

L'Economiste et les Cercles de Pouvoir

Robert Launois

Je voudrais revenir sur différents points dont nous avons commencé à parler. Daniel Benamouzig a évoqué le concept des Réseaux de Soins Coordonnés, que j'ai développé dans années 1985-88. L'expérience que j'ai eu à l'époque pose des questions intéressantes quant à la place de l'économiste de la santé vis à vis des cercles de pouvoir et sur le rôle qu'il peut y jouer. A partir de là, seront mises en évidence les difficultés que nous rencontrons l'exercice de notre métier, dont la spécificité n'est pas toujours reconnue par les multiples interlocuteurs avec lesquels nous travaillons.

J'ai présenté le concept des Réseaux de Soins Coordonnés pour la première fois à l'Institut La Boétie. Ce club de réflexion était soutenu par les grandes entreprises de la distribution, les sociétés d'assurance et l'industrie pharmaceutique. Ses règles de fonctionnement reposaient sur des accords passés *intuitu personae* entre l'expert et l'institution. On peut s'interroger sur la qualité des relations qu'un expert indépendant peut entretenir avec une structure dont la vocation philosophique est indéniablement d'inspiration libérale. La proposition des Réseaux de Soins Coordonnés reposait sur des arguments théoriques qui en ont fait un modèle atemporel, plus que jamais d'actualité. La théorie des incitations, le concept de concurrence et le principe de la solidarité étaient introduits d'emblée comme valeurs fondatrices sur la base desquelles la construction se devait d'être érigée. La proposition utilisait la théorie de l'agence et celle du hasard moral. Elle s'appuyait aussi sur les expériences américaines de *managed care* et des HMO. Mais dans mon esprit, il n'était pas question de transposer en France des organisations qui étaient complètement étrangères à notre culture, au point que personne n'était capable d'en donner une traduction linguistiquement intelligible. Les désigner sous le nom d' « organisations de maintien de la santé » ne contribuait certainement pas à rendre plus compréhensible leurs caractéristiques et leurs modalités de fonctionnement. Par contre, on pouvait s'inspirer des mécanismes économiques qui étaient à l'origine de leur succès pour proposer de nouvelles régulations du système de santé français, ce qui est radicalement différent. L'enjeu était de concilier l'efficacité à l'américaine et la solidarité à la française.

Dès lors que vous proposez ce type de thèse, on vous demande de les mettre au service d'une cause. Il est demandé aux intellectuels d'introduire un coin dans un système que l'on cherche à démanteler ou de s'inscrire dans une logique de dénonciation sans nuance de la politique qui est combattue. Il était évidemment plus facile de jeter l'anathème sur les consommateurs irresponsables que d'admettre ouvertement que notre système actuel de dispensation de soins présentait des incohérences. Certains pensaient qu'il suffisait, pour endiguer les gaspillages, de responsabiliser les assurés en augmentant leur participation. Les plus radicaux proposaient même de supprimer les régimes légaux d'assurance maladie au profit d'un système d'assurance obligatoire mis en œuvre par des « agences » (mutuelles ou compagnies d'assurances) concurrentes par le niveau des garanties qu'elles offrent et le montant des cotisations ou primes qu'elles réclament. Or dans le dispositif que j'ai proposé, la Sécurité Sociale restait l'espace essentiel de solidarité. Le financement restait collectif. S'il y a bien concurrence, elle ne se situe pas au niveau des financeurs mais au niveau des prestataires et des délivreurs de soins.

Les débats actuels sur le partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire est identique à celui qui avait lieu il y a quinze ans. Les arguments sont les mêmes. On évoque aujourd'hui la définition du panier de biens. Il y a quinze ans, on évoquait la distinction entre petits risques et gros risques La problématique reste la même. Il s'agit de déplacer la ligne de partage entre le deux types de financement pour réduire le fardeau des prélèvements obligatoires. En changeant d'expert et en renouvelant la sémantique, on réussit à donner l'illusion du changement pour mieux pérenniser l'existant.. Mais encore moins aujourd'hui qu'hier, la restructuration du système de soins et notamment celle de la médecine ambulatoire ne doit être

absente du débat. Elle doit être au cœur de nos préoccupations. La transformation de la structure des pathologies et le passage d'affections aiguës à des maladies dégénératives exigent un changement de logique. La prise en charge des affections de longue durée ou de la grande dépendance supposent des interventions conjointes des personnels médicaux, paramédicaux et sociaux ; l'ouverture de nouvelles plate formes de services ; le lancement de programme d'éducation thérapeutique et de formation médicale aux bonnes pratiques cliniques et le développement d'un système d'informations performant. L'exercice isolé ne permet pas de mettre en œuvre ces formes d'intervention. La mise en place de cellules fédératives d'amélioration de la qualité dans le cadre des réseaux qui coordonneraient l'activité des cabinets de médecins libéraux est la seule réponse institutionnelle qui permettra de résoudre le problème posé.

L'expert peut et se doit de rester autonome en tirant parti de la cohérence des concepts qui définissent sa discipline. Sans appareil conceptuel il est impossible de résister aux groupes de pression. Dans le domaine de la santé, les idées, les concepts, ou même les évidences mûrissent lentement. La réalité des contraintes budgétaires a été longtemps incomprise ou considérée comme lointaine ; le service médical rendu étant alors le critère *princeps*. Dire qu'il faut un minimum d'incitations économiques et de mécanismes de responsabilisation provoque les mêmes réactions de rejet. Faire comprendre que le discours économique n'est pas un discours financier et qu'il comporte inévitablement la mise en relation systématique de la valeur des moyens mobilisés et des résultats prend un temps considérable. Personne ne sait ce qu'est l'efficacité. Cela relève d'un travail pédagogique à long terme. Il a fallu cinq ans pour diffuser en France le concept de qualité de vie, huit ans pour contribuer à éclaircir la notion coûts et de contrainte budgétaire, treize ans pour ériger l'efficacité en principe de bonne pratique médicale, vingt ans pour faire pénétrer le concept de réseaux et le mettre en œuvre. Il est vrai que durant ce temps de latence, de nouveaux concepts ont vu le jour à l'instigation des groupes professionnels : croissance inéluctable des dépenses sous l'influence de facteurs exogènes, théorie des besoins de santé non couverts, définition d'un panier de biens.

Le message peut être victime d'incompréhension et de brouillage d'autant plus facilement que l'économie de la santé utilise des outils et un vocabulaire totalement étranger à l'approche réglementaire ou médicale. Les études observationnelles sont aujourd'hui d'actualité pour évaluer l'efficacité en condition normale d'usage. Mais la chose est loin d'être acquise. On estime encore que les essais cliniques randomisés constituent l'étalon « universel » pour comparer l'efficacité des traitements et s'assurer de leur innocuité. La qualité de vie et la valeur des moyens mobilisés devraient même selon certains être étudiées exclusivement dans ce cadre rigoureux. La méthodologie des essais qui érige la clause « *ceteris paribus* » en principe de bonnes pratiques se prête mal à une analyse des comportements et des structures.

Or, c'est là tout l'enjeu de notre discipline. Le rôle de l'économiste est de réintroduire la réalité des comportements dans les analyses, de faire apparaître le poids des structures, la variabilité des modes de prise en charge en fonction des contextes institutionnels, qui ne sont jamais intégrés dans les essais. La prise en compte de ces dimensions doit intervenir aussi bien avant la diffusion de l'innovation sur le marché qu'après. En amont, on fait une modélisation, en aval, on recherche l'efficacité en pratique médicale quotidienne.

En reconstituant la complexité du système de santé dans des conditions parfaitement contrôlées, les modèles d'analyse de décision tentent de reproduire et de schématiser la diversité des attitudes et des choix auxquels le plan thérapeutique le mieux validé peut donner lieu. La dynamique des interactions entre cliniciens et patients y est mis en situation dans des contextes institutionnels variés. La réalité des comportements de prescription et d'observance et la diversité des modes de prise en charge sont intégrées dans l'analyse. Cela produit de nouvelles données qui enrichissent les résultats des essais randomisés. Le modèle devient alors l'équivalent d'une soufflerie qui permet de

tester *ex ante* en laboratoire les actions de santé sans risque politique et pour un coût restreint. Il faut cependant être extrêmement prudent dans le choix de la formulation. La sémantique est très importante. Parler d'« estimation de l'impact clinique » serait imprudent. Evoquer « la modélisation des effets de la molécule X dans l'indication Y » paraît plus approprié.

En aval de la mise sur le marché, l'apparition de bases de données alimentées par les professionnels de santé bouleverse les méthodes d'évaluation. Elles permettent d'étudier l'impact des décisions thérapeutiques sur des populations importantes, dont les caractéristiques sont plus proches de celles observées en population générale que ne le sont celles retenues dans le cadre des critères d'inclusion d'un essai ; la validité externe des résultats obtenus en est améliorée d'autant. De telles bases sont d'origine médicale (Cub-Réa), administrative (le PMSI) ou issues des données de remboursement (SIAM). En ville, les médecins libéraux évaluent actuellement les réseaux. Ces évaluations relèvent en réalité beaucoup plus du contrôle administratif que de l'évaluation médicale. Elles cherchent à s'assurer que les fonds alloués ont bien été utilisés pour financer les opérations prévues. On vérifie combien de sessions de formations continues ont été organisées dans l'année, combien de professionnels ont assisté aux séances, quelles étaient leurs connaissances au début et à la fin des séances, etc ... On ne se demande à aucun moment si cela a changé les pratiques médicales, faute d'avoir mis en place le système d'information qui permettrait de les suivre de façon prospective et pérenne. La DGS de son côté, demande qu'il y ait de plus en plus d'études d'observation mises en place après la mise sur le marché du médicament. Elle souhaite repérer les événements indésirables graves mais rares qui ne peuvent être identifiés dans le cadre temporel trop limité des essais randomisés. Pourquoi ne pas y introduire dans chacun de ces contextes un comparateur historique ou géographique qui permettrait de transformer les enquêtes en plan quasi expérimentaux de type Avant-Après ou Ici-Ailleurs ?

Au départ, lorsqu'on s'intéressait aux Réseaux de Soins Coordonnés, on travaillait sur les réseaux à partir de constructions intellectuelles et théoriques. Maintenant, on évalue de vrais réseaux qui sont devenus pleinement opérationnels. La façon la plus concrète d'illustrer ce nouvel angle d'attaque est de présenter le protocole et les résultats obtenus après trente six mois de suivi prospectif par le réseau RESALIS. Le dispositif a été mis en place dans l'Eure à l'initiative d'Alliance Médica et de la CPAM du département. Il s'agissait d'améliorer le diagnostic et le traitement des asthmatiques. Le *design* de l'étude était de type quasi expérimental « Avant-Après » avec groupe contrôle. Afin de ne pas modifier la prise en charge naturelle des asthmatiques, les patients ont été inclus « au fil de l'eau » et les modalités de suivi étaient laissées au libre choix des médecins. Trois critères ont été évalués : le contrôle de l'asthme selon les critères du Consensus canadien, les coûts appréhendés dans une perspective sociétale et la qualité de vie mesurée par l'échelle de Juniper. Les performances du réseau ont été statistiquement significatives sur chacun de ces trois critères.

Quel que soit le type de démarche choisie, aucune n'est véritablement partagée par les autorités réglementaires. Si vous utilisez une modélisation, on vous reproche d'extrapoler sans preuve les résultats de l'essai clinique. Pour la Commission de la publicité vous survenez des résultats dont le résumé des caractéristiques du produit ne fait pas état. Mais lorsque vous présentez à l'inverse les résultats de l'essai en bonne et due forme, on vous demande quelle est la validité externe d'un essai multicentrique et multinational dont les conclusions ne sont pas forcément transposables dans notre pays, compte tenu de la spécificité de notre système de soins. Si vous utilisez un plan quasi expérimental pour démontrer l'efficacité d'une prise en charge, en condition normale d'usage, votre étude ne peut être que biaisée, puisqu'elle n'est pas randomisée. Mais lorsque vous proposez une étude randomisée en médecine de ville, elle est immédiatement déclarée contraire à l'éthique. Il importe donc de bien faire comprendre la nature de nos travaux. Leur vocation est de mettre à jour toutes les interférences parasites que les essais cliniques s'efforçaient de neutraliser, ce qui requiert des outils et des instruments spécifiques de collecte de l'information. L'impact des comportements sur l'efficacité, la qualité de vie, le coût social de la maladie et des traitements peuvent alors être appréhendés.

Dans ce domaine comme dans bien d'autres, un énorme travail de pédagogie et de conviction doit être fait par les économistes de la santé. Ils doivent savoir pourquoi ils se battent, face à un environnement qui n'est pas d'emblée disposé à embrasser les thèses qu'ils défendent. Au sein des entreprises, ils risquent d'être marginalisés par les deux départements qu'ils concurrencent sur le plan budgétaire. En dehors des entreprises, ils risquent d'être instrumentalisés par des cercles d'influence, qui les utiliseront au gré de leurs stratégies. Le meilleur moyen dont dispose l'économiste pour préserver son autonomie est de maîtriser parfaitement les concepts et les plans d'expérience d'une discipline qui se situe à la croisée des chemins de la recherche marketing et de la recherche clinique.