

Quels enseignements pour une réforme de la santé ?

Entre 1960 et 2003, les dépenses de santé en France sont passées de 6 à 10 % du PIB. Aux Etats-Unis, la progression a été encore plus forte (de 5% à 15% du PIB). Dans tous les pays de l'OCDE, la tendance à la hausse a été très nette. Depuis 1970, les dépenses en soins médicaux se sont accrues en moyenne de 4 points de pourcentage de PIB. D'ici à 2050, compte tenu principalement du progrès technologique et de l'augmentation des revenus, les dépenses consacrées aux systèmes de santé dans les pays industrialisés devraient connaître une hausse spectaculaire qui rendra à terme leur financement difficile.

La santé est un état de bien-être physique et mental « qui permet à l'individu de vaquer à toutes ses occupations ». Le secteur de la santé englobe donc tous les biens et services que les individus se procurent pour rétablir et améliorer leur bien-être physique et mental ou pour se prémunir contre son éventuelle dégradation. Ce secteur recouvre les dépenses de santé stricto sensu, comme celles relatives aux traitements et à la prévention des maladies, mais aussi les dépenses liées au bien-être physique au sens large, comme la chirurgie esthétique et les cures de santé.

La santé constitue un bien qui est très fortement valorisé par les individus. N'a-t-on pas coutume de dire que « la santé, ça n'a pas de prix » ? Mais c'est aussi un secteur d'activité auquel on peut collectivement accorder beaucoup de valeur puisqu'il contribue à renforcer la croissance et le développement économique. En effet, on devine aisément que les personnes en meilleure santé produisent de façon plus efficace, et qu'une espérance de vie plus longue incite davantage à investir dans le capital humain (éducation). Pour toutes ces raisons, on aurait, a priori, tort de vouloir maîtriser les dépenses de santé.

En effet, pourquoi limiter une consommation de biens et de services qui génère davantage de croissance et de bien être et qui fait l'objet d'une demande croissante de la part de la population ?

Pour autant, peut-on, réellement, se permettre le luxe de dépenser sans compter ? La maîtrise des dépenses de santé ne devient-elle pas aujourd'hui nécessaire et souhaitable ? Et dans ce cas comment y parvenir ?

En réalité, il ne s'agit pas de contrôler les dépenses de santé, en soi, mais plutôt de rechercher une meilleure efficacité, face aux contraintes de financement public, pour qu'elles ne compromettent pas les objectifs de croissance économique et de justice sociale fixés par les pouvoirs publics à notre modèle social. A ce titre, les travaux développés par l'économie de la santé sont d'une grande utilité et fournissent des outils d'analyse qui permettent au débat démocratique de déboucher sur des choix de société définis collectivement en « toute connaissance de cause ». Ainsi, à titre d'illustration, on peut noter que certaines approches soulignent les gains marginaux modestes des sommes supplémentaires allouées à la santé dans les économies modernes. On constate, globalement, une absence de relation entre la progression des dépenses de santé dans les pays développés et l'amélioration effective de la santé publique. Les bénéfices en termes de santé n'apparaissent pas toujours reliés directement à la quantité de soins consommés. Dans certains cas, la santé serait plus sûrement améliorée par une augmentation des investissements collectifs dans d'autres domaines, comme le logement, le transport, l'environnement, la sécurité ou l'éducation.

Ainsi, si on accorde un prix élevé à la santé, par ses impacts positifs sur le bien-être physique et mental des individus ainsi que sur l'innovation et la croissance du pays, on ne peut ignorer, qu'elle a également un coût, qui, s'il n'est pas pris en compte, risquerait de compromettre l'ensemble du système de santé. Il est trompeur et risqué d'affirmer généreusement que la santé n'a pas de prix. Au contraire, si on lui accorde autant de valeur, il faut alors se soucier d'en déterminer le prix pour valoriser au mieux les dépenses de santé indispensables au bien être de la population.

I) La santé : un facteur de croissance et de développement économique

L'amélioration des conditions de vie est décisive pour lutter contre les maladies et les épidémies, faire baisser la mortalité et allonger l'espérance de vie. La croissance, par l'augmentation du niveau de vie qu'elle permet, a donc un effet déterminant sur la santé. Elle permet de financer les dépenses de soins, la découverte de nouveaux vaccins et de nouveaux médicaments et de développer les infrastructures de soins. Mais si la croissance est un déterminant essentiel de la santé, principalement par les moyens financiers qu'elle procure, il est important de rappeler de quelle manière la qualité du système de santé influence aussi la croissance. Les théories modernes de la croissance endogène qui incluent entre autres le capital humain comme facteur de développement et de croissance insistent sur le rôle crucial de la santé.

1) La santé est un facteur de développement économique.

Des études montrent qu'il existe un seuil de développement qui fonctionne comme une trappe à pauvreté. Il semblerait qu'il faille atteindre un niveau minimum d'espérance de vie pour amorcer un processus de développement.

Dans les pays très pauvres, l'espérance de vie étant très basse, investir dans l'éducation semble peu rentable. Une forte préférence pour le présent et la consommation immédiate fait négliger la santé ou la vie et préférer les circuits de la drogue et de la mafia à l'éducation et au travail moins rentables quand la probabilité de mourir jeune est forte. Certains travaux ont établi que les systèmes éducatifs dans les pays pauvres ne commencent à devenir vraiment efficaces que lorsque l'espérance de vie dépasse 55 ans. Un individu qui n'a que 40 ans à vivre ne poursuivra certainement pas ses études jusqu'à 28 ans. L'allongement de la durée de la vie a donc des effets positifs sur la croissance et le développement économique des pays en voie de développement. Dépenses de santé et d'éducation sont donc complémentaires. L'OMS et la Banque mondiale découvrent depuis 1990 le caractère stratégique et prioritaire de la santé dans le déclenchement du développement économique et ont adapté leurs aides à cette réalité¹.

Dans beaucoup de pays africains, le sida décime la population de plus de 30 ans indispensable au développement. Compte tenu de l'explosion démographique, la population d'âge actif de ces pays sera insuffisante en nombre pour remplir à la fois les rôles de main d'œuvre, d'éducateur et de soignant. Les dépenses de soins et la prise en charge des orphelins évincent les investissements en infrastructures, éducation et production ; l'épargne nationale diminue ; l'ensemble compromet la croissance. La malaria, la tuberculose et les infections ont des effets aussi dévastateurs. La santé est donc un facteur clé du processus de développement et les grandes pandémies, sida, malaria, tuberculose bloquent celui de l'Afrique.

S'il y a une prise de conscience de ces handicaps, l'aide publique doit être plus massive et rapidement déboursée en faveur des pays les moins avancés. Il faut accroître les dépenses publiques en faveur des infrastructures économiques et sociales pour sortir les PMA de leur piège à pauvreté. La faiblesse de leur capital physique et humain (santé et éducation) provoque une faible productivité, qui engendre peu d'investissements directs étrangers et donc un faible niveau de revenu...

Toujours est-il, quel que soit le pays, une population active en bonne santé constitue un facteur d'accroissement de la quantité et de la qualité de l'offre de travail indispensable à la croissance économique.

¹ Rappelons le désastre sanitaire et économique de l'Afrique. Ce continent compte 28 millions de sidéens, sur 40 dans le monde. Le Botswana, le Zimbabwe (37 et 25% de séropositifs), l'Afrique du Sud (21%)... Un pays dont plus de 25% de la population d'âge actif (15 à 50 ans) est séropositive doit inexorablement s'attendre à voir son taux de croissance économique réduit.

2) La santé est un facteur de croissance économique

Le système de soins exerce un effet d'entraînement sur toute l'économie, dans une logique keynésienne, et le niveau de santé devient endogène au processus de croissance.

Le secteur de la santé est une branche d'activité qui emploie 1,1 millions de personnes en France, soit 9% de la population active. A titre de comparaison, le bâtiment et génie civil en emploie 1,4 million et le commerce 2,7. Les emplois de la santé augmentent plus vite que dans les autres secteurs. La branche santé fournit 6% de la valeur ajoutée nationale française, le double de l'agriculture et 50 % de plus que l'énergie. Les soins utilisant peu d'importations, ne détériorent pas la balance des paiements. Ce secteur serait également un parfait stimulant de la demande de nouvelles technologies, que ce soit en matière pharmaceutique, au niveau des appareillages technologiques à l'hôpital, ou pour la construction de systèmes modernes d'informations. Il est relativement riche en emplois non délocalisables.

Par ailleurs, selon une logique plus « néoclassique » cette fois-ci, le secteur de la santé (avec l'éducation) intègre les principaux facteurs explicatifs de la croissance endogène, que sont la recherche, le capital humain et les infrastructures publiques. En effet, quel que soit le système de santé envisagé, les dépenses publiques affectées à la santé sont toujours parmi les plus importantes, la recherche est omniprésente dans ce secteur et enfin, si l'on considère la santé comme un capital, il n'en demeure pas moins que concernant le capital humain, son accumulation est conditionnelle à l'état de santé. L'investissement en capital humain (santé) a des effets externes positifs sur les possibilités de production, ce que les individus et les entreprises ne prennent pas en considération. C'est donc à la puissance publique de prendre les mesures requises pour permettre une meilleure allocation des ressources.

Ainsi, une population ayant une forte préférence pour le futur, qui investit dans sa santé, bénéficie a priori d'une meilleure santé et d'une croissance économique plus forte et plus riche en emplois.

Mais différents modèles économiques font apparaître des rendements décroissants des dépenses de santé (exigeant de plus en plus de moyen pour un même effet de santé) et mettent en évidence un seuil de dépenses de soins à partir duquel peuvent apparaître des mécanismes pervers.

3) Les contraintes liées aux conditions de financement

Dans les pays européens où les soins sont financés par des prélèvements obligatoires, les cotisations sociales ou les impôts pèsent lourdement sur les salaires et les revenus et peuvent contraindre la croissance et bloquer l'emploi. Les prélèvements obligatoires étant limités, les dépenses de santé concurrencent alors les retraites, la recherche et l'éducation. Les dépenses d'éducation et de santé deviennent substituables et non plus complémentaires : trop de soins limitant l'éducation, donc l'accès à la formation dont la population jeune tire le plus grand parti, compromettant la croissance et donc à long terme, l'évolution de l'état de santé lui-même. Cela justifie que certains pays très avancés cherchent à maîtriser cette charge, surtout en Europe.

En effet, aux Etats-Unis, où le système de santé est financé en majorité par le secteur privé, les dépenses de soins restent au contraire favorables à la croissance, quel qu'en soit l'effet sur la santé générale de la population et l'accès aux soins, puisqu'il s'agit d'une demande solvable marchande, essentiellement financée sur fonds privés. Ainsi, la hausse des dépenses de santé correspond aux désirs des individus, au fur et à mesure qu'ils s'enrichissent, de consacrer une part toujours plus grande de leurs revenus à un bien considéré comme supérieur. Lorsque le niveau de vie s'élève, les gens dépensent une part croissante de leurs revenus pour la santé, parce que leurs dépenses additionnelles de consommation de

biens matériels leur apportent, en proportion, de moins en moins de satisfaction, contrairement aux dépenses de santé : « Qu'est-ce qui est plus important pour nous lorsque nous devenons plus vieux et plus riches : une troisième voiture, un autre téléviseur, de nouveaux vêtements, ou bien une année de vie supplémentaire ? » Ainsi, forts de cet enseignement deux experts de l'université de Berkeley, ont estimé que la part du PIB consacrée aux dépenses de santé allait passer, aux Etats-Unis, de 15 % aujourd'hui à plus de 30% en 2050. Mais selon cette « logique américaine », il est vain et erroné de vouloir à tout prix stopper cette hausse des dépenses de santé financées sur fonds privés. La tendance à consacrer à la santé une part croissante des revenus est souhaitable car, selon R. Hall et C. Jones, « les hommes désirent accéder aux nouvelles technologies médicales, fussent-elles coûteuse ».

Dès lors que ce choix, pour les raisons de croissance et de bien-être individuel invoquées ci-dessus, est celui exprimé par la majorité des citoyens, comme c'est le cas aux Etats-Unis, la maîtrise des dépenses de santé n'est pas nécessairement justifiée. En revanche, pour la France, dont le système repose essentiellement sur un financement public et sur des objectifs d'efficacité et d'équité, les pouvoirs publics ne peuvent s'exonérer de l'obligation de vouloir maîtriser les dépenses de santé.

II) Le coût de la santé

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, dans l'ensemble des pays développés, la dépense courante de santé a, jusqu'à la fin des années 1980, connu un rythme de croissance supérieur à celui de l'ensemble de la richesse nationale, et a donc mécaniquement tendu à représenter une part toujours plus importante du PIB. Les dépenses de santé représentent dans la plupart des pays développés de l'ordre de 7,5% du PIB (Grande-Bretagne) à 15 % (Etats-Unis). Rappelons que ce chiffre est en augmentation dans de nombreux pays : ainsi en 1970, la France consacrait 5,6 % de sa richesse à la santé ; en 2005 cette part est de 10 %.

Cette demande de biens et services médicaux, en expansion continue, a pour l'essentiel été financée aux travers de mécanismes collectifs de prélèvements obligatoires, fondés selon les pays sur l'impôt ou sur des cotisations sociales pour les différentes catégories socioprofessionnelles. Aujourd'hui, à l'exception des Etats-Unis où les assurances publiques Medicare (pour les personnes âgées de 65 ans et plus) et Medicaid (pour les personnes démunies) représentent un peu moins de la moitié des dépenses, la part des financements publics dans le total des dépenses de santé dépasse les 50 % dans tous les autres pays de l'OCDE, et même 70 % dans la plupart des pays européen (90% en Grande-Bretagne).

Dans un contexte marqué par des préoccupations croissantes devant le poids des prélèvements obligatoires et du déficit des finances publiques (cf. « Le trou de la sécurité sociale » provoqué par des dépenses qui ne cessent de croître et des recettes en diminution du fait du ralentissement économique de la stagnation de la masse salariale sur laquelle sont prélevées les cotisations et d'une baisse du nombre de cotisants avec l'augmentation du chômage), la combinaison des phénomènes de hausse des dépenses de santé et de leur financement public a conduit tous les gouvernements des pays développés à faire de la « maîtrise des dépenses de santé » un objectif prioritaire. D'autant plus que le basculement progressif du financement public vers le financement privé pose le problème de l'équité. En effet, pour les riches, les fonctionnaires ou ceux travaillant dans une entreprise proposant des contrats d'assurance santé collectifs, la privatisation du financement n'a pas les mêmes répercussions que pour les petits artisans et commerçants, les couches populaires de la société, et plus encore les exclus.

En s'appuyant sur les travaux théoriques et empiriques des sciences économiques de la santé, les politiques de maîtrise des dépenses ont commencé à porter leurs fruits à partir du

milieu des années 1990. Il a fallu pour cela identifier, dans un premier temps, les principaux facteurs responsables de la hausse de la consommation des biens et des services médicaux.

1) Les facteurs responsables de la croissance des dépenses de santé

Contrairement à une idée reçue, le vieillissement démographique de la population n'a eu qu'un impact limité. Des études montrent que la probabilité de voir sa santé se dégrader ou d'avoir besoin d'un traitement à un certain âge décroît depuis plusieurs années. Une personne ayant 65 ans aujourd'hui occasionnera des coûts plus élevés qu'un jeune de 25 ans, mais plus faibles que son homologue, dans le même système de santé trente ans auparavant. Certaines recherches suggèrent même que les problèmes de santé qui se posent à un âge de plus en plus élevé, s'atténuent dans les dernières années de la vie.

Ce sont plutôt, d'une part, la hausse générale du niveau de vie et des revenus et, d'autre part, le progrès technique médical qui constituent les déterminants essentiels de l'augmentation des dépenses de santé. En effet, l'élasticité-revenu de la consommation de biens et de services médicaux, c'est-à-dire la variation en pourcentage de la dépense de santé consécutive à une hausse de 1% du revenu réel, est supérieur à l'unité, ce qui est caractéristique des biens dits « de luxe ». Les dépenses de santé augmentent donc proportionnellement plus que le revenu.

Le progrès médical contribue pour une part qui va du tiers à la moitié de la hausse des dépenses. Les nouvelles technologies peuvent à la fois engendrer des coûts et les réduire.

An niveau microéconomique, le progrès des techniques médicales réduit le coût des soins. Des méthodes de diagnostic médical plus performantes peuvent permettre de détecter des maladies plus tôt, ce qui rend leur traitement plus rapide et moins lourd. Le coût unitaire d'un soin (d'une prévention) s'écrit comme le rapport entre la dépense engagée et un indice d'efficacité, lui-même fonction de trois paramètres : le taux de succès de la technique ou du médicament, l'espérance de survie attendue et la qualité de cette survie.

$$\text{Coût d'un soin} = \frac{\text{dépense engagée}}{\text{Efficacité}}$$

A un taux de succès supérieur, une survie plus longue et de qualité meilleure, la santé devient moins coûteuse. Les trois paramètres évoqués ci-dessus s'améliorent avec le temps et l'expérience. Seule la médecine inefficace coûte cher. Cela justifie la fermeture des centres peu performants et le refus de rembourser les médicaments n'ayant pas fait preuve d'efficacité. Dans le cas de la greffe du foie, le taux de survie à cinq ans varie de 40% à 90% selon les centres. Les exemples de progrès techniques médicaux se faisant à coût décroissants abondent. L'IVG par RU486 est plus léger que par aspiration. La dilatation coronarienne en cardiologie exige moins de moyens et provoque un arrêt plus court que le pontage. Les dépenses de médicaments, de technique et d'analyse peuvent augmenter, mais la dépense hospitalière et les arrêts de travail diminuent, réduisant dès lors le coût social total.

Cependant, le progrès technologique est aussi générateur de coûts. Certains scanners peuvent coûter plus d'un million d'euros, soit une charge considérable pour les budgets. Et la grande majorité des actuels progrès diagnostiques et thérapeutiques obéissent plutôt à une « loi des rendements décroissants ». Ce qui inévitablement entraîne au bout d'un certain temps une augmentation du coût moyen. C'est le cas par exemple des progrès thérapeutiques en cancérologie des années 1990-2000. L'adjonction d'une hormonothérapie et d'une chimiothérapie aux traitements chirurgicaux et radiothérapeutiques standard des cancers du sein permet des gains significatifs en survie pour des coûts limités (de l'ordre de 10 000 à 15 000 euros par année de vie supplémentaire gagnée) dans le groupe de patientes pour lesquelles l'efficacité ajoutée de ces traitements est maximale. Mais dès que ceux-ci sont étendus à des patientes qui présentent d'autres caractéristiques d'âge ou pronostic biologique ou clinique de leur cancer, les coûts supplémentaires par année de vie gagnée augmentent de

façon exponentielle d'un facteur de 10 voire de 100. Ainsi, sur le plan macroéconomique, des difficultés d'évaluation (absence d'un véritable contrôle de gestion) et d'application expliquent que le progrès technique soit un facteur majeur des dépenses de santé. Ainsi les produits et les techniques obsolètes s'ajoutent aux technologies nouvelles plus performantes. Les techniques se diffusent en dehors des indications médicales pour lesquelles elles ont fait la preuve de leur efficacité : 40 à 50% des médicaments anti-ulcéreux seraient prescrits sans raison. Le pontage a trouvé de nouvelles indications : sujet âgé, intervention plus complexes et risquées, en phase aiguë d'infarctus du myocarde...avec des risques supérieurs et des coûts plus élevés.

Les comparaisons internationales ont également confirmé que l'organisation nationale du système de santé et les modes de tarification et de rémunération des établissements et des professionnels de la santé, influencent de façon significative la variabilité des dépenses. Les pays, comme le Royaume-Uni, qui promeuvent le rôle des médecins généralistes qui orientent obligatoirement l'accès des usagers à la médecine et aux plateaux techniques spécialisés et ceux, comme le Royaume-Uni encore, le Danemark, l'Italie ou les Pays-Bas, dont les professionnels de la santé sont rémunérés au forfait (par exemple par capitation, en fonction d'un nombre de patients à soigner) plutôt que sur la base d'un paiement à l'acte, tendent à présenter un moindre niveau de dépenses...

2) Niveau des dépenses et qualité des systèmes de santé

Jusque vers la fin des années 1950, la formidable progression de l'espérance de vie obtenue dans les pays européens a résulté pour l'essentiel de l'effondrement des maladies infectieuses dans la mortalité. Certaines innovations médicales ont directement contribué à une accélération de la chute de la mortalité pour des causes spécifiques (par exemple, la brusque chute de la mortalité par tuberculose dans les pays européens à la suite de l'introduction des premiers antibiotiques à la fin des années 1940). D'autres études, menées par des épidémiologistes, ont montré que le progrès médical ne jouait qu'un rôle secondaire dans l'état de santé de la population, qui dépend avant tout de l'amélioration du régime alimentaire et des conditions de vie et d'hygiène.

L'amélioration de l'état de santé, mesurée par les principaux indicateurs collectifs (espérance de vie et mortalité), paraît bien liée à la croissance du niveau des dépenses de santé, elle-même parallèle à la croissance du niveau de vie mais cela n'est vérifié qu'en dessous d'un certain seuil (« deuxième seuil ») qui n'est pas, comme nous l'avons vu, encore atteint par les pays en voie de développement. La relation statistique significative entre le niveau des dépenses de santé et celui de la mortalité, comme des autres indicateurs, tend à disparaître pour les pays développés. Le classement des systèmes de santé sur la base de leur performance globale, présenté en 2000 par l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.)², établit une hiérarchie qui s'écarte de celle qui découlerait du niveau de dépense de santé par habitant : la France et l'Italie devançant nettement l'Allemagne et les Etats-Unis qui, en dépit de leurs dépenses plus élevées, pointent respectivement aux 25^e et 37^e place du classement mondial.

Par ailleurs, l'analyse globale des dépenses de santé ne permet pas de prendre en compte la disparité des situations et l'inégalité des individus devant la santé, qui joue au détriment des plus défavorisés. Celle-ci ne s'est pas atténuée au cours du XXe siècle. En France, par exemple, la probabilité de décéder avant 60 ans demeure aujourd'hui près de 2,5 fois plus élevée pour un homme appartenant à la catégorie ouvrier-employés que pour un cadre supérieur ou un homme exerçant une profession libérale. Les inégalités face à la mort semblent même s'accroître, dans la mesure où les catégories les plus favorisées continuent de bénéficier plus que les autres de l'allongement de l'espérance de vie dans les pays

² www.who.int

développés. De tels constats suggèrent bien qu'une poursuite sans frein de la hausse des dépenses de santé ne se traduira pas forcément par des progrès significatifs de la santé publique. Il ne faut pour autant en conclure à l'inutilité des progrès de la prise en charge des maladies par le système de santé. Des progrès en matière de soins médicaux peuvent être réalisés pour faire baisser « les taux de décès spécifiques » en luttant par exemple contre les « épidémies industrielles »³.

Les économies développées génèrent des maladies dues à la consommation de produits à risques « liés au mode de vie moderne ». Les classiques maladies professionnelles et accidents du travail dans l'industrie font peu à peu place au stress et au mal de dos dans les emplois de services. Les « nouvelles épidémies » sont liées aux produits suivants : le tabac (cancers, maladies respiratoires et cardio-vasculaires) ; les automobiles (accident) ; l'alcool (cirrhoses, violences et accidents de la circulation) ; les films au cinéma, à la télévision et sur internet (violence) ; les rames personnelles ; les drogues (morts subites, handicaps et délinquance) ; les aliments industriels (obésité, maladies cardio-vasculaires et diabète)...

Ces « épidémies » engendrent un coût social et économique souvent sous-estimé et mal perçu. La Banque mondiale, intégrant les pertes de vies humaines valorisées, estiment que le coût des accidents de la route aux Etats-Unis à 3,6% du PIB en 1993. Les européens situent ce coût autour de 2,3% du PIB pour l'ensemble du continent. Pour la France, P. Kopp et P. Fenoglio présentent dans le détail les coûts sociaux de la consommation de drogues, licites et illicites. Ils valorisent les pertes de production (la moitié du coût total), le coût des accidents (élevé pour l'alcool) les dépenses de soins (fortes pour le tabac)...Le total atteindrait 2,7 % de la production nationale. Quelles que soient l'approche et la méthode d'évaluation ces comportements à risques apparaissent comme un formidable gaspillage de ressources et de vie humaine. L'OCDE classe la France au 13^e rang pour l'espérance de vie des hommes, gâchée par l'alcool, le tabac et les accidents de la route, alors qu'elle nous situe au troisième rang pour celle des femmes, qui prennent moins de risques.

Ainsi, il apparaît cette fois-ci, clairement, que la santé et le bien-être des individus peuvent être plus sûrement améliorés par une augmentation des investissements publics dans d'autres domaines, comme par exemple le transport ou l'éducation. Par conséquent, le système public de santé ne peut faire l'économie d'une réflexion sur les moyens de poursuivre son action avec le maximum d'efficacité.

I) La maîtrise des dépenses de santé.

Une hausse des dépenses de santé, lorsqu'elle est supérieure à l'accroissement de la richesse, se traduit dans les systèmes européens par une hausse de la dépense publique, et ipso facto des prélèvements obligatoires⁴, pouvant engendrer une perte de potentiel de croissance entraînant un risque pour l'équité.

Avant de voir comment maîtriser les dépenses, montrons que le basculement du public vers le privé du financement des dépenses de santé ne constitue pas nécessairement un moyen efficace sur le plan économique et social.

1) Santé et défaillances du marché : la nécessité de l'intervention publique

La plupart des économistes de la santé ont démontré qu'une organisation efficiente et équitable des systèmes de santé ne pouvait majoritairement reposer sur le recours aux marchés privés, et qu'une intervention régulatrice forte de la puissance publique s'avérait indispensable. La justification de « l'échec du marché » ou de son incapacité à fournir une

³ Béatrice Majnoni d'Intignano (2007)

⁴ La réaffectation des recettes d'un budget vers un autre est très difficile à mettre œuvre, et donc improbable sur le plan politique. Mais, elle est aussi peu souhaitable d'un point de vue sanitaire, lorsqu'on s'intéresse aux dépenses publiques d'éducation, de sécurité ou d'environnement.

solution optimale à l'organisation de la production et de la consommation repose sur deux types d'arguments : la présence d'externalités, d'une part, les asymétries d'information et leurs incidences contractuelles d'autre part.

En présence d'externalités⁵ les prix du marché ne reflètent pas l'utilité collective. Les pouvoirs publics pourront choisir d'intervenir soit par la réglementation, soit par la taxation ou la subvention pour modifier les comportements des individus. Par exemple, ils pourront rendre la vaccination obligatoire ou la subventionner fortement. Ils pourront taxer la consommation d'alcool ou de tabac, voire interdire la consommation de certains produits (drogues). En revanche, ils soutiendront la recherche médicale ou pharmaceutique. N'oublions pas que la santé a des effets externes positifs qui, selon une logique développée par les théories de la croissance endogène, sont générateurs de croissance durable.

Ces arguments permettent de justifier certaines interventions publiques mais ne suffisent pas à expliquer la mise en place d'une couverture d'assurance maladie publique, qui répond au souci de pallier la défaillance des mécanismes d'assurance de marché.

Les asymétries d'information et le phénomène de sélection adverse qui l'accompagne appellent l'intervention publique. Un marché concurrentiel privé d'assurance maladie est potentiellement instable. L'assureur ne connaissant pas le risque qu'il assure va proposer une police tarifée en fonction du risque moyen. Au sein de la population, les individus en bonne santé, considérant que leur risque est faible, vont juger le montant des primes demandées excessif, et vont se retirer du marché. Cela va provoquer le phénomène de sélection adverse, seuls les risques élevés décidant de s'assurer. La population assurée ayant en moyenne un risque plus élevé, le coût élevé des primes va entraîner une fuite des individus au risque relatif le moins élevé. De bout en bout, la couverture offerte aux risques élevés sera en fait coûteuse et réduite. La sélection adverse peut être en partie contournée par le système des franchises avec des primes plus faibles proposées aux bas risques. Cependant, les bas risques sont pénalisés puisqu'ils ne peuvent pas bénéficier d'une couverture complète du fait d'une franchise élevée.

Mais la recherche d'une solution privée touche particulièrement les hauts risques, les individus en moins bonne santé, qui risquent de faire l'objet d'une stratégie de différenciation de la part des assureurs. Les techniques de sélection et de différenciation des risques sont à la base du métier d'assurance. Elles ont d'ailleurs conduit les sociétés à engager des investissements massifs en systèmes informatiques, constitutions de bases de données, méthodes statistiques et actuarielles pour combler leur déficit d'informations. Ainsi, en matière de santé, le marché concurrentiel d'assurance va en fait se trouver confronté à une logique d'écramage. La logique concurrentielle tend, de façon très claire, à exacerber la sélection et la différenciation des risques, qui entraîne une diversification maximale des montants de prime en fonction de la situation médicale de l'assuré. Les individus très malades risquent soit d'avoir à payer des primes très élevées, soit de ne pas trouver d'assureur acceptant de les couvrir.

Dès lors, sur un marché concurrentiel, les personnes aux revenus faibles et à la morbidité⁶ élevée seront très mal couvertes et protégées, alors que les meilleurs risques, souvent les personnes aux revenus les plus élevés, le seront mais souvent au prix d'une couverture coûteuse. La fonction de mutualisation du risque, raison d'être de l'assurance, ne peut s'exercer de façon pleinement satisfaisante dans un contexte concurrentiel sans intervention publique. L'intervention publique vise donc à limiter les défaillances du marché sur le plan

⁵ On appelle externalité, l'impact qu'exerce l'action d'un agent sur un autre, sans qu'il en tire le moindre bénéfice (s'il s'agit d'externalité positive : innovation, éducation, santé) ou qu'il en paie le préjudice (s'il s'agit d'externalité négative : pollution, contamination virale...). Cet impact n'est pas pris en compte par le marché ou le système de prix.

⁶ Ensemble des causes qui peuvent produire une maladie

économique mais aussi sur plan social. En effet, le domaine de la santé est caractérisé par de fortes préoccupations redistributives. On assigne, ainsi, au système d'assurance maladie un objectif d'équité qui vise également un accès universel aux soins.

L'intervention publique peut donc s'organiser de multiples façons :

- Une simple régulation du marché privé de l'assurance, en imposant par exemple simultanément une obligation d'assurance pour tous les individus et une obligation d'assurer pour les assureurs, tout en fixant un plafond pour les primes demandées. « Ce type de régulation peut se révéler coûteux et lourd en pratique, et d'un impact redistributif incertain. »
- La mise en place d'une assurance publique spécifique qui ne couvre que les gros risques, les plus âgés et les pauvres, relève naturellement de la solidarité. Elle permet effectivement d'atténuer les inégalités dans l'accès au soin mais elle est rarement entièrement satisfaisante : « les systèmes de transferts pour les pauvres sont souvent de pauvres systèmes »⁷
- L'assurance publique obligatoire, qui apparaît finalement comme une solution relativement efficace et simple à mettre en œuvre : elle supprime les coûts de commercialisation et d'information induits par la concurrence et favorise les économies d'échelle. Le monopole public peut bénéficier d'un pouvoir de marché plus important facilitant sa négociation avec les médecins. Par ailleurs, cela permet de contrecarrer les effets pervers de la sélection adverse en rendant l'assurance santé obligatoire pour toute la population. Certes les faibles risques, comme les jeunes, paient une prime élevée, mais, sachant qu'ils seront un jour les plus âgés, ce système n'est pas nécessairement le plus « injuste ». Ce système, contrairement au marché, permet donc d'assurer à un « prix raisonnable » les hauts risques à faible revenu.

Néanmoins dans la réalité, l'assurance publique obligatoire n'est pas nécessairement complète. Les solutions adoptées par les différents pays avancés se traduisent par une organisation des systèmes relativement mixte, imbriquant étroitement intervention publiques et mécanismes privés, à l'efficacité économique et sociale relative. La socialisation est un facteur essentiel d'efficacité, de sécurité et d'équité. Le risque, par nature est plus facile à traiter au niveau du groupe qu'à celui de l'individu. Mais dans le même temps elle porte ses propres dangers. Le passage au collectif peut entraîner une dilution des responsabilités particulières, au risque de décourager la prévention et d'accroître le risque total.

2) La maîtrise des dépenses publiques de santé

La spécificité du secteur de la santé (externalités, asymétrie d'informations) justifie qu'on le prive de l'instrument « naturel » d'évaluation de la qualité et de l'utilité des biens produits que constituent les marchés concurrentiels et qu'on organise l'essentiel du financement des soins au travers d'un mécanisme collectif d'assurance maladie. La contrepartie inévitable de ce choix est que les risques de mauvaise utilisation des ressources sont plus élevés et les incitations à une meilleure utilisation plus difficile à obtenir

Les contraintes des systèmes publics de santé.

L'« assureur public » n'échappe pas au problème de l'« aléa moral », qui vient du fait que la passation même du contrat d'assurance peut modifier les incitations de l'individu à éviter les risques contre lesquels il s'est assuré. En matière de maladie, un comportement opportuniste de type aléa moral peut se produire de deux façons. Tout d'abord, se sachant couverte de toute façon dans l'éventualité d'un événement morbide, une personne ne sera pas incitée à augmenter ses efforts de prévention en limitant les comportements à risque ou en réclamant, par exemple, un dépistage précoce. Ensuite, l'aléa moral peut provoquer un autre

⁷ Selon l'expression de l'économiste britannique A. Atkinson

type de comportement opportuniste de la part de l'assuré. Une fois que l'individu sait avec certitude que son état de santé est affecté, il pourra être incité à « surconsommer » des soins dès lors que sa couverture lui garantit des coûts nuls ou limités pour toute consommation supplémentaire.

Contrairement à l'assureur privé, l'assureur public qui souhaite contrecarrer les comportements potentiels d'aléa moral ne peut pas, par définition et pour des raisons évidentes d'équité, proportionner la prime au risque individuel ou utiliser toute autre technique discriminante. Il pourra chercher en revanche d'autres solutions où une partie seulement des dépenses est remboursée et où l'assuré social aura donc financièrement intérêt à modérer une partie de sa consommation en cas de maladie. Cela s'est donc traduit par l'introduction d'un ticket modérateur laissant une partie des soins à la charge de l'assuré. Cependant, dans la mesure où l'élasticité de la demande de soins par rapport à leurs prix est notoirement faible, il faudrait proposer une réduction drastique du niveau de couverture pour influencer durablement le comportement des assurés. Ce qui limiterait l'accès aux soins de certains et tendrait à devenir un impôt sur les malades. En pratique, si la participation des malades peut être une source de financement appréciable, elle n'est pas un instrument de régulation des dépenses satisfaisant car elle génère des inégalités et des effets pervers⁸.

Les systèmes publics de santé sont également confrontés à une autre difficulté qui rend la maîtrise des dépenses de santé encore plus problématique.

Dans la relation d'agence qui lit le patient (le principal) à son médecin (l'agent), l'asymétrie d'information qui existe dans leur relation contractuelle aboutit à des comportements qui ne sont pas nécessairement optimaux. Le praticien (malgré l'importance accordée au respect de l'éthique hippocratique et aux règles déontologiques dans la pratique médicale) peut, même inconsciemment, mettre à profit le surcroît d'information dont il dispose pour prescrire des soins, non dans l'intérêt du patient, mais dans le but de maximiser son propre revenu⁹. Cette inflation des dépenses de santé risque alors d'être observée lorsque les professionnels de santé voient leur rémunération augmenter avec le volume de leurs prescriptions (tarification à l'acte, budgets hospitaliers assis sur le remboursement a posteriori des journées d'hospitalisation effectuées etc.).

Depuis le milieu des années 1970, certains économistes de la santé ont insisté sur la nécessité de se prémunir contre un tel « effet d'induction de la demande par l'offre » ; ils ont dès lors inspiré des politiques de maîtrise des dépenses de santé fondées avant tout sur l'offre sanitaire. Un effet d'induction de la demande de soins par les professionnels a effectivement été mis en lumière dans plusieurs cas concrets¹⁰ même si la demande induite demeure plus limitée qu'on le pense.

Mais l'économie de la santé est encore plus complexe. Le fait que le médecin offre simultanément un diagnostic (information cachée) et un traitement (action cachée) crée une double incertitude pour le patient (à la fois sur la qualité du traitement et sur sa nécessité même de répondre à un besoin réel). Ensuite le patient aura du mal à établir une relation de causalité incontestable entre tel traitement et son résultat (succès ou échec) puisque, fort naturellement, en la matière le praticien n'a pas d'obligation de résultats. Enfin, l'existence d'un tiers payant (l'assureur) interfère dans la relation : c'est ce tiers qui définit les termes du « contrat » fixant la rémunération du médecin et qui, dans le contexte d'un système public

⁸ En poussant certains malades à consulter tard et à choisir des soins lourds, mieux remboursés, cela alourdit la dépense future totale.

⁹ « Cette tentation est beaucoup moins bridée dans un système concurrentiel généralisé qui tolère et valorise ce type de comportement totalement décomplexé. »

¹⁰ Aux Etats-Unis les gynécologues obstétriciens ont compensé leurs pertes de revenu, du fait du déclin du taux de natalité, par une augmentation du nombre d'accouchement avec césarienne, dont le tarif de remboursement est plus élevé. La demande induite a aussi été mise en évidence pour les dentistes en Amérique du nord, pour les spécialistes du secteur 1 (à honoraires libres) en France

d'assurance, sera censé représenter l'intérêt de la collectivité. Ainsi, le prescripteur se trouve conduit à pratiquer des arbitrages entre les objectifs et les contraintes de plusieurs relations d'agence (entre lui et son patient, entre lui et l'assureur public et enfin entre le patient et l'assureur public). Les résultats des différents arbitrages sont loin de pouvoir spontanément garantir l'efficacité dans l'allocation des ressources.

Ainsi la maîtrise des dépenses de santé passe bien sûr par le contrôle quantitatif de l'offre de soins mais aussi par les politiques complémentaires : la répartition idéale entre secteur public et privé, dans l'offre de soins comme dans la couverture assurantielle, le degré d'obligation attaché à des mesures préventives (comme les vaccinations ou le dépistage des maladies), les mécanismes de fixation des prix des biens médicaux ou les incitations et contraintes financières à introduire dans les modes de rémunérations et de tarifications des professionnelles de santé comme des établissements de soins.

« C'est donc bien le principe d'efficacité (rapport sanitaire/économique et social) qui doit prévaloir, selon P. Ulmann, dans toute décision de politique de santé et qui est le seul à pouvoir justifier la maîtrise des dépenses de santé. »

L'analyse coût/efficacité au service de la régulation des dépenses de santé

Comme la régulation du secteur de la santé échappe pour partie au marché. L'analyse coût/efficacité permet de comparer des usages alternatifs des ressources et d'identifier les stratégies qui maximisent le « surplus social net », c'est-à-dire la différence entre les coûts et les avantages totaux pour la collectivité. Selon les cas, l'application de ces calculs économiques pourra pointer la persistance, voire la diffusion, dans les systèmes de santé, de pratiques à l'efficacité discutable, promouvoir à l'inverse des innovations favorisant des gains d'efficacité.

Les soins dont le ratio bénéfice-risque est négatif, c'est-à-dire dont le bénéfice sanitaire est inférieur au risque de morbidité et de mortalité induit par les procédures médicales elles-mêmes, sont un gaspillage inutile de ressources. Cela dit l'appréciation de ce ratio peut poser des difficultés lorsque certains décident d'appliquer le principe de précaution de manière radicale. Le soupçon, par exemple, d'effets neurologiques indésirables du vaccin contre l'hépatite B (même si ceux-ci sont extrêmes rares, non véritablement démontrés, et sans commune mesure avec les gains de santé obtenus dans l'ensemble de la population) peut suffire aux yeux des opposants à la vaccination pour réclamer son abandon.

Dans les approches dites de minimisation des coûts, l'objectif est de déterminer la façon de produire au moindre coût des biens et des services dont l'efficacité sanitaire (ex : l'année de vie gagnée) a été démontrée. Cela permet lorsqu'on compare des stratégies « mutuellement exclusives » (c'est-à-dire différentes façons d'améliorer la santé dans un même groupe de patients souffrant d'une même pathologie) de trancher sur la façon d'améliorer l'efficacité dans la prise en charge sanitaire de ces patients. Peu importe aussi le coût élevé dès lors que les gains obtenus en termes d'années de vie sont considérables et qu'ils compensent les ressources engagées. Sinon les ressources seraient mieux engagées, et produiraient plus de bien-être pour les membres de la collectivité dans d'autres usages (sanitaires ou non).

Au début des années 1990, l'Etat américain d'Oregon a voulu fonder les critères de remboursement par l'assurance publique en faveur des défavorisés sur la hiérarchie des coûts par Q.A.L.Y. (année de vie ajustée sur la qualité) de plus de sept cents couples pathologies-traitements. Compte tenu des contraintes budgétaires, la démarche conduisait à exclusion de la couverture les 20% de traitements dont les coûts par Q.A.L.Y. étaient les plus élevés, lesquels incluaient certaines maladies rares de l'enfant et le Sida.

Une telle logique de calcul économique pose de multiples difficultés méthodologiques et pratiques mais, surtout elle se réfère de fait à une éthique utilitariste qui consiste à « accorder un poids égal aux intérêts de toutes les parties », c'est-à-dire à ne pas se préoccuper des écarts

qui peuvent exister entre les individus en fonction de leurs conditions socio-économiques. L'objectif utilitariste de « maximiser le résultat sanitaire global », indépendamment de sa distribution entre les individus et les groupes, ne reflète pas forcément les préférences d'une société. La société peut souhaiter accorder une priorité à la réduction du risque pour les groupes les plus défavorisés (cf. J. Rawls). Toujours est-il, ce souci d'équité, quel qu'il soit, ne peut se faire au détriment du souci d'efficacité dans l'utilisation des ressources du système de santé.

Le calcul économique du type coût/efficacité permet donc de classer les différentes interventions sanitaires, afin de faciliter le débat politique sur leur acceptabilité sociale. « Dès lors que la plupart des pays européens refusent une discrimination spontanée par le jeu du marché qui réserverait les soins de meilleure qualité à ceux qui ont « la capacité de payer », le calcul économique formalisé devient l'un des rares outils disponibles pour éclairer les choix collectifs en matière de politique de santé. »

Conclusion

Etant donné que nos systèmes de santé européens reposent sur une prise en charge financière essentiellement publique du risque maladie, la progression des dépenses de santé par rapport à la richesse nationale doit être maîtrisée compte tenu de ses effets « pervers » tant sur l'économie que sur la santé des populations. En effet, dès lors que cette hausse incontrôlée implique une augmentation des prélèvements obligatoires (déjà trop élevés en France), ceci a pour effet de freiner la croissance économique (dans le « meilleur cas », la croissance potentielle), ce qui provoque la baisse des richesses. « Il en résulte une hausse du chômage et de l'exclusion qui se traduit pour les populations concernées, par une détérioration de l'état de santé qui n'est pas compensée par une éventuelle amélioration issue de la hausse des dépenses, du fait de leur faible productivité sur la santé comme c'est le cas dans les pays développés depuis plusieurs années ».

Au final, une hausse non maîtrisée des dépenses publiques de santé peut non seulement entraîner une moindre croissance économique mais elle peut provoquer paradoxalement, pour certaines populations, une détérioration de leur état de santé, ce qui va à l'encontre de l'objectif principal des politiques de santé.

Bibliographie :

- Problèmes économiques N° 2.927 04 juillet 2007
- Dossier : La santé comme moteur de croissance
- « Les dépenses de santé explosent. Tant mieux ! »
- « A votre santé, et à encore plus de croissance ! »
- « La maîtrise des dépenses de santé est-elle souhaitable ? ».
- « La régulation des dépenses de santé : comment faire ? » P-Y Geoffard in « 27 questions d'économie contemporaine. » Albin Michel 2008.
- « Santé et économie en Europe » B. Majoni d'Intignano. PUF. « Que sais-je ? » 2001
- « La réforme des systèmes de santé » Ramses 1998.
- « Economie de la santé ». Jean-Paul Moatti. Dictionnaire de l'Economie. Encyclopédia Universalis. 2007.
- « Risque et assurance ». P-A Chiappori. Flammarion 1996.