S°R
93979

Michel Mougeot

Le système de SANTE

Préface de **Henri Guitton**
de l'Institut

ECONOMICA

Michel Mougeot

36
39-40

Le système de SANTE

Centralisation ou décentralisation ?

Préface de Henri Guitton
de l'Institut

ECONOMICA
49, rue Héricart, 75015 Paris

93.993

l 8

Michel Mougeot

36

Le système de SANTE

107

Centralisation ou décentralisation ?

Préface de **Henri Guitton**
de l'Institut

8° R
93979

ECONOMICA
49, rue Héricart, 75015 Paris

01-04-05-1987-14744



© Ed. ÉCONOMICA, 1986
Tous droits de reproduction, de traduction, d'adaptation et d'exécution
réservés pour tous les pays.

A Frédérique,
Stéphanie
Nicolas,
Matthieu.

Préface

D'année en année les problèmes de santé suscitent des recherches de plus en plus approfondies. Médecins et économistes se rencontrent et s'efforcent de constituer de mieux en mieux cette discipline nouvelle que l'on appelle l'économie de la santé. La tâche est difficile car chacun a son langage et ses habitudes dont il n'est pas commode de se départir et que l'autre a parfois du mal à saisir.

Le livre que j'ai le privilège de présenter est l'œuvre d'un professeur de science économique dont je suis et apprécie les travaux. Nous sommes ensemble pénétrés des mêmes inquiétudes et animés de semblables espoirs. Nous nous demandons si les principes et les mécanismes que nous enseignons en économie générale peuvent servir de base à l'économie de la santé. Cette économie générale a dégagé ses réflexions à partir des problèmes matériels. Or la santé est d'une autre nature, elle met en jeu l'homme et son mystère. Ni elle ne se vend, ni elle ne s'achète. Mais voici que dans les présentes années pour entretenir la santé, il faut engager des dépenses. C'est précisément devant l'accroissement de ces dépenses que l'économiste prend peur. On parle de plus en plus de les maîtriser. Et c'est ainsi qu'apparaît le titre de cet ouvrage : planification, décentralisation, système. Ce sont les termes qui sont au cœur de tout problème économique contemporain.

La plupart des ouvrages qui chaque année paraissent nous font connaître les données fondamentales de l'économie de la santé. Il fallait bien commencer par là et se livrer à une statistique descriptive. Le présent livre se situe à un autre niveau : celui de la pensée d'un système. C'est ainsi que les concepts sont dégagés. Les grands penseurs auxquels nous nous référons sans cesse sont évoqués : Walras, Pareto, Edgeworth, Lange et plus près de nous Arrow, Debreu, Malinvaud.

La question est posée. Un système de santé se fondera-t-il sur l'idée de marché ou sur celle de direction centralisée ? On sait l'emprise nouvelle qu'a sur nos esprits dans la période que nous

traversons, la notion de marché. Lorsque règne ce qu'on nomme la concurrence pure et parfaite, nous avons coutume d'enseigner que la perfection se réalise. Pour employer l'expression qui a fait fortune, l'allocation de ressources est la meilleure qui puisse être. Quand on emploie le mot de marché, c'est bien à cet optimum que l'on pense. Mais les économies réelles ne ressemblent pas à celle des théoriciens. Michel Mougeot en est bien conscient. Tout au long de ces pages il analyse les autres formes de marché que celle de la concurrence parfaite. Il aurait pu nous en donner la typologie qui aurait éclairé davantage ses propos : le monopole le mieux connu, le monopsone, le monopole bilatéral, l'oligopole. Il n'est pas sûr que ces autres formes réalisent la perfection.

Et cependant je suis frappé par le désir qu'il a de trouver, au travers des imperfections de la centralisation, des formes de contrats qui se rapprochent d'une certaine perfection. Mais la régionalisation dans un pays comme la France qui n'a pas de grandes dimensions, et qui est soumis à de vieilles habitudes, est bien difficile à mettre correctement sur pieds.

Je crois que l'apport le plus original et le plus précis de l'auteur se trouve dans les pages où les concepts nouvellement nommés de sélection adverse (Akerlof, 1970) et de risque moral (Arrow, 1963) sont analysés. Je vois plus précisément encore comment une certaine concurrence pourrait être introduite dans le système sans qu'il y ait marché véritable. Il convient d'améliorer sans cesse l'information, de relier la décision de dépenses à la responsabilité financière. L'exemple des H.M.O. américains peut être francisé. L'idée des schémas contractuels incitatifs est particulièrement suggestive.

Je suis pour ma part moins réticent que Michel Mougeot à l'égard d'un Comité des Sages préconisé par R.J. Launois. Sans doute on peut se demander comment un tel comité serait capable de déterminer par avance les coûts du système, mais de même qu'il existe une jurisprudence pour adapter constamment une législation souvent confuse aux réalités, pourquoi n'existerait-il pas une Économie-Prudence de la Santé ?

Je me réjouis que plusieurs de mes collègues des générations qui ont remplacé celle dont je faisais partie, se consacrent à cette noble tâche. Robert J. Launois vient lui aussi, dans un livre de cette même année, de lancer l'idée des Réseaux de soins coordonnés, médecine de demain. C'est bien le concept de « quasi-marché » qui est en cause. Mougeot et Launois l'analysent avec soin.

S'adressant à un public plus large que les seuls spécialistes, Michel Mougeot n'utilise pas le langage mathématique qui peut être rebutant et qui n'est pas toujours nécessaire. Il préfère les organigrammes et les images fléchées, sans dédaigner les tableaux chiffrés, lorsqu'ils permettent de mieux comprendre. Il n'emploie pas trop les expressions qu'apprécient les plus jeunes, et que certains

pourraient qualifier de jargon. Il se croit toutefois contraint de parler de « dysfonctionnement », de même d'« observabilité » et d'« irréalisabilité », mot plus facile à lire qu'à prononcer.

Les Français ont été en retard pour donner des assises solides à l'économie de la santé. Je prends conscience que le retard est déjà en partie rattrapé. Mougeot, et ceux qui vont l'imiter, vont progressivement devenir l'égal des Fetter, des Rodwin, des Enthoven, les maîtres anglo-saxons.

Comment ne pas s'en réjouir ?

Henri Guitton
de l'Institut

Avant-propos

« ... la beauté du cosmos est donnée non seulement par l'unité dans la variété, mais aussi par la variété dans l'unité. »

Umberto Eco,
Le nom de la rose

Ce livre est le fruit d'une réflexion suscitée par un voyage d'exploration dans les territoires mystérieux du système de santé. Il vise à rendre compte, de façon simplifiée et unifiée, des problèmes de ce système considéré comme un ensemble d'agents décentralisés poursuivant des objectifs divergents en situation d'information imparfaite. Il cherche à expliquer, dans le cadre général des théories de la planification, les difficultés de régulation des dépenses de soins par l'impossibilité de décentraliser les décisions et par l'existence de comportements stratégiques des acteurs.

Bien que fondé sur une analyse rigoureuse et formalisée, le langage utilisé dans cet ouvrage est délibérément simple et accessible aux non-spécialistes. Toutefois, comme c'est souvent le cas lors des expéditions en des lieux mal connus, les impressions immédiates l'emportent parfois sur l'analyse au sens le plus strict. Les problèmes de l'économie médicale frappent, en effet, à cet égard, par un décalage extraordinaire entre leur importance, considérable, et la manière imprécise dont ils sont posés, d'où une double impression spontanée d'ambiguïté et de gravité.

Le sentiment d'ambiguïté que ressent le profane concerne aussi bien les concepts que les objectifs ou les moyens du système de santé. L'imprécision des concepts est considérable : la lecture de la littérature fait apparaître des discussions interminables sur la définition d'un état de santé, sur la spécification des besoins, sur les déterminants de la demande, sur la mesure de ces variables. La notion d'état de santé est, à ce propos, significative. Si l'on

retient la définition de l'O.M.S.[1] la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités. Il est immédiat qu'une telle définition renvoie à des critères multiples et flous, l'état de bien-être physique, mental et social dépendant de facteurs biologiques, sociologiques (conditions de vie et de travail), alimentaires ou psychologiques.

Devant l'imprécision du concept, les économistes ont cherché à mesurer la santé par son négatif (déficiences, maladies, handicaps, ... etc.) apprécié par l'intermédiaire du recours aux services du système de soins. Il en résulte une multiplication des sources d'ambiguïté : déviation de la mesure par rapport à la définition elle-même qui spécifie que l'absence de maladie ou d'infirmité ne suffit pas à caractériser le bien-être, déviation tenant à la perception par l'individu lui-même de son état et au caractère subjectif de cette perception[2] déviation associée à l'influence de l'offreur sur la consommation de soins. Ainsi, *on mesure l'état de santé par l'état de non santé, la demande par l'offre, l'output par les inputs*, toutes ces variables étant influencées, de façon considérable, par la perception qu'en ont les individus.

Dans ce contexte, l'analogie qui vient immédiatement à l'esprit, consiste à rapprocher les soins médicaux des services de réparation, notamment automobile. De nombreuses particularités de ce secteur se retrouvent dans le domaine de la santé :

— différenciation (objective ou subjective) des produits,
— incertitude sur la qualité du produit (l'information sur la qualité des médecins étant de même nature que l'information sur la qualité des garagistes), incertitude renforcée par l'aspect psychologique de l'appréciation de l'état de santé perçu.
— difficulté de la mesure du service qui ne peut être qu'indirecte donc imprécise (un malade sortant de l'hôpital pouvant être sujet à une rechute le lendemain comme une voiture sortant du garage peut retomber en panne si le médecin ou le garagiste n'ont pas soigné ou réparé la bonne pièce) ou effectuée par l'intermédiaire des inputs donc sans signification (puisque le coût augmente avec l'inefficacité ou l'incompétence)

L'analogie est toutefois insuffisante pour plusieurs raisons. D'une part, le rôle des assurances dans le financement n'est pas le même dans les deux secteurs. Dans le cas des automobiles, seul le risque d'accident est généralement couvert et non celui de dégénérescence du matériel. Par ailleurs, si l'on admet que les primes

1. Constitution de l'O.M.S., annexes, 1946.

2. Un représentant d'un syndicat de médecins déclarait récemment que l'accroissement des dépenses de santé était dû à une baisse du seuil de tolérance à la maladie. En suivant cette logique, on peut aussi considérer que l'expansion des ventes de Coca Cola est due à une baisse du seuil de tolérance à la soif.

varient avec la cylindrée ou le risque pour les véhicules, on rejette généralement cette différenciation pour la santé. D'autre part, le système de prix ne joue pas de la même façon dans les deux cas, en raison des fonctions collectives du système de santé : on accepte la variation des prix des services de réparation selon la situation du marché alors qu'on l'exclut pour les soins. Dès lors que la collectivité intervient dans le financement par des procédures redistributives, elle assure un contrôle de certaines variables. Aux caractéristiques de différenciation des produits, d'incertitude sur la qualité, de discrimination propres à tous les marchés des services de réparation s'ajoutent donc des traits spécifiques liés au concernement collectif des soins médicaux.

Ces propriétés ont toutefois des conséquences importantes quant aux objectifs et aux moyens mis en œuvre par le système de soins. Dès lors qu'il y a incertitude sur *l'objet* du système, sur la *qualité* du service et sur le *résultat* et qu'il n'y a pas de marché pour coordonner les choix, il y a ambiguïté sur la finalité même du système. Lorsque l'individu s'adresse à un praticien, il cherche une amélioration de son état de santé perçu, c'est-à-dire une différence positive entre deux états. L'offreur lui vend des facteurs susceptibles de provoquer cet écart en cherchant à obtenir un certain revenu ou à améliorer sa position dans une structure bureaucratique. Quant à la collectivité représentée par l'État ou par les organismes de Sécurité Sociale, elle s'intéresse à la réalisation d'un certain état global de santé compatible avec les équilibres financiers.

Les différents partenaires sociaux n'ont donc pas les mêmes objectifs : l'offreur ne fournit pas nécessairement au demandeur ce qu'il espère et la collectivité ne s'intéresse pas forcément à l'état de santé perçu par celui-ci ou aux inputs vendus par celui-là. La situation des agents vis-à-vis du risque est symptomatique de ces divergences d'approche : si les agents concernés sont généralement caractérisés par une aversion vis-à-vis du risque, la collectivité qui « raisonne » en moyenne est moins sensible au risque perçu individuellement.

Cette ambiguïté sur les concepts est par ailleurs influencée par les comportements irrationnels de tout individu face à la douleur, à la maladie ou à la mort. Il en résulte des décalages entre les faits et les mots, ce qui ne facilite pas l'analyse économique des problèmes.

Si ces problèmes sont posés de façon imprécise, il reste que leur importance et leur gravité sont considérables. D'un point de vue qualitatif, tout d'abord, il est certain que le bon fonctionnement du secteur sanitaire revêt un caractère crucial pour le maintien de la population dans un état de santé satisfaisant. D'un point de vue quantitatif, il apparaît que l'ampleur des flux financiers

qui transitent par le système de santé a des conséquences non négligeables sur la plupart des équilibres économiques. Par suite, la nécessité d'une gestion compatible avec ces équilibres semble être devenue une des caractéristiques primordiales du système de soins.

A cet égard, on assiste, depuis une quinzaine d'années, dans tous les pays, à une sorte de dérapage non contrôlé des dépenses de santé et à des tentatives multiples de maîtrise des flux. Les mécanismes institutionnels ont été, dans la plupart des systèmes, mis en cause et le dilemne régulation/concurrence est apparu au centre de nombreux projets de réformes, qu'il s'agisse de régimes centralisés ou de structures plus libérales.

Dans ce contexte, un des objectifs de ce livre est la mise en évidence des propriétés fondamentales des systèmes de santé et la recherche de modalités d'organisation permettant une meilleure maîtrise des dépenses. Il est clair qu'un économiste n'a rien à apporter aux aspects purement médicaux ou psychologiques du problème et qu'il doit prendre ces considérations comme des données. Toutefois, il est indéniable que des services se vendent, des procédés de financement sont mis en place, des arbitrages sont effectués. Des décisions à caractère médical prennent donc la forme de phénomènes économiques dont l'importance est devenue considérable. Ces phénomènes sont parfois occultés par les discours et par l'abus de formules simplistes (« le droit à la santé », « le démantèlement de la Sécurité Sociale », ... etc.). Il importe donc de montrer les limites de ces discours et de rechercher les logiques profondes des comportements des agents concernés.

Face à ces problèmes, cet ouvrage propose une tentative de réflexion exogène sur la régulation d'un système de santé décentralisé. Il fait une place importance à la possibilité d'expression de comportements stratégiques de la part des offreurs lorsque ceux-ci poursuivent des objectifs différents de ceux de la collectivité. Il convient dès maintenant de dissiper toute équivoque à ce sujet. Lorsqu'il sera question de comportements bureaucratiques des gestionnaires hospitaliers ou de la recherche d'un revenu maximal des médecins libéraux, il ne s'agira, en aucun cas, de considérer ces attitudes comme les seules motivations de ces producteurs. D'autres considérations éthiques et déontologiques fondent leurs décisions. Pour certains, les facteurs financiers ne jouent aucun rôle. Pour d'autres, ils ne sont que marginaux. Il n'empêche que globalement des comportements stratégiques apparaissent et qu'il est nécessaire d'en tenir compte pour mettre en évidence certaines modalités perverses de l'organisation du système de santé.

***

Il me reste à remercier le G.S. « Économie de la Santé » du C.N.R.S qui a permis la réalisation matérielle de cette recherche,

ainsi qu'Alain Cordier, Gérard Duru, Jean Riondet et Florence Naegelen qui m'ont fait bénéficier de leurs encouragements et de leurs remarques. Les commentaires de mes collègues Jean Benard et Robert Launois sur les propositions du dernier chapitre m'ont amené à améliorer certaines modalités des schémas incitatifs. La participation aux travaux du Groupe de travail « Décentralisation du système de Santé et de Sécurité Sociale » du Commissariat Général du Plan et les longues conversations que j'ai eu, à ce sujet, avec Marianne Berthod, chargée de mission, m'ont, d'autre part, permis d'améliorer mon information sur de nombreux points. Je voudrais enfin exprimer ma reconnaissance au Professeur Henri Guitton, Membre de l'Institut qui a bien voulu relire et commenter ce texte et m'a fait l'honneur d'en rédiger la préface. Selon l'usage, je reste, bien entendu, seul responsable des imperfections ou des défauts de l'ouvrage.

CHAPITRE INTRODUCTIF

Les problèmes contemporains des systèmes de santé

« Conception à l'hôpital. Naissance à l'hôpital. Mort à l'hôpital. La planète est déjà, sera davantage encore, un immense hôpital tournant entre la glace et la fièvre. »

Ph. Sollers,
Portrait du joueur

Un hebdomadaire annonçait récemment en couverture : Hôpital, la crise[1]. Ce thème est repris fréquemment par de nombreux auteurs à propos de l'ensemble du système de santé. J'aurais pu commencer cet ouvrage en évoquant cette crise, je ne peux m'y résoudre.

Tout d'abord, c'est devenu un lieu commun, un de ces lieux dans lesquels on se perd aisément, comme le montre bien une grande partie de la littérature qui y est consacrée, qu'elle soit journalistique ou qu'elle relève du pamphlet savant[2]. Et puis, comparativement à d'autres catégories sociales, les professions médicales — médecins, pharmaciens, dentistes — restent, en moyenne, privilégiées malgré une légère érosion de leur pouvoir d'achat et en dépit d'une démographie galopante. Certes, certaines barrières à l'entrée (numerus clausus en médecine, autorisation d'installation pour les pharmaciens d'officine, ... etc.) ont fonctionné moins efficacement dans la dernière décennie mais les mécanismes de protection de certaines positions monopolistiques continuent de jouer. Il est vrai qu'en chaque période de revendication du corps médical, on présente un médecin smicard aux populations mais l'existence d'un point extrême ne suffit pas à remettre en cause une distribution statistique des revenus caractérisés par des moyennes élevées et une concentration dans les tranches élevées de rémunération. Ainsi, en France, en 1974, le

1. *Le Nouvel Observateur*, n° 1057, 8 — 14 février 1985.
2. Pour reprendre l'expression d'A. Lipietz (1984).

revenu annuel d'un médecin était en moyenne sept fois supérieur au revenu annuel moyen d'un ouvrier. En 1979, ce revenu annuel avant impôt s'élevait à 321 000 F pour un spécialiste, à 185 600 F pour un généraliste alors qu'un cadre supérieur n'avait en moyenne que 169 000 F.

Quant à l'état de santé de la population, il ne s'améliore plus beaucoup mais comparativement à celui d'autres pays il figure à un niveau honorable. J. de Kervasdcue ne déclare-t-il pas « Nous avons une des deux ou trois meilleures médecines du monde. Tous ceux qui ont besoin d'un rein artificiel en ont un, tous les hémophiles sont soignés, tous ceux qui en ont besoin passent par un service de réanimation »[1]!

L'industrie pharmaceutique est relativement prospère, l'emploi dans le secteur hospitalier a connu une croissance non négligeable, les comptes de la Sécurité Sociale sont même équilibrés (ou presque).

La crise n'est donc pas si apparente ou pas encore. D'ailleurs crise de quoi ? du système hospitalier ? du système de santé ? de la Sécurité Sociale ? de l'État providence ? d'un mode de régulation monopoliste du rapport salarial fondé sur l'élargissement du salaire indirect ? Des simples difficultés financières ou de fonctionnement à la crise de société, l'éventail des problèmes est bien large. De plus, quelle que soit l'approche adoptée, on constate l'importance des jugements de valeur : s'il y a dysfonctionnement du système de santé ou crise, cela tient à une comparaison entre un système réel et un système idéalisé dans lequel..., dans lequel quoi, au fait ? Quels critères de jugement doit-on retenir pour apprécier le fonctionnement de ce système ? Si les points de vue normatifs abondent, force est de reconnaître qu'ils relèvent souvent du discours subjectif, qu'il émane de ceux qui vivent de la production de soins et transforment leur source de revenu en dépense sociale obligatoire pour les autres groupes sociaux, ou qu'il émane de ceux qui financent la protection sociale et n'y voient qu'un facteur d'accroissement de leurs charges. Sur le plan rhétorique, l'ambiguïté des critères est totale et l'on tombe vite dans le dogme et l'idéologie[2].

La pluralité des fonctions du système de soins se traduit naturellement par une pluralité de finalités. L'équilibre entre les coûts supportés et les services rendus variant considérablement selon les catégories d'agents ou selon les classes d'âge, la multiplicité des critères d'appréciation est dans la nature des choses. Les conflits d'objectifs sont aussi des conflits entre groupes sociaux. Avant de

1. Déclaration au *Nouvel Observateur, op. cit.*
2. Comme le montrent B. Majnoni d'Intignano et J.C. Stephan (1982) à propos du discours sur la santé.

les aborder, il n'est pas inutile de clarifier le problème en rappellant les divers objectifs traditionnellement assignés à la production de services médicaux.

I. LES CRITÈRES D'APPRÉCIATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le récent rapport de la commission « régulation de l'activité et des dépenses de santé » du IXe plan s'intitulait « la santé choisie » (Giraud (1982)). Choisie ? Par qui ? Par les professions médicales qui en vivent ? Par les assurés sociaux et les entreprises qui financent ? Par l'Administration ? Par ceux qui payent ? Par les énarques ? Par ceux qui s'adressent aux producteurs de soins et qui, par définition, ont perdu cette santé ? Choisie ? En fonction de quoi ? D'un arbitrage de la société entre les dépenses hospitalières et les autres consommations ? D'un arbitrage entre les groupes sociaux bénéficiaires (médecins, personnels hospitaliers, industriels, malades, personnes âgées) et les groupes sociaux qui financent (population en bonne santé, entreprises, jeunes) ? D'une analyse rigoureuse des coûts et des avantages ? D'un choix politique implicite en faveur d'un certain mode de régulation ?

C'est pourtant un joli titre, la santé choisie, ambigu, trompeur, mais joli. Toutefois, en y réfléchissant un peu, on réalise vite que si des choix étaient effectivement offerts à la population dans des conditions normales de financement, il n'y aurait pas de difficultés spécifiques : chacun déterminerait son niveau de santé en fonction de ses préférences et en y affectant la part de son revenu correspondant à l'arbitrage réalisé entre la consommations de soins et les autres biens. Les difficultés tiennent au fait que ce schéma de la théorie des choix ne s'applique pas à la santé : d'une part, les prestations ne sont pas liées directement aux contreparties financières en raison de la médiatisation des institutions de sécurité sociale ou d'assurance maladie ; d'autre part, les choix sont restreints, la santé ne se choisit pas sinon de façon marginale, elle est liée à des phénomènes inéluctables, comme le vieillissement ou à l'occurrence d'événements relevant d'une incertitude partiellement exogène.

Le « consommateur » de soins n'est donc pas maître de ses décisions ou ne l'est que dans une faible mesure. Il ne peut donc pas s'opposer à un producteur auquel il s'adresse le plus souvent par nécessité et parfois pour des raisons urgentes et impérieuses.

Face à cette réalité terrible, le système de santé n'est qu'un vaste ensemble de palliatifs. L'efficacité de ceux-ci peut constituer un premier critère d'appréciation des performances du système.

1.1. Les objectifs médicaux

Prolonger la durée de la vie et améliorer l'état de santé de la population sont, à l'évidence, les premiers objectifs du système de soins.