché semble être surtout d'ordre financier.

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 :

- c) que cette baisse est bien imputable à l'élimination des soins superflus ; rien ne garantit que soient écartés en premier les traitements dont la légitimité est la plus mal établie ;
- d) que cette diminution de la consommation médicale ne remet 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 de 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 pauvres.

En tout état de cause, pour être socialement et politiquement acceptable, le maniement du ticket modérateur doit être opéré avec précaution et assorti de mécanismes correcteurs garantissant l'accès aux soins les plus modestes. La portée de ces mesures de régulation par la demande a toujours été et restera très limitée.

LA REGULATION PAR L'ASSUREUR

L'extension de la protection complémentaire privée

Selon cette thèse, l'assuré qui n'a pas la capacité d'estimer lui-même le coût et l'efficacité des soins offerts, ni de stimuler la concurrence entre les prestataires de soins, délègue cette fonction à l'assureur. Celui-ci est supposé avoir le pouvoir de négociation et les moyens d'information nécessaires pour faire pression sur les producteurs de soins et obtenir de meilleurs prix, et ce d'autant qu'il est lui-même placé en situation de concurrence avec d'autres organismes d'assurance.

Le principe d'une privatisation totale du système d'assurance maladie, par une mise en concurrence systématique de la sécurité sociale pour l'ensemble des risques, voire même un certain nombre de risques dits « volontaires » paraît devoir être écarté. Politiquement irréalisable, son efficacité n'est absolument pas prouvée.

Par contre, la thèse d'une extension de la protection complémentaire privée, reposant sur un partage des risques reconnaissant au secteur privé le droit d'intervenir pour un certain niveau de risques jugés mineurs, trouve une certaine audience.

Les modalités pratiques de la mise en œuvre d'une telle politique sont simples :

- la sécurité sociale conserve la charge des seules prestations actuellement délivrées sans ticket modérateur, ou régleme ses prestations (taux de ticket modérateur, cas de dispense de celui-ci) en fonction des ressources dont elle dispose, compte tenu du montant des prélèvements obligatoires qui peuvent être affectés à la santé,
- pour le surplus, les malades ont la possibilité mais non l'obligation de se couvrir par l'adhésion à une mutuelle ou la souscription d'une assurance.

Les tenants de cette distinction la justifient ainsi :

- les soins qui ne donnent pas lieu à ticket modérateur ou qui sont pris en compte dans le régime de base présentent un caractère de nécessité telle que le patient ne peut s'y soustraire,
- les soins avec ticket modérateur ou très faiblement couverts correspondent au contraire beaucoup plus à des solutions de confort qu'à des situations de détresse. En laissant le coût de leur couverture à la charge des assurés, on pense freiner le recours inconsidéré de ceux-ci à des soins superflus.

La formule permet à la sécurité sociale de faire des économies non négligeables. En 1983, les dépenses avec ticket modérateur s'élevaient à 60,8 milliards de francs. Si l'on estime, comme MM. Nora et Naouri (Note ENA 1986), que 30 % devront être pris en charge par une aide personnalisée, l'économie nette serait de 42 milliards.

Un champ d'intervention nouveau s'ouvre aux mutuelles et aux compagnies d'assurance, qui peuvent ainsi organiser au mieux la protection des usagers privés de leur couverture sociale traditionnelle.

Mis en concurrence entre eux, les organismes de protection complémentaire se doivent, pour attirer la clientèle, de présenter les contrats offrant les meilleures garanties au moindre coût.

Ils devraient naturellement être conduits à faire pression sur les producteurs de soins pour qu'ils adoptent les types de pratique les moins onéreux, ce qui permettrait de réduire le montant des primes appelées.

A cet effet, ils passeront contrats avec des ensembles d'offres pour qu'ils consentent à limiter leurs dépassements d'honoraires en échange d'un volume de patients garanti. La compagnie Abeille Paix s'est déjà engagée dans cette voie en signant des accords avec certaines cliniques privées.

Les aspirations individuelles peuvent désormais s'exprimer dans toute leur diversité. La logique du dispositif veut que l'assureur offre un éventail très varié de contrats au choix de l'assuré, qui en fonction de ses caractéristiques personnelles et familiales peut avoir accès à un plan personnalisé, au niveau de couverture qu'il aura choisi.

La régulation des coûts par l'assureur ?

Malgré leur séduction, ces propositions risquent de ne pas produire les effets escomptés. Financièrement efficaces dans un premier temps, elles susciteraient à terme des effets pervers. Celui qui souscrit une police complémentaire aura tout intérêt, pour éviter de majorer la prime qu'appelle son adhésion, à se faire soigner dans des structures intégralement prises en charge par le régime général. L'hospitalisation sera préférée au placement en maison de retraite ou au maintien à domicile.

On peut s'interroger sur la capacité des organismes d'assurances complémentaires à organiser efficacement le système de santé. Certes, la concurrence les obligera à comprimer leur coût de gestion, mais les économies réalisables en ce domaine sont par essence limitées, puisque les charges qui y correspondent ne dépassent pas 5 % du total des dépenses de santé. C'est donc sur les dépenses de soins qu'ils devront faire porter l'essentiel de leur effort. Or, là aussi, la possibilité d'un échec n'est pas écartée, et ceci pour 3 raisons :

- Le champ d'intervention des assureurs est en réalité fort restreint. Ce n'est pas la prolifération des petits remboursements qui creuse le déficit de la sécurité sociale, ce sont les gros risques qui coûtent cher.
- La volonté et les moyens de contrôler l'évolution des dépenses de santé peuvent faire défaut aux assureurs.

Les partenaires médicaux n'ont, pour toute incitation à limiter le volume de leurs actes ou à faire des choix thérapeutiques plus rationnels que la crainte de se voir retirer leur agrément. Une telle décision ne pourra bien entendu être prise que si elle est motivée, ce qui suppose un investissement important pour la constitution de banques de données, que peu de sociétés ont les moyens de réaliser.

Même si elles les avaient, il n'est pas certain qu'elles auraient intérêt à les utiliser. Une compagnie d'assurances aura peut-être le pouvoir de réduire certaines dépenses thérapeutiques, mais elle n'obtiendra jamais d'un médecin qu'il soigne différemment ses malades en fonction de leur organisme d'affiliation. Les économies qu'elle contribuera à dégager bénéficieront autant à ses concurrents qu'à elle-même. Cette double indivisibilité des comportements et des résultats aboutit à cette conséquence paradoxale que le promoteur d'une politique de bon usage des soins soit précisément celui qui voit sa position concurrentielle se détériorer puisqu'il supporte l'intégralité du coût de la mise en place du dispositif de surveillance sans en retirer la totalité du bénéfice. Pour pallier ces lacunes, la tentation paraît grande d'un regroupement des organismes assureurs dans une

fédération nationale à laquelle serait remis le soin de passer les conventions. Ce serait alors passer de l'interventionnisme étatique au quasi-monopole de la fédération des assureurs ou de la mutualité.

- Enfin, il n'est pas prouvé que la privatisation de l'assurance ait pour résultat une baisse des coûts pour l'assuré. En l'absence d'une diminution des primes, l'opération se soldera par un simple transfert de revenu des prestataires de soins vers les compagnies d'assurances.

Plus que par des gains de productivité, difficiles et coûteux à obtenir, l'assureur cherchera à maximiser ses profits en s'efforçant de ne pas être victime de phénomènes d'anti-sélection.

Le fait que les compagnies d'assurances soient souvent mal informées des caractéristiques des assurés les conduit à différencier l'étendue des garanties qu'elles offrent afin d'inciter les individus à révéler la nature véritable des risques qu'ils présentent. Or, il est évident que les individus à haut risque choisiront les contrats offrant une couverture maximale, même s'ils sont chers ; alors que les faibles risques opteront pour des garanties plus restreintes mais moins coûteuses. Il est clair qu'un tel choix segmente le marché et interdit tout transfert entre malades et bien portants par des mécanismes de péréquation. Les exclus de la protection complémentaire seront les hauts risques à faibles revenus. Pour remédier à cette injustice, il faudra mettre en place un système de redistribution explicite, un pool de risques aggravés, ou aide personnalisée à la santé, difficile à gérer.

Les dépenses correspondantes à cette dernière forme d'assistance devront bien entendu être comprises dans l'enveloppe globale allouée à la santé.

Compte tenu du montant des prélèvements obligatoires affectés à celle-ci, la montée de ces dépenses d'aide conduira à réduire les conditions de prise en charge par le système de base et les primes d'assurance complémentaire deviendront de plus en plus lourdes.

Même si, dans un premier temps, l'extension de la protection complémentaire peut permettre d'alléger le budget de la sécurité sociale, à terme elle ne peut, loin s'en faut, garantir que sera atteint le véritable objectif, la maîtrise des coûts de la protection santé.

LA REGULATION PAR LE PRESCRIPTEUR

Les politiques récentes n'attaquent pas les racines d'un gaspillage moteur d'inflation : un mode de distribution de soins éclaté sans coordination entre la médecine ambulatoire et hospitalière, un mode de financement des soins disséminés incitant à la déresponsabilisation des assurés et des médecins.

Espérer pouvoir contrôler de l'extérieur les dérapages d'un système aussi vicié relève de l'utopie. Une politique de restrictions aveugle risque de détériorer la qualité des soins. Seule une réforme des modalités de distribution et de financement des soins peut dégager des gains de productivité tout en préservant cette qualité. Deux livres récents (Giraud P. et Launois R.J., 1985 ; Mougeot M., 1986) et une série d'articles (Launois R.J. *et alii* 1983, 1984, 1985, 1986 ; Rochefort R., 1986) avancent en ce sens des propositions.

Les réseaux de soins coordonnés

Le principe consiste à créer des réseaux de soins coordonnés (RSC), véritables structures de regroupement des professionnels de santé, animées par le médecin de famille et

choisies par le malade, qui offrent à une population d'adhérents quantitativement définie une filière de soins complète et homogène en contrepartie d'un prix annuel fixé à l'avance.

Un contrat est passé entre les usagers et les professionnels de santé pour assurer la prise en charge complète des individus. Le client s'engage à se faire soigner exclusivement par le RSC pour une durée limitée. Le RSC lui garantit de dispenser les soins de toute nature dont il pourrait avoir besoin, y compris la prévention et la réadaptation.

Les structures fondamentales de la *sécurité sociale* sont maintenues, celle-ci conserve son monopole.

Les cotisations continuent à être versées en pourcentage des salaires. Rien n'impose de modifier la répartition entre parts patronales et salariales, ni les mécanismes de compensation entre régimes.

Il n'y a donc pas de réforme du financement du système de protection sociale, ce sont les modalités de prise en charge des frais de santé qu'il convient de réviser. Il faut continuer à mutualiser les charges des assurés tout en individualisant les revenus des producteurs en fonction des risques dont ils assument la responsabilité.

Le principe de la médecine libérale est respecté, dans la mesure où les RSC ne prétendent pas s'imposer comme modèle universel, mais constituer une forme de diversification de l'offre médicale laissée au libre choix de l'assuré.

Le financement des réseaux est assuré sur la base d'un prix annuel global dont le montant est fixé en toute liberté par les dirigeants de l'organisation.

Les caisses d'assurance maladie participent au financement du prix de la prise en charge par le versement d'un forfait annuel de santé (FAS) dont le montant est identique quel que soit le réseau choisi, mais dont la valeur varie en fonction de l'âge et du sexe des personnes prises en charge.

L'assuré, qui ne verse que la différence entre le prix annuel global et le montant du forfait, est financièrement responsabilisé, mais la solidarité est, pour l'essentiel, sauvegardée : solidarité à l'intérieur d'une classe de risque, puisque la contribution de la sécurité sociale est indépendante de la vulnérabilité personnelle des individus qui en relèvent. Solidarité entre les classes à risques à l'intérieur d'un réseau, puisque la contribution personnelle d'un adhérent est la même pour tous. Solidarité entre les riches et les pauvres au niveau collectif, puisque les cotisations sont toujours prélevées en fonction du niveau des salaires perçus.

Il est dans la logique du système que les utilisateurs potentiels fassent pression sur les producteurs de soins pour diminuer le montant de leurs versements personnels, exigeant ainsi la concrétisation des économies espérées et promises.

Une concurrence bénéfique s'instaure à un triple niveau :

- entre les RSC vis-à-vis de leurs adhérents potentiels. Celui qui a le meilleur rapport qualité des soins-participation des assurés attire la clientèle,
- entre les professionnels de santé vis-à-vis des RSC. Si un producteur est trop cher, le réseau devra augmenter ses prix, ce qui fera fuir le client. Seuls les producteurs les plus compétitifs seront agréés,
- entre l'ensemble des RSC et le reste du système de dispensation des soins. Rien n'est imposé ; à défaut de résultats probants, les expériences proposées disparaîtront d'elles-mêmes au bout de quelques années.

La réaction d'un assureur

José Gutman¹⁰

Le texte de M. Launois ne me fait pas réagir négativement quand il affirme que les assureurs n'auraient ni la capacité, ni la légitimité pour réguler les dépenses de santé.

En premier lieu parce que, comme il le dit lui-même, dans un système partagé entre les dépenses prises en charge à 100 % gérées par la sécurité sociale et les dépenses avec ticket modérateur, confiées aux « assureurs », l'impact possible sur ce dernier domaine resterait faible et ne permettrait pas d'atteindre l'objectif souhaité.

En second lieu, parce que l'Assureur seul ne peut légitimement « faire pression sur les producteurs de soins pour qu'ils adoptent les types de pratique les moins onéreux ».

Cependant, si comme M. Launois, je pense que les prescripteurs sont les plus qualifiés pour provoquer une meilleure coordination des médecines ambulatoires et hospitalières et une incitation à la responsabilisation des médecins, il me semble qu'il existe encore un autre cas de figure :

La co-régulation par les prestataires et les « assureurs ».

Il faut en effet se souvenir que les « assureurs », qu'il s'agisse des organismes régis par le Code de la Mutualité ou de ceux régis par le Code des Assurances, ont la même vocation profonde : créer des mutualités, c'est-à-dire faire mettre en commun par des populations homogènes des risques aléatoires trop lourds pour chaque individu.

En matière d'assurance maladie complémentaire, Mutualités et Assurances fournissent déjà, moyennant cotisation, des prestations à une partie de la population.

Si des Réseaux de Soins Coordonnés se créent, il sera tentant pour eux de rechercher auprès des assureurs, l'adhésion collective d'une clientèle, ainsi qu'une expérience de la gestion administrative informatisée.

Il existe donc de nombreuses convergences qui conduiraient deux des intervenants, dans le système à envisager, à coopérer pour essayer de maîtriser cette dérive bientôt insupportable du coût de la santé.

L'exemple américain

Le précédent américain des HMO montre que les réseaux permettent effectivement de réduire les coûts très sensiblement, en limitant le recours à l'hospitalisation par la modulation du degré de médicalisation des soins et en évitant les gaspillages par la concentration des équipements et des services.

Ainsi, les équipes médicales californiennes rémunérées par pré-paiement (Prepaid group practice) ont réussi à répondre aux besoins sanitaires de la population qu'elles prennent en charge à un coût inférieur de 10 à 40 % en moyenne à celui de toute autre organisation bénéficiant d'un remboursement des soins. Ces performances s'expliquent partout par une diminution des taux d'hospitalisation (20 à 40 % en moyenne) et par une planification rigoureuse des moyens en médecins et en équipements.

La santé des malades n'est pas compromise pour autant. Les chercheurs de l'école de Santé Publique de John Hopkins ont analysé 22 études comparant la qualité des services

¹⁰ Directeur de l'innovation et des systèmes d'information aux Mutuelles Unies

dans les HMO à celle offerte dans le système traditionnel. Sur 80 mesures séparées sur la qualité, les HMO se montraient supérieurs dans 53, égaux dans 19 et inférieurs dans 8.

Le système proposé respecte la liberté de chacun, celle de l'assuré, mais aussi celle des professionnels de santé. Il préserve la solidarité par l'instauration d'un forfait annuel de santé assorti d'une aide personnalisée aux plus défavorisés. Par la réintroduction de la concurrence entre les équipes de soins, il établit les conditions d'une autorégulation « en douceur », seule apte à assurer une maîtrise durable et affective des coûts, sans préjudice d'une baisse de la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

Giraud P., Launois R.J. – *Les Réseaux de soins, médecine de demain*. – Paris : Economica, 1985.

Hommes et société. – « Propositions pour une nouvelle politique de protection sociale. Comment instaurer une autorégulation spontanée ». in *Souffles de liberté*. – Paris : Economica, 1985. pp. 63-79.

Institut La Boétie. – *Systèmes de Santé : HMO, RSC, comparaisons internationales*. – Paris : Institut La Boétie, 1985.

Launois R.J. – « L'influence maligne de l'assurance maladie sur le coût des soins médicaux ». in *Travaux en économie sociale*. – Paris : édition du CNRS, 1983.

Launois R.J., Giraud P. – « Peut-on réintroduire les mécanismes de marché dans le domaine de la santé ? ». IV^{èmes} Journées d'Economie Sociale. Association d'économie sociale. – Paris : Commissariat Général du Plan, 27-28 septembre 1984 (document ronéotypé, 59 p.).

Launois R.J., Majnoni d'Itignano B., Rodwin V.G., Stephan J.-C. – (1985 a) « Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : proposition pour une réforme profonde du système de santé ». – in *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars 1985, pp. 37-61.

Launois R.J. (1985 b) – « Les HMO : les arguments et les faits ». Colloque *Systèmes de Santé, Pouvoirs publics et financeurs : qui contrôle quoi ?*, Comm. Général du Plan. – Paris : La Documentation Française, 1985.

Launois R.J. (1985 c). – « la médecine libérale a-t-elle jamais existé ? ». – in *Revue Politique et Management Public*, vol. 3, n° 4, 1984, pp. 87-97.

Launois R.J., Viens G. (1986 a). – « La Health Maintenance Organization : une approche bibliographique ». – *Reshus* n° 1. – Paris : Centre de documentation des Sciences Humaines, CNRS, pp. 13-24.

Launois R.J., Truchet D. (1986 b). – « Vers une implantation des réseaux de soins coordonnés ? Objectifs économiques et problèmes juridiques ». – in *Journal d'Economie Médicale*. Vol. 4, n° 3-4 mai-août 1986 (numéro spécial.- « Les RSC : une organisation du système de santé », pp. 155-189.

Launois R.J. (1986c). – « Pour une globalisation du financement des réseaux de prise en charge des personnes âgées dépendantes ». in *L'aide aux personnes âgées en difficulté psychologique*. – Paris : éd. Fondation de France, CLEIRPPA ? 1986, pp. 112-117.

Launois R.J. (1986 d). – « La santé en France, un système en mal de liberté ; » Colloque franco-allemand d'économie de la santé. – Trèves, 25-26 septembre 1986 (édition CNRS)

Mougeot M. – *Le système de santé*. – Paris : Economica, 1986.

Note rédigée par les élèves de l'ENA. Promotion 1984. – *Performances et perspectives des systèmes de santé*. – Paris : 1986 (document ronéotypé, 47 p.).

Rocheffort, R. (1986). – « Quelques réflexions sur la réalisation pratique d'un réseau de soins coordonnés ». – *Journal d'économie médicale*, vol. 4, n° 3-4 (mai-août 1986).

Rodrigues J.M. – « Le projet de médicalisation du système d'information : méthodes, définition, organisation ». – in *Gestions Hospitalières*, n° 224, mars 1983, pp. 205-209.