

Intervention de Monsieur Jean de Kervasdoué dekervas@cnam.fr
au Club Perspective Public, Privé le 15 février 2000.

LIEUX COMMUNS ET IDEES FAUSSES EN POLITIQUE DE SANTE

(Ou quelques raisons d'échecs répétés des velléités de transformation de notre système de santé)

PREAMBULE

Mon intention première était d'utiliser les méthodes d'évaluation des politiques publiques¹ pour ce qu'il est convenu d'appeler les plans "Juppé" et "Johanet" et d'y ajouter, pour être exhaustif, la loi de financement de la sécurité sociale 2000², qui ne porte pas encore le nom de plan "Aubry", même si, indéniablement, il porte sa marque. Le but recherché aurait été de construire les modèles implicites ou explicites des théories du changement social contenues dans ces ordonnances, plans et lois, et de les évaluer à leur propre aune: ont-ils atteint les objectifs qu'ils s'étaient fixés? Outre le fait que le plan "Johanet" ne sera jamais mis en œuvre, tel qu'il était proposé, et qu'il était trop tôt pour évaluer les modifications en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2000, j'ai changé d'idée car mes lectures, analyses et réflexions m'ont conduit à constater, ce qui était peut être déjà pour d'autres une évidence, à savoir que ce qui est avant tout frappant dans la politique de santé française, ce ne sont pas les nuances de philosophie politique qui sépareraient les uns ou les autres, mais les idées qu'ils partagent. Si cette pensée unique traverse les partis politiques, la Droite et la Gauche, c'est qu'elle est avant tout celle d'un certain nombre d'experts et de conseillers, mais aussi des hautes juridictions françaises (Conseil d'État et Cour de Cassation), hauts fonctionnaires et médecins influents. Bien entendu, je ne m'exclus pas de cette très bonne compagnie et je ne m'arroe pas une indépendance que je nierais chez les autres, néanmoins il m' a paru possible et salutaire de mettre en lumière un certain nombre d'a priori contestables pour l'une ou l'autre des raisons que nous allons rappeler.

¹ Jean de Kervasdoué: "Pour une évaluation des politiques publiques: réflexion à partir de la sociologie des organisations" - Annales des Mines - Juillet - août 1981 - pp -133-144.

² Loi du financement de la sécurité sociale, n° 99 - 1140 du 29 décembre 1999.

Keynes, dit-on, prétendait que tout homme politique était victime d'un économiste mort et j'ajouterai, pour certains, mort depuis longtemps. Il semble en effet beaucoup moins grave d'être contredit par les faits, ou d'avancer des raisonnements logiquement boiteux, que d'aller à l'encontre des "évidences", du "bon sens" du moment. Les "évidences" se ramassent donc à la pelle, les repentirs et les regrets...moins souvent.

Comme nous allons le voir, dans de nombreux cas, l'action publique fait penser à l'histoire de cette homme qui, de nuit, cherchait ses clés sous le réverbère, non pas parce qu'il les y avait perdues, mais parce qu'il y avait de la lumière. Il faut agir, il est urgent de prétendre avoir prise sur les évènements, de montrer que le Gouvernement est "responsable", qu'il réagit "aux attentes du public", peu importe en fait qu'il n'y ait pas de liens entre l'action entreprise et les objectifs déclarés. Il n'est pas facile d'agir, s'il fallait en plus que l'action soit efficace et évaluée, le métier de fonctionnaire serait bien difficile, il suffit heureusement, le plus souvent qu'elle soit acceptée!

Il existe, au moins, quatre façons de mettre en cause les fondements d'une politique publique sans critiquer l'objectif recherché, par essence de nature politique et donc d'un autre domaine que celui dans lequel nous nous plaçons, quatre types d'erreurs qui permettent de prétendre que les actions envisagées n'auront pas l'effet attendu. Il ne s'agit donc pas ici de remettre en question les politiques elles-mêmes, mais leur mise en œuvre ou leur présupposé empirique.

a) Les erreurs logiques : il y en a d'au moins trois types.

Le premier concerne l'absence de condition nécessaire et consiste à prétendre que l'on peut atteindre un objectif donné sans que certaines conditions soient remplies, par exemple: annoncer que l'on va évaluer la qualité des soins sans dossier médical et sans codage des actes et des pathologies , revient à prétendre que l'on va pouvoir gagner une île à la nage sans savoir nager.

Le second s'adresse aux contractions logiques dans la structure même du raisonnement: les apories.

Le troisième consiste à défendre un principe qu'il est logiquement impossible de mettre en œuvre: le principe de "précaution" tombe dans cette catégorie pour des raisons que nous expliquerons plus loin.

b) les erreurs factuelles

Elles concernent l'utilisation de données ou de concepts inexacts.

c) Les hypothèses contredites par l'expérience

Le propre du raisonnement scientifique consiste à abandonner toute hypothèse contredite par un résultat empirique non ambiguë.

d) Les mesures inadaptées, contradictoires, hors sujet, mais néanmoins déclarées prétendument utiles pour atteindre un objectif.

Dans les lignes qui vont suivre nous prendrons des exemples de ces différents types d'erreurs qui nous permettront de fonder nos critiques. Nous ne suivrons toutefois pas cette classification mais avons tenté de classer nos lieux communs par thème.

1 L' État et l'assurance maladie

11. Hypothèse: La notion de droits ouverts par le fait même de cotiser à la sécurité sociale est compatible avec une limitation des dépenses des soins remboursés aux assurés sociaux.

Cette aporie, comme la qualifie Rémi Pellet³, a enfanté de deux monstres juridiques: la dotation globale des hôpitaux en 1983 et l'Objectif National des dépenses d'Assurance maladie en 1996. C'est une aporie parce que, par définition, des droits ouverts pour le remboursement d'un service, par essence inconnu au moment d'obtention des droits, ne peuvent pas être limités. La dotation globale est une fiction qui représente, en principe, les sommes que verseraient l'année n+1 les caisses d'assurance maladie à l'hôpital X si les malades étaient identiques à ceux de l'année n-1. L'ONDAM, voté par le Parlement, représente la part des dépenses de soins remboursées par l'assurance maladie l'année suivant le vote sachant que les dépenses remboursables ne sont pas connues. Dans les deux cas, les Gouvernements concernés ont clairement souhaité, à la fois, plafonner les dépenses **et** ne pas toucher au fondement du droit de la sécurité sociale. Chacun a compris l'intention puisque l'on ne parle guère plus de dotation globale, mais de "budget global", et que pour l'ONDAM, le Gouvernement s'étant engagé à ne pas augmenter, voire à réduire, le ticket modérateur, il s'agit bien de plafonnement de dépenses de soins. Mais l'une des constantes, jusqu'à l'absurde, de cinquante années de politique de santé est que l'on ne touche pas aux caisses de sécurité sociale, on en crée même, quand cela est nécessaire, de nouvelles, on garde donc leur principe fondateur, leur légitimité essentielle: l'ouverture des droits même si ces principes ne sont pas compatibles avec l'objectif recherché.

³ Rémi Pellet, "La budgétisation régionalisée des dépenses d'assurance maladie, extrait d'un ouvrage à paraître aux éditions LGDJ, coll. "Systèmes".

12 - Hypothèse: On peut conserver un système d'assurance maladie sans que tous les assurés soient obligés de cotiser.

Cette hypothèse nouvelle, puisqu'elle date de la loi CMU de 1999, est une autre aporie: par essence, par définition, un assuré cotise, plus ou moins, mais il cotise. Il existe par ailleurs des bénéficiaires d'aide, au RMI par exemple, qui ne cotisent pas mais on ne les appelle pas "assurés" mais justement "bénéficiaires". Cette nouvelle contradiction découle de l'hypothèse 11: le Gouvernement a souhaité, ce qui est fort louable, proposer aux plus démunis un système d'assurance maladie universelle. Il n'a pas voulu financer ces nouvelles dépenses par l'impôt. Il n'a pas envisagé non plus, ce qui aurait économisé une vingtaine de milliards de francs et posé simultanément de graves problèmes sociaux, fusionner les régimes, créer un régime unique ou, à l'instar du Royaume-Uni, un service national de santé. Tous les résidents de France sont aujourd'hui couverts. Au moins une soixantaine de milliers de personnes, employés des caisses d'assurance maladie, agents des hôpitaux et des cliniques, passent leurs journées à vérifier des droits que tout le monde a. Des simplifications administratives et des économies étaient possibles. Il aurait fallu choisir. On a décidé de ne rien changer en abusant pour le moins de la logique et de la langue française. Ce ne sera pas sans conséquences techniques, financières et politiques.

13 Hypothèse: Il est possible de concevoir une politique de santé en limitant ses prérogatives au seul contrôle des producteurs et des institutions de soins et ce contrôle est possible avec un système de financeurs multiples: les différentes caisses d'assurance maladie.

Aux deux exceptions que sont les réseaux de soins balbutiants et les "Références Médicales Opposables" (RMO) en hibernation, cette hypothèse a pour corollaire important de laisser croire qu'il est possible d'améliorer de manière significative l'efficacité du système de soins en gérant un système d'enveloppes limitatives par nature de dépenses.

Cette hypothèse est contredite en France par des données macroéconomiques. En 1998 les dépenses des honoraires médicaux et des cliniques privées ont crû plus vite que l'objectif assigné. Faute d'outil juridique approprié, les conventions et accords étant annulés les uns après les autres, le Gouvernement a discrètement passé l'éponge en qualifiant sa générosité imposée, de "rebasage de l'ONDAM", terme inconnu de mon correcteur orthographique, mais surtout signe d'impuissance qui, sans nul doute, sera repris avec peut-être un autre qualificatif, en l'an 2000, car les mêmes causes produisant les mêmes effets...

Toujours en France, la fusion en 1985 des budgets des hôpitaux et des secteurs psychiatriques a clairement montré qu'une souplesse budgétaire entre l'intra et l'extra hospitalier permettait de mieux répondre aux besoins de la population, de maintenir le niveau de dépenses et de vider sans crise politique des structures hospitalières inadaptées à la prise en charge de leur patients.

Mais c'est surtout vers l'étranger qu'il faut regarder pour trouver des justifications empiriques à la remise en cause de cette hypothèse et de son corollaire. Je ne citerai pas ici tous les articles qui, aux États-Unis, ont évalué le coût de la prise en charge de malades comparables entre, d'une part, des HMO et, d'autre part, des structures traditionnelles non coordonnées. La capacité de mon ordinateur y suffirait à peine. Les résultats sont systématiquement en faveur des HMO⁴. En revanche, dans le plan stratégique de la CNAM, il est clairement écrit que cette tâche est impossible!

"Considérer, comme certains l'ont fait dans la presse, que l'Assurance Maladie pourrait se contenter de ces contrôles (les contrôles individuels des praticiens et des établissements de soins) pour assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses est une illusion absolue pour trois raisons:

- l'évolution juridique, qui accroît sans cesse la protection de l'individu face à l'État et aux services publics, rend toute procédure de contrôle complexe et longue...

- l'appréciation du niveau de performance exige que le contrôle ne porte pas seulement sur les prestations sanitaires (1 milliard d'actes de médecins, chirurgiens dentistes 1,3 milliard de lignes de prescription pharmaceutiques par an) mais assure le croisement de ces données avec la (poly)pathologie des 60 millions de consommateurs. La combinatoire qui en résulte coupe court à toute perspective de modélisation, a fortiori d'automatisation de ces contrôles,

- les contrôles individuels font, par nature, peu de place à l'approche systémique et n'ont aucun effet structurant.

Autrement dit, les contrôles individuels sont nécessaires, même si leur rendement net est limité, car ils assurent une surveillance du fonctionnement du système de soins, mais ils ne peuvent jouer un rôle de régulation collective des dépenses, a fortiori de régulation de l'offre de soins."⁵

⁴ A. Bocognano, A; Couffinahl, M. Grignon, R. Maheu, D. Polton, "Mise en en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères", C.R.E.D.E.S., septembre 1998.

⁵ Le Plan stratégique de la CNAM-TS, version de mars 1999, pages 23 et 24.

Cette affirmation est sans ambiguïté et surprenante même pour un lecteur inattentif des journaux professionnels français. Ils ont, à plusieurs reprises, rendu compte de la nature des contrôles effectués par les entreprises de "managed care": elles ne se contentent pas d'examiner les producteurs et les institutions de soins mais elles analysent, pour chaque malade, le processus de prise en charge. En effet, la combinatoire n'est pas infinie, par exemple pour chaque clinique privée une vingtaine d'interventions seulement expliquent 50% des séjours et du chiffre d'affaire.

Il faut toutefois signaler ici que l'évolution juridique n'a effectivement pas favorisé, dans ce domaine, les volontés anciennes de la CNAM-TS. Les conséquences financières sont considérables. Le Professeur Claude Béraud les chiffrait, il y a quelques années déjà, à 100 milliards, le Plan stratégique de la CNAM-TS avance le chiffre de 60 milliards, peu importe. S'il ne s'agissait "que" de 20 milliards cette somme mériterait au moins un débat public et, en cas d'une confirmation politique de cette impossibilité, le repos, certes mérité, de la très grande majorité des économistes de la santé, ceux qui s'intéressent à la microéconomie, à la création des réseaux, au paiement à la pathologie...

Cette hypothèse conduit à un **second corollaire**: à savoir qu'il est possible que, notamment, chaque grand régime (CNAM-TS, MSA, CANAM) et l'État suivent, pour ce qui les concernent, d'une part les dépenses par enveloppe (hôpitaux soumis à la dotation globale, cliniques privées, honoraires des généralistes au secteur 1, au secteur 2, honoraires des spécialistes au secteur 1, au secteur 2, prescriptions médicamenteuses, prescriptions d'autres biens médicaux, activité des biologistes, honoraires des infirmières libérales, transports sanitaires... sans oublier les mesures spécifiques prises récemment pour les radiologues et les cardiologues et, vraisemblablement, j'en oublie) et, d'autre part, les dépenses par région. Le reversement de l'OQN prévu pour l'année 1998 a été annulé parce que, justement, il n'était pas régionalisé, les OQR n'existaient pas encore! Le système d'information et de régulation n'est pas adapté à une telle complexité. Les tribunaux ne vont pas être au chômage!

14 - Hypothèse: l'ANAES est capable, seule, de suivre en permanence l'évolution de toutes les pratiques cliniques, de toute "l'évidence médicale" de la médecine en général et de chaque spécialité en particulier, pour produire des référentiels adaptés aux connaissances du moment.

Constatons tout d'abord qu'à ce jour elle ne le fait pas, que son temps de réponse aux questions posées par les Caisses d'Assurance Maladie sont, quand elles sont apportées, de plusieurs mois, faute de moyens adaptés à l'importance de ses missions. On peut

également avancer l'hypothèse que, du fait de l'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité médicale, elle est pour le moins prudente.

Suivre l'évolution du progrès de la médecine et donc des pratiques cliniques recommandées est une entreprise mondiale. Il est bon et souhaitable qu'une agence française y contribue. Mais pourquoi se priver des travaux des académies de médecine des autres pays développés, des autres institutions européennes et nord américaines, de nos académies de médecine et de chirurgie, des sociétés savantes françaises, des universitaires, de fondations privées comme l'Institut Cochrane? Il n'est pas très difficile de demander, par exemple, à une dizaine d'orthopédistes français, choisis parmi les meilleurs, de définir une durée de séjour cible pour les prothèses totales de hanche. Les publications internationales sont abondantes, nos spécificités bien connues, et... le temps compté, à moins de ne considérer que, dans ce domaine, il n'y a aucun compte à rendre aux assurés sociaux.

Il faudrait rajouter à cette hypothèse, une autre dont, je m'en rends bien compte, la critique serait inconvenante, mais elle est fondée sur de longues années d'expérience et je ne puis pas la taire, à savoir: que l'État peut bâtir une expertise de qualité, avec des experts indépendants sans les honorer correctement. Ne sont-ils pas fonctionnaires? Peut être, mais ils ont dans l'utilisation de leur temps, ce que les économistes appellent un "coût d'opportunité". Fut-il symbolique, il n'est pas nul. Siéger à des commissions ne rapporte pas que du prestige acquis plus sûrement auprès de ses pairs en faisant, par exemple, de la recherche.

15 - Hypothèse: La main visible du plan est plus efficace que la main invisible du marché.

Il est surprenant, notamment pour le Plan "Juppé", qui après tout émanait d'un Gouvernement issu de la Droite parlementaire où la composante libérale n'était pas mineure, de n'y trouver aucune utilisation significative du raisonnement microéconomique. Comment, par exemple, par des tarifs différentiels favoriser des comportements vertueux des professionnels et institutions du secteur? Cette question ne semble pas avoir été posée. On a même été jusqu'à déclarer urbi et orbi que l'accréditation n'aurait aucune conséquence économique!

Il faut remonter à Claude Evin et à la loi hospitalière de 1991 pour trouver une mesure, l'Objectif Quantifié National (OQN) des cliniques privées, pour trouver depuis 1973 un mécanisme économique favorisant les restructurations des cliniques privées! On verra dans quelques années si les ARH font mieux. J'en doute car, même quand ce n'est pas le cas, la main visible de l'État est toujours perçue comme arbitraire, sauf dans quelques

cas exceptionnels d'abus manifeste ou de non qualité flagrante, mais c'est une autre logique, issue d'une autre légitimité. Elle est également plus sensible aux interventions politiques.

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 a fait passer la tutelle des cliniques privées des caisses d'assurance maladie à l'État. Sera-t-il plus efficace? Ce ne devrait pas être impossible: les performances des caisses étant sur longue période, dans ce domaine, modestes, mais rien n'est moins certain, quand on connaît les limites de la culture économique de nos hauts fonctionnaires.

Certes il y a quelques lueurs d'espoir issues du Plan Juppé mais pas spécifiquement incluses dans les ordonnances ou la loi organique. Une caisse primaire du régime général (Poitiers) teste enfin, au titre des expérimentations permises par les réseaux et les filières de soins, un système de paiement à la capitation et propose un chiffre du tarif de cette capitation: 1000 FF par patient et par an. La facturation à la pathologie, dont on parle depuis quinze ans, doit toujours être "expérimentée" - il faut traduire sans ambiguïté "retardée" - pour de bonnes raisons: les études ne sont pas faites, et de mauvaises: aucune décision politique n'est prise sur les conséquences connues de ce mode de paiement: à savoir d'une part le chaînage des honoraires pour les médecins exerçant dans les cliniques privées et d'autre part la comptabilisation du coût réel des contraintes de service public. Espoir?

16 - Hypothèse a: les caisses d'assurance maladie peuvent équilibrer l'ONDAM en n'exerçant leur pouvoir que sur 11% du montant global de cet "objectif".

Hypothèse b: les médecins accepteront la mise en place des lettres clés flottantes.

Quand l'on examine les dépenses de soins remboursées par l'assurance maladie en 1998, on est immédiatement frappé par le relativement faible montant du remboursement des consultations et visites des généralistes: 24 milliards (somme inférieure au seul budget de l'AP-HP). Quand on y ajoute les honoraires de tous les spécialistes, cette somme monte à 60 milliards et, enfin avec les dentistes, les sages-femmes et les infirmières libérales, cette somme atteint 74 milliards, ce montant total dépassant à peine 11% de l'ONDAM.

Ce n'est pas totalement une découverte: la rémunération des généralistes français, comparée à celle de leurs autres confrères européens est anormalement basse. Pour un médecin généraliste au secteur 1 qui réalise quatre consultations à l'heure, sa rémunération horaire est donc de 460 FF, soit moins de la moitié de celle d'un expert comptable ou d'un

avocat. Prétendre qu'elle va pouvoir baisser si, comme à la suite de l'épidémie de grippe de janvier 2000 l'activité augmente, me paraît assez peu réaliste et contraire à ce qu'il faudrait mettre en œuvre à savoir: augmenter leur rémunération en instaurant, avec leur coopération active, un contrôle des actes prescrits et des médicaments. Le test empirique du fondement de ces hypothèses nous sera donné dans quelques mois. Attendons.

17 - Hypothèse: la création de la CMU ne produira pas de demande induite

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause, bien au contraire, le principe de création de la CMU que nous jugions nécessaire il y a de longues années en soulignant les difficultés d'accès à certains soins de la partie de la population française, à l'époque, privée d'assurance complémentaire⁶.

En revanche, la lecture des travaux français et étrangers sur les relations entre les consommations de soins et le degré de couverture maladie me conduisent à proposer l'hypothèse suivante, à ma connaissance non contredite à ce jour, à savoir: un ticket modérateur réduit la consommation médicale de façon aveugle et donc inappropriée d'un point de vue sanitaire, une couverture à 100% induit une surconsommation de soins. Autrement dit, il n'est pas possible d'ajuster la consommation par des mécanismes financiers⁷, d'où l'importance de la gestion du risque d'une part et de la définition des limites de la solidarité par ce qu'il est convenu d'appeler le "panier de soins" d'autre part.

Or, non seulement la CMU est gratuite pour ses bénéficiaires, ce qui n'est pas le cas des autres assurances complémentaires, mais encore nous savons que les plus déshérités sont aussi les plus malades. Il est donc peu vraisemblable que le coût moyen de l'assurance complémentaire des bénéficiaires de la CMU sera identique au coût moyen des autres catégories de Français. C'est cependant l'hypothèse faite dans le chiffrage du financement de la CMU. Un double mécanisme inflationniste se mettra donc vraisemblablement en place du fait de la surmortalité et de la surconsommation des affiliés. Remarquons au passage qu'un certain nombre de professions, à commencer par celle des dentistes, verra croître de ce fait ses revenus sans qu'il y ait eu au préalable de convention et de révision de la nomenclature!

Pour vérifier le bien fondé de ces prévisions, il faudra, dans ce cas, attendre la fin de l'année 2001.

⁶ X^e ème Plan, Commission Protection Sociale. "Investir dans la gestion du système de santé". Groupe technique système de santé et assurance maladie sous la présidence de Jean de Kervasdoué, rapporteur Christine Meyer, La Documentation Française, juin 1989, 124 pp.

2 - Les établissements de soins

21 - Hypothèse: Les dotations budgétaires des établissements de soins soumis à la dotation globale étaient, en 1985, équitables.

Cette hypothèse était doublement fautive: d'une part nous n'avons pas pu, à l'époque réévaluer les bilans et nous savions que des hôpitaux avec des activités comparables avaient des budgets très sensiblement différents. Le décret du 11 août 1983 prévoyait toutefois que les budgets devaient être calculés en fonction de "l'activité" (le projet PMSI était déjà bien avancé). Ce ne fut pas le cas. Il y eut certes quelques corrections, mais mineures car, rappelons une évidence arithmétique à savoir qu'en masse 5% de 100 FF représente exactement la moitié de 5% de 200 FF et donc les augmentations proportionnelles ne réduisent pas les inégalités mais les aggravent en valeur absolue!

Aujourd'hui, pour les seules inégalités de dotation régionale, la réduction annoncée permettant d'atteindre une équité interrégionale, qui était de 17 années en 1999, est passée à trente années en l'an 2000. Cela fera donc au moins quarante cinq années au minimum, à supposer que les inégalités internes à chaque région se réduisent au même rythme car les inégalités intra régionales sont supérieures aux inégalités interrégionales⁸. Seuls des mécanismes économiques (la facturation à la pathologie avec une nomenclature adaptée et un point ISA aussi juste que possible) et non pas étatiques, comme le montre ce qui se passe en ce moment à Paris, pourraient un jour permettre de réduire ces inégalités injustifiées pour les malades comme pour le personnel des établissements.

22 - Hypothèse: les mécanismes de planification et notamment la carte sanitaire, sous prétexte d'indices nationaux identiques, peuvent réduire les inégalités inter et intra régionales.

Il suffit de regarder, en France⁹, n'importe quelle carte d'équipements en lits¹⁰ pour constater que cette hypothèse est contredite par les faits. Pour ne prendre qu'un exemple: les lits de "moyen séjour" par habitant varie du simple au triple d'une région à l'autre (indice allant de 0,9 lits par millier d'habitants à 2,7). Dans ce cas on peut estimer que l'on a donné à cette hypothèse plus que le bénéfice du doute puisque la carte sanitaire est en

⁷ Cette affirmation pourrait être nuancée, voir remise en question par la "garantie franchise cautionnée de certaines mutuelles". Le principe consiste à considérer qu'une partie de la cotisation annuelle est en fait une caution ristournée en cas de sous consommation, à suivre!

⁸ Dire que j'ai quitté l'administration des eaux et forêts parce que je trouvais que les arbres mettaient du temps à pousser!

⁹ Cette critique n'est pas portée universelle. Elle se limite à la France.

¹⁰ Informations Hospitalières, "L'hospitalisation en France", avril 1998, N° 49.

vigueur depuis plus d'un quart de siècle! Bien entendu, les variations sont encore plus grandes quand l'on choisit une unité géographique plus petite: département ou secteur sanitaire.

23 - Hypothèse: on peut équitablement répartir des enveloppes financières aux hôpitaux d'une part et aux cliniques privées d'autre part en utilisant des conceptions opérationnelles différentes de l'équité.

En l'an 2000, l'ajustement des enveloppes régionales pour les cliniques privées ne concernera que la valeur du point ISA. C'est donc une équité limitée aux seuls professionnels de santé et aux patients de ces établissements. En revanche, pour les établissements soumis à dotation globale, outre le point ISA, sont pris en compte la notion de "patient hospitalisable" et l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) de la région. La notion d'équité est, dans ce cas, plus large. Certes ceci mériterait un long développement que nous rédigerons dans un autre article, mais quand l'on connaît l'hétérogénéité, due à l'histoire, de l'équipement en lits des régions françaises, notamment pour ce qui concerne le secteur privé, on peut avancer par une simple déduction logique que la somme de ces principes limités n'a aucune chance d'être globalement "équitable".

24 - Hypothèse: Il est politiquement envisageable d'exiger que les médecins libéraux exerçant en cliniques privées jouent un rôle institutionnel de plus en plus important et, notamment leur Président de CME, sans que ceux-ci soient, à ce titre, rémunérés.

Les cliniques passent progressivement de ce qui n'était encore avant la loi de 1991 qu'une coopérative de moyens à un établissement de soins. Il faut s'en féliciter. Par exemple les dossiers médicaux ne sont plus ceux de chaque praticien mais ceux de la clinique. Au cours de ces sept dernières années, les charges incombant à la CME se sont accrues: outre les dossiers médicaux et toutes les formes de "vigilance" (pharmaco, hémo, matério...), les prévisions d'activité, le contrat d'objectifs et de moyens, l'accréditation... On découvre enfin en France que tout établissement de soins, fut-il privé à but lucratif, doit du fait de la division du travail, coordonner l'activité des praticiens et des autres catégories de personnel, rôle joué dans les pays anglo-saxons par le "chief of medical staff". J'estime aujourd'hui que la fonction de président de CME d'une clinique française moyenne doit occuper le titulaire de ce poste de douze à quinze heures par semaine. Certes, l'État a toujours considéré que dans le secteur de la santé, la qualité et la sécurité étaient gratuites, mais les praticiens, au nom du libéralisme n'ont pas encore totalement vu que le chemin qu'il prenait était sans issue. Il n'existe pas de repas ou de responsabilités gratuites, sinon cela finit toujours par coûter très cher.

25 - Hypothèse: L'évaluation des hôpitaux publics en s'appuyant exclusivement sur la structure par service, peut fournir à l'assurance maladie des informations pertinentes.

Cette hypothèse qui occupe depuis de longues années beaucoup de temps de nombreux médecins conseils est contredite par l'analyse de l'activité clinique de services même les plus "comparables". Je fis ce constat à l'Assistance Publique de Paris dans les années 1970. Il y avait, à l'époque des prix de journée, un bon système d'information. Néanmoins toute comparaison de dotations en personnel, de prescription par service, au sein du même discipline, était vouée à l'échec faute de fondement médical de ces comparaisons. "Nous sommes certes proches, me disait-on, mais nous sommes très différents". La comparaison s'arrêtait là. Combien d'année-homme aura coûté cette impasse reconnue internationalement?

3 - La médecine de ville

31 - Hypothèse: il est possible de contrôler la croissance des honoraires médicaux en ayant pour seul outil le contrôle des tarifs.

Même si tous les médecins étaient conventionnés, ce qui ne fut le cas, au cours de ce siècle, que pendant moins de vingt ans, cette hypothèse serait tout à fait insuffisante car les revenus annuels des médecins dépendent de deux autres facteurs: la nature des actes réalisés au cours d'une consultation ou d'une visite et le nombre de consultations ou de visites par patient et par an. Si ces deux facteurs ne sont pas contrôlés, et c'est bien le cas en France, on pourrait même avancer l'hypothèse inverse à savoir que: plus les tarifs sont bas, plus les dépenses globales des honoraires sont élevées. C'est en effet ce qui se passe dans l'industrie pharmaceutique où, après cinquante années de contrôle des prix, les prix français sont parmi les plus bas d'Europe et les dépenses globales nettement les plus élevées car le seul moyen d'augmenter le chiffre d'affaire est d'accroître les volumes.

Les exemples empiriques abondent pour contredire l'efficacité du principal et seul véritable outil conventionnel, à l'époque où il y avait des conventions. Les tarifs en secteur 1 sont identiques sur le territoire national et "le tact et la mesure" devrait avoir des traductions concrètes similaires. Toutefois, pour ne prendre que l'exemple de la cardiologie, ce que paye, en 1993, un patient quand il sort du cabinet d'un cardiologue, selon son département de résidence, varie de 170 à ...430 FF. Il s'agit ici de prix moyen annuel! Mais ce n'est pas tout: le nombre de consultations par habitant et par an s'échelonne de un à trois selon les départements. La conséquence de ces deux phénomènes est une forte iniquité: les dépenses de cardiologie par habitant et par an varient de 10 FF (Ardèche) à 90 FF (Paris et Alpes-

Maritimes). Les honoraires annuels des cardiologues s'étendent, toujours en moyenne annuelle, de 400 000FF à 1 300 000 FF. Ces variations n'ont rien à voir avec la mortalité cardio-vasculaire dont les taux de prévalence se limitent à des écarts de 50%, ni avec le nombre de médecins: il y a des départements où il y a beaucoup de cardiologues et ils gagnent tous bien leur vie. A contrario dans d'autres départements où les cardiologues sont peu nombreux, leurs honoraires sont plutôt dans le bas de la fourchette¹¹...

Les médecins, comme les autres acteurs économiques, sont donc rationnels (constat rassurant pour les économistes de la santé): quand ils disposent de moyens d'augmenter leur revenu, il arrive qu'ils les utilisent. Ceux qui le sont moins, rationnels, sont tous ceux qui n'ont pas cru bon, utile, nécessaire, possible...de suivre à la fois le contenu et la fréquence des actes cliniques¹² et d'imaginer que le contrôle des tarifs suffisait! Ils se reconnaîtront.

32 - Hypothèse: Il y a trop de médecins en France et, en baissant leur nombre les dépenses de santé décroîtraient.

La première partie de cette hypothèse n'a de sens que si l'on se donne un point de repère et que l'on porte simultanément un jugement de valeur: trop par rapport à quoi? Par rapport à d'autres pays? L'Allemagne, pour se limiter à cet exemple, a plus de médecins par habitant que la France. Par rapport à un "besoin" qui, comme toujours en l'espèce ne serait pas défini? Cette affirmation devient alors injustifiable car impossible à justifier et d'ailleurs, pour la même raison, impossible à contredire. En outre, pour sortir des seuls arguments logiques, beaucoup de patients qui trouvent trop brèves les consultations de leur praticien ne pensent pas, en général, que les médecins français étant trop nombreux, ils ont donc la chance de bénéficier de longues consultations.

Que les représentants syndicaux du corps médical utilisent cet argument pour augmenter le revenu de leurs confrères en activité me paraît, en ce qui les concerne, de bonne guerre. Que ce sujet conduise Gouvernements et Caisses d'Assurance Maladie à inventer des procédures financières pour mettre à la retraite anticipée des personnes en pleine mesure de leurs moyens m'a toujours paru surprenant et inefficace. Quand les syndicats médicaux parlent du nombre de médecins, c'est en réalité de leur revenu qu'ils traitent.

L'explication logique de l'intérêt des pouvoirs publics pour cette hypothèse tient à la croyance du bien fondé de sa seconde partie. S'il est vrai que de nombreuses études ont

¹¹ Jean-Paul Letouzey et al., Cardiologie 2000 - Livre Blanc sur la prise en charge des maladies cardiovasculaires en France, Sanesco 1996.

¹² Même dans leurs rêves financiers les plus débridés les architectes imaginent rarement de pouvoir prescrire les constructions de nouvelles maisons à leurs clients! Nul doute que ce serait aussi, si c'était possible, pour mieux répondre à leurs "besoins".

montré que, notamment pour les spécialistes, leur nombre croissant induisait une augmentation quasi proportionnelle des dépenses, l'inverse toutefois ne s'en suit pas automatiquement pour les raisons que nous avons évoquées en traitant de l'hypothèse 31: en effet, ces médecins moins nombreux pourraient augmenter le coût moyen et le nombre de leurs consultations et, ce faisant, annuler tout effet de la baisse de la démographie.

33 - La nomenclature des actes professionnels ne peut être revue que dans une fourchette de 20%.

Pour pouvoir mesurer l'activité hospitalière de certaines spécialités médico-techniques et cliniques j'ai entrepris, en 1983, la construction "d'indices de complexité relative" (ICN) des actes à l'intérieur de chacune de ces spécialités. Ces ICN, quand on a la cruauté de les comparer au poids relatif des actes de la NGAP, sont très différents et varient, par rapport à la NGAP, de beaucoup plus de 20%. Cette non révision permanente de la NGAP est d'ailleurs doublement scandaleuse: elle donne des rentes aux uns et sous-évalue d'autres actes par rapport à une rémunération qui prendrait en compte le temps, le risque et la complexité comme les nomenclatures nord-américaines.

34 - Hypothèse: le paiement à l'acte n'induit, pour le médecin, aucun conflit d'intérêt.

Cette hypothèse est tabou car elle remet en cause la parfaite indépendance du corps médical, défenseur en toute circonstance du bien être de son malade, insensible, en principe, à tout mécanisme de paiement. Elle conduirait à laisser croire, qu'au sens économique du terme, les médecins payés à l'acte ne sont pas "rationnels", qu'ils ne cherchent pas à maximiser leur revenu, surtout quand ce n'est pas tant le patient qui est concerné mais l'assuré social, être abstrait, qu'il importe peu d'abuser. Cette hypothèse n'est pas celle des économistes. Il semblerait que les faits leur donnent raison.

Sans aller jusqu'à la violence de Georges Bernard Shaw qui écrivait en 1913 que "l'on peut avoir autant confiance en un médecin payé à l'acte que dans un général vendu à l'ennemi¹³", et sans penser un seul instant qu'il faut proscrire en toute circonstance ce mode de paiement qui a ses avantages, il est frappant de constater que peu d'études françaises analysent les conséquences cliniques, déontologiques et économiques de ce type de rémunération. Une fois encore, il faut se tourner vers des travaux anglo-saxons¹⁴ pour trouver à la fois des études remettant en cause cette hypothèse, mais aussi des lois ou des pratiques qui font que cette

¹³ Georges Bernard Shaw: "The doctor's dilemma", Baltimore 1913.

¹⁴ Marc Rodwin: Medecine, Money and Moral - Physicians' Conflicts of interest - Oxford University Press - 1993. Et pour consulter en français une recension de ce livre, consulter: Jean de Kervasdoué: "Argent, éthique et pratique médicale", in : Revue Politique et Parlementaire - n°998 - Janvier/ Février 1999.

méthode de paiement disparaît de manière systématique: il y a dix années 90% du revenu des médecins cliniciens venait du paiement à l'acte aux États-Unis, en 1998 ce chiffre était tombé à moins de 30%!

4 - Les études médicales

41 - Hypothèse: il est possible de bien former des médecins par juxtaposition de cours portant sur les différentes grandes spécialités médicales.

Cette hypothèse a été infirmée par de nombreuses universités étrangères¹⁵ et notamment celle de Sherbrooke au Canada. En effet après avoir demandé ce que chaque futur médecin devait absolument savoir dans chaque spécialité, ils se sont aperçus que s'ils prenaient les demandes justifiées de chacune d'entre elles, il serait nécessaire d'accroître de 50% la durée de leur formation. Ils ont donc conçu un nouveau curriculum bâti sur des principes nouveaux.

42 - Hypothèse: il est plus difficile d'être un spécialiste qu'un généraliste et donc les spécialistes, qui ont des études plus longues, doivent être mieux rémunérés.

Cette "évidence" de notre système de santé, pourtant critiquée à plusieurs reprises et notamment par les "Sages" nommées par Philippe Seguin en 1987, ne semble pas couler de source. Il paraît aujourd'hui dans les revues à comité de lecture 20 000 nouveaux articles médicaux par mois. Les généralistes sont sensés les avoir lus et maîtriser l'essentiel de chaque discipline clinique et biologique. Il ne leur est certes pas demandé d'acquérir l'expertise des chirurgiens, mais en conclure que devant la profusion des connaissances médicales, leurs études devraient durer moins longtemps et qu'étant moins "experts" leur statut et leur rémunération devraient s'en ressentir à vie ne me paraît pas fondé sur un raisonnement indiscutable.

5 - L'industrie pharmaceutique et biomédicale

51 - Hypothèse: Le développement de l'industrie pharmaceutique française et l'implantation d'entreprises étrangères est favorisé par une modification annuelle des règles économiques qui les régissent.

Étant donné le temps qui s'exerce entre la découverte d'une molécule et sa mise sur le marché (de sept à dix ans), les industriels ont besoin de visibilité sur le long terme. J'ai déjà

¹⁵ C. Béraud, F. Grémy, B. Grenier, A. Grimaldi, J. de Kervasdoué, G. Lévy, "La Réforme Debré: un tiers de siècle après", colloque de Caen, 9-10 décembre 1996.

fait remarquer¹⁶ que taxer les industriels parce qu'il y avait eu dans l'année une augmentation des ventes de médicament me faisait "penser à une mère qui, ayant confié ses enfants à leurs grands parents, découvrirait en les reprenant que ceux-ci ont été gavés de confiserie et que, furieuse, elle irait tancer vertement le confiseur et non pas ses parents!" Dans un système de blocage des prix et sans contrôle des prescriptions il est rationnel de tout faire pour augmenter les volumes de vente. Il est donc totalement inapproprié de pénaliser les industriels quand il faudrait changer les règles. Enfin, comme à l'étranger, il convient de distinguer politique industrielle d'une part et contrôle des dépenses pharmaceutiques d'autre part. La confusion française ne permet de faire ni l'un ni l'autre.

52 - Hypothèse: Le contrôle des prix des médicaments limite les dépenses pharmaceutiques.

Nous avons vu, en traitant de l'hypothèse 31, que cette affirmation était empiriquement fautive et que donc, du point de vue du contrôle des dépenses de médicament, le contrôle des prix, seul était pour le moins insuffisant. En outre, il n'a pas favorisé en France, et c'est un euphémisme, le développement de cette industrie qui, progressivement voit sa contribution à la découverte de nouvelles molécules perdre de l'importance.

Conclusion

Cette liste de lieux communs et d'idées fausses aurait pu inclure, le principe de précaution. Il aurait été, à nouveau, possible de démontrer pourquoi ce principe, étant infalsifiable, n'a donc aucun sens opérationnel¹⁷. Il eut été facile et fastidieux de rappeler, encore une fois, l'ambiguïté, le manque de précision et les connotations idéologiques des notions de "besoin", de "régulation médicale", de "régulation comptable" qui maillent, pour les rendre opaques, les discours de tous les acteurs du système et constituent autant d'idées reçues et remplissent avant tout une fonction idéologique. Peut-être eut-il fallu également montrer pourquoi les libertés publiques des Français ont peu à craindre de la publication des données indirectement nominatives issues du PMSI mais, qu'en revanche, leur santé et leur portefeuille doivent tout redouter du manque de transparence et de la difficulté de publier des données permettant de comparer les établissements de soins? Mais nous avons pensé que les hypothèses que nous avons examinées de plus près suffisaient.

Ce triste constat permet de comprendre pourquoi notre politique de santé, bâtie sur d'aussi nombreuses hypothèses falsifiées par les faits, de raisonnements boiteux, de concepts

¹⁶ Jean de Kervasdoué, Santé pour une révolution sans réforme, éditions Gallimard Paris 1999.

¹⁷ Jean de Kervasdoué: "L'intolérance écologique", La Revue des Deux Mondes, Novembre-Décembre 1999.

flous et de déclarations inexactes, a peu de chance d'avoir une quelconque prise sur la réalité, tant que ces erreurs ne seront pas reconnues par tous et les lieux communs trouver la seule place qui devrait être la leur: celle des dictionnaires!

Je tenais cependant à terminer cet article par l'analyse d'un dernier lieu commun: **il faut maintenir constant la part des dépenses de santé dans la Production Intérieure Brute (PIB) de la France**. Le lecteur intéressé par la construction détaillée de contre arguments se reportera à l'article que j'ai consacré récemment ¹⁸ à ce sujet. En quelques mots toutefois la critique consiste à reconnaître que, si cette position est défendue, elle a pour conséquence logique de prétendre simultanément que l'on attache collectivement plus de valeur à la consommation d'automobiles ou de téléphones portables parce que la vente de ces objets contribue à la croissance du pays, alors que l'application à tous des dernières découvertes médicales ou la prise en charge des personnes dépendantes, parce qu'elles sont comptabilisées, pour l'essentiel, comme des charges financées par les prélèvements obligatoires doivent être arbitrairement limitées. Il est politiquement imprudent de prendre une tautologie comptable pour un choix politique de nos concitoyens. S'il n'y a aucune raison de principe, sauf des raisons financières, de baisser les dépenses de santé, il m'a toujours paru non seulement prudent mais également souhaitable de ne pas les augmenter tant que l'on ne savait pas en détail leur utilité médicale et leur efficacité économique. Il est surprenant de constater la façon dont la classe dirigeante de notre pays se laisse alors piéger par le discours du corps médical qui consiste à dire: " puisque vous voulez limiter nos dépenses, dites nous ce qu'il faut rationner et laissez nous nous occuper du reste", alors que la charge de la preuve devrait être inverse: les gouvernants devraient dire aux médecins "démontrez nous l'efficacité de ce que vous prescrivez et nous nous ferons fort, après en avoir débattu avec nos concitoyens, de trouver le financement nécessaire!" En attendant, les dépenses, même si elles croissent aujourd'hui moins vite qu'autrefois, ne sont toujours pas contrôlées, même à l'hôpital public où les comptes publiés ne permettent pas de déceler les reports de charge et personne ne tire bénéfice de la croissance des fonds affectés au secteur des soins médicaux puisqu'il devait être "contrôlé" avec ou sans aubaine économique. Or ils ne sont pas et la croissance est donc une victoire de ceux qui sont contre toute forme de régulation.

Le discrédit de la politique n'a jamais réjoui les démocrates.

¹⁸ Jean de Kervasdoué: " Progrès de la médecine et économie de la santé: faut-il limiter les dépenses médicales?", Pouvoirs, n° 89 - 8 mars 1999.

Jean de Kervasdoué

Janvier 2000