

# REGARDS CROISÉS SUR L'ÉCONOMIE

## Au chevet de la santé

Quel diagnostic ?

Quelles réformes ?

Numéro 5, avril 2009  
Éditions La Découverte

# Introduction

## » UN SYSTÈME SI PARFAIT...

Brigitte DORMONT, *professeur de sciences économiques à l'université Paris-Dauphine, professeur invitée à l'université de Lausanne.*

**S***icko* offre une image saisissante du système de santé des États-Unis. Dans ce film, Michael Moore nous montre un couple d'américains contraints d'emménager chez leurs enfants après la perte de leur logement : les dépenses exorbitantes causées par le cancer de la mère et les accidents cardiaques du père ont suffi à les ruiner. On y voit aussi des personnes qui n'arrivent pas à s'assurer pour le traitement de leur maladie chronique, si celle-ci est déjà déclarée lors de la souscription. D'autres encore découvrent à l'hôpital qu'elles ne sont pas couvertes pour le soin requis. Ce sombre tableau est complété par le récit du décès d'un patient, intervenu après qu'un soin lui a été refusé au motif qu'il n'était pas couvert par une assurance. Toujours efficace dans la communication, Michael Moore dépeint par contraste un système français idyllique. Il s'amuse en forçant le trait : sur un fond musical typique (un air d'accordéon), un jeune homme raconte les délicieuses semaines qu'il a passées en convalescence sur la Côte d'Azur, aux frais de la Sécurité sociale.

Le spectateur français ressort quelque peu sceptique de sa séance de cinéma, mais confirmé dans la bonne opinion qu'il a de son système de santé. La couverture est universelle dans notre pays. Personne ne peut y être ruiné par la maladie. Et tout le monde adhère au principe de solidarité qui veut que les bien-portants paient pour les malades. Le documentaire de Michael Moore a le mérite de montrer les conséquences désastreuses d'un système d'assurance maladie défectueux. En France, nous sommes loin de telles situations d'insécurité face à la maladie. Mais notre système est-il si parfait ? L'adhésion de tous à l'objectif d'une couverture généreuse se traduit-elle véritablement par des conditions égales de financement et d'accès aux soins ?

Cet article décrit l'organisation et l'évolution du système de santé français. La régulation du système s'est concentrée sur la « responsabilisation » des patients, tout en introduisant des dispositifs correcteurs pour en modérer les conséquences pour les populations à bas revenus. Ces dispositifs engendrent des inégalités de couverture qui peuvent miner la cohésion de l'ensemble.

## UNE COUVERTURE UNIVERSELLE ET GÉNÉREUSE

Le système de santé français se caractérise par la coexistence d'une assurance de base universelle et obligatoire et d'assurances complémentaires plurielles et facultatives. Instituée en 1945, l'assurance de base, la « Sécurité sociale », offre une couverture généreuse, d'une étendue variable selon le type de soins considéré (consultation en ambulatoire, médicaments ou séjour hospitalier). La participation financière de l'assuré est appelée « ticket modérateur ». Dans les comptes de la santé de 2007, la couverture réalisée par la Sécurité sociale est en moyenne de 76,6 % pour l'ensemble des soins et biens médicaux. Elle est de 65,5 % pour les soins ambulatoires et de 91,1 % pour les soins hospitaliers. Le ticket modérateur peut être couvert par des organismes complémentaires ou rester à la charge des ménages. En 2007, le financement assumé directement par les ménages représente 8,5 % de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux (la participation directe des ménages est de 12,3 % pour les soins ambulatoires et 2,5 % pour les soins hospitaliers).

D'une façon générale, l'assurance maladie vise à couvrir les dépenses associées à la prise en charge d'une maladie ou aux conséquences d'un accident. Les coûts de certains traitements dépassent les capacités financières des ménages, même de ceux aux revenus les plus élevés. Tout individu encourt un risque non nul d'être exposé à un niveau de dépenses qu'il ne peut assumer. Rendre obligatoire l'assurance maladie permet d'instaurer une large mutualisation de ces risques. Dans ce cas, le financement est nécessairement basé sur des prélèvements obligatoires, qui peuvent prendre des formes variées : impôt (Royaume-Uni), cotisations (France), primes payées à des assureurs privés (Suisse), combinaison de cotisations et de primes (Pays-Bas). La forme retenue détermine le caractère progressif, proportionnel ou dégressif du prélèvement associé au financement de l'assurance maladie. En France, les cotisations (y compris la contribution sociale généralisée – CSG) constituent un prélèvement proportionnel, alors qu'en Suisse les primes d'assurance sont indépendantes du revenu, ce qui se

traduit par un effort de financement plus important pour les individus aux revenus modestes<sup>1</sup> : le prélèvement est dégressif.

Une assurance maladie obligatoire est nécessairement définie pour un périmètre de soins donné, le « panier de base ». On désigne ainsi des soins jugés fondamentaux, auxquels tous les membres de la société doivent avoir accès sans restriction. Le contenu du panier de base n'est évidemment pas figé : il peut évoluer en fonction des normes sociétales et des possibilités offertes par le progrès technique. Pour la France, et pour beaucoup d'autres pays européens, les soins actuellement exclus du panier de base correspondent à la médecine alternative, au confort à l'hôpital et aux dépassements d'honoraires.

Une assurance de base obligatoire peut coexister avec des assurances facultatives, qui jouent le rôle d'assurances complémentaires lorsqu'elles participent à la couverture des soins de base et celui d'assurances supplémentaires lorsqu'elles couvrent les autres soins. En France, on désigne par « assurances complémentaires » les services offerts par les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. En réalité, ces organismes cumulent les fonctions d'assurances complémentaire et supplémentaire. Leur fonction principale est celle d'assurance complémentaire, c'est-à-dire de co-assurance des soins de base, ce qui constitue une originalité française. En effet, dans les pays de l'OCDE dotés d'une assurance de base obligatoire, les assurances facultatives assument principalement la fonction d'assurance supplémentaire [Colombo et Tapay, 2004].

En France, les assurances complémentaires couvrent une assez large part de la dépense de soins : 13,6 % pour la totalité des dépenses en 2007 et 20,5 % pour les soins ambulatoires. Environ deux cinquièmes des détenteurs d'une assurance complémentaire en bénéficient dans le cadre de leur emploi. Pour les autres, l'accès à la complémentaire est facultatif. Il passe par le paiement d'une prime indépendante du revenu et croissante avec l'âge. Dans ce cas, le financement est dégressif : une enquête de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) a montré qu'en 2006 la part du revenu consacrée à l'achat d'une complémentaire (hors contrat de groupe) varie de 2,9 % pour les ménages les plus aisés à 10,3 % pour les plus modestes.

On peut être attaché au caractère facultatif de l'assurance afin de permettre l'expression des préférences (certains individus pourraient préférer dépenser moins pour leur assurance maladie afin de pouvoir s'offrir des vacances à la neige par exemple). La distinction entre assurance complémentaire et supplémentaire permet de clarifier le débat : l'assurance complémentaire couvre les soins du

---

1. Des aides sont toutefois prévues pour les ménages à bas revenus.

panier de base, pour lesquels la société a décidé de faire jouer la solidarité. Les préférences peuvent s'exercer dans le champ du panier de soins supplémentaires. En dynamique, l'assurance supplémentaire peut favoriser l'identification des innovations pertinentes du point de vue des préférences collectives, autrement dit des soins qui pourront par la suite être intégrés au panier de base.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, le système d'assurance maladie a été complété par l'introduction de la couverture maladie universelle (CMU). La CMU de base universalise l'assurance de base en garantissant son accès à toute personne résidant en France de façon stable. La CMU complémentaire (CMUC) offre une couverture complémentaire gratuite sous condition de ressources. Le plafond de ressources est fixé à un niveau suffisamment bas (620 € mensuels) pour être inférieur au minimum vieillesse. En 2007, on comptait 4,8 millions de bénéficiaires de la CMUC. Pour le reste de la population, l'assurance complémentaire est payante et facultative. Ce dispositif revient à considérer qu'avec la CMUC le système français garantit l'accès de tous aux soins de base. Autrement dit, les ménages dont les ressources sont supérieures au plafond de la CMUC sont supposés solvables pour la part des soins couverte par les complémentaires.

## **MAINTENIR LA COUVERTURE REQUIERT UN TAUX DE PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES CROISSANT**

Au total, la part de la dépense de soins et de biens médicaux prise en charge par l'ensemble constitué par la Sécurité sociale et l'État<sup>2</sup> s'élève à 78 % en 2007. Ce taux de couverture relativement élevé est remarquablement stable dans le temps : il était de 78,2 % il y a quatorze ans, en 1995 et de 76,5 % vingt-cinq ans auparavant, en 1970. Cette stabilité de la couverture n'est possible que grâce à un taux de prélèvement obligatoire continuellement croissant. Les dépenses de santé augmentent en effet plus vite que les autres postes de consommation. En France comme dans les autres pays développés, la cause principale de cette évolution est le progrès technique médical : il fait apparaître de nouveaux produits et de nouvelles procédures dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé [Dormont, 2009]. Il en résulte une continuelle augmentation de la part du PIB qui leur est affectée : la dépense de soins et de biens médicaux

---

2. Jusqu'à la création de la CMU, l'intervention de l'État correspondait à l'aide médicale gratuite qui était financée principalement par les conseils généraux. Le Fonds CMU a pris le relais à partir de l'an 2000.

représentait 5 % du PIB en 1970 ; elle en représente 8,7 % en 2007. Il suffisait à l'État et à la Sécurité sociale de consacrer 3,8 % du PIB pour couvrir 76,5 % des dépenses de soins en 1970. Pour offrir une couverture comparable en 2007, il faut un taux de prélèvement presque deux fois plus important : 6,8 % du PIB. Pour l'avenir, on prévoit une prolongation des tendances passées : les dépenses de soins continueront à progresser plus rapidement que le PIB. De ce fait, un maintien du taux de couverture par la Sécurité sociale et l'État implique nécessairement une augmentation du taux des prélèvements obligatoires dédiés au financement de l'assurance maladie.

Aucun débat public n'est organisé dans la transparence afin de mettre à jour l'arbitrage que pourraient réaliser les Français entre une baisse de la couverture par la Sécurité sociale et une limitation de la progression des prélèvements obligatoires dédiés aux soins médicaux. Depuis plusieurs années, les rapports du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) analysent « les termes de la soutenabilité à long terme de l'assurance maladie ». L'hypothèse y est faite qu'une augmentation des prélèvements n'est envisageable que de façon très limitée [HCAAM, 2008]. Selon le Haut conseil, les marges de manœuvre doivent être trouvées dans un déplacement de la ligne de partage entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires. Plus précisément, les solutions proposées envisagent un désengagement de la Sécurité sociale sous la forme d'une augmentation du ticket modérateur ou de son retrait total de certains domaines d'intervention.

## **QUELLE PLACE ACCORDER AUX ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES ?**

Est-il raisonnable de proposer le basculement d'une partie de la couverture maladie vers les assurances complémentaires ? D'un point de vue purement formel, cela permettrait d'alléger la pression fiscale, puisque les primes des assurances complémentaires ne sont pas comptabilisées comme des prélèvements obligatoires. Mais un tel transfert est loin d'être neutre pour les assurés. Les soins couverts par la Sécurité sociale sont financés par des cotisations proportionnelles au revenu. Tout change si leur couverture est transférée vers les complémentaires : pour les ménages qui n'ont pas accès à une complémentaire par leur entreprise, le prix à payer n'est plus une cotisation, mais une prime indépendante du revenu et qui peut varier avec l'âge. Pour les ménages modestes, le transfert d'une partie de la couverture vers les complémentaires se traduit nécessairement

par une augmentation du prix à payer pour une couverture inchangée. Comme nous l'avons vu, l'effort pour acquérir une complémentaire peut déjà atteindre 10,3 % de leur revenu. Les écarts de prime entre les jeunes et les seniors peuvent aussi varier du simple au triple ! Résultat : malgré l'existence de la CMUC pour les revenus les plus bas, une proportion non négligeable de ménages à bas revenu n'a pas d'assurance complémentaire (14,4 %), ce qui conduit un tiers d'entre eux à renoncer à certains soins [Kambia-Chopin *et al.*, 2008].

La régulation actuelle des organismes complémentaires ne permet pas d'éviter ce type d'exclusion. En dehors des contrats de groupes définis pour les entreprises, le caractère facultatif de l'assurance complémentaire, conjugué à la concurrence entre les organismes, contraint les assureurs à ajuster les primes au plus près des dépenses prévues pour chaque individu. Dans ces conditions, faire glisser la couverture des soins vers les complémentaires revient à accepter un déremboursement pour une partie de la population, les ménages modestes.

L'augmentation du champ d'intervention des complémentaires serait concevable si l'on instaurait une régulation proche de celle mise en place en Suisse pour organiser la concurrence entre les compagnies qui gèrent la couverture de base. En particulier, il faudrait rendre la complémentaire obligatoire, mettre en place des dispositifs pour décourager la sélection des risques, standardiser les contrats et homogénéiser les primes des assurés, quelles que soient leurs caractéristiques. Cela impliquerait des changements considérables dans l'exercice du métier d'assureur complémentaire en France.

Quel est l'intérêt de transférer la couverture vers les complémentaires ? L'argument du poids des prélèvements obligatoires est assez cosmétique. En retenant l'hypothèse que tout le monde s'assure pour les soins de base, basculer de la couverture obligatoire vers la couverture facultative ne modifie pas le niveau des dépenses, mais seulement leur répartition : les ménages aisés paient un prix moins élevé qu'auparavant pour la même couverture, et les ménages modestes paient plus, à moins qu'ils ne renoncent à l'assurance complémentaire.

Pour réduire le poids des dépenses, la seule marge de manœuvre réside non pas dans le choix du type de couverture, mais dans les gains d'efficacité : il est vraisemblablement possible de dépenser moins, pour un niveau de soins identique. Gagner en efficacité nécessite une régulation sans concession. Certains trouvent là un argument en faveur d'une intervention accrue des assurances complémentaires. Compte tenu de leur pluralité, ces organismes pourraient être mieux placés que la Sécurité sociale – notre assureur unique n'a jusqu'à présent pas beaucoup brillé sur la question – pour négocier une contractualisation avec les médecins et les fournisseurs de soins dans le but de gagner en efficacité.



## **DE BONNES PERFORMANCES SANITAIRES, DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ MARQUÉES**

En 2006, la France a consacré 11,1 % de son PIB à la dépense totale de santé (agrégat retenu pour mener des comparaisons internationales). Elle se situe ainsi au troisième rang des pays de l'OCDE après les États-Unis (15,3 %) et la Suisse (11,3 %). Les rapports consacrés à l'évaluation de notre système de santé concluent généralement à une relative inefficacité : alors que la dépense est plus élevée que dans beaucoup d'autres pays développés, les performances sont bonnes sans être exceptionnelles. L'espérance de vie à la naissance, en progression continue, est chez nous l'une des plus élevée d'Europe. La France se situe au deuxième rang mondial derrière le Japon pour l'espérance de vie des femmes. Mais pour celle des hommes, elle recule au dixième rang. Les résultats sont médiocres en matière de mortalité prématurée (avant 65 ans) et de pathologies liées aux comportements à risques (tabac, alcool). Au début des années 2000, la France affichait aussi de mauvais résultats sur les infections nosocomiales (des actions volontaristes développées entre 2005 et 2008 ont cependant permis d'obtenir des améliorations).

La contre-performance est manifeste pour les inégalités sociales de santé : la comparaison sur onze pays européens des écarts de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels révèle que c'est en France qu'ils sont les plus élevés, ce résultat étant attribuable à de fortes différences sociales de mortalité par cirrhose du foie et cancer des voies aéro-digestives [Couffinhall *et al.*, 2005]. L'influence des systèmes de soins sur les inégalités sociales de santé reste controversée. Il est clair cependant que l'organisation de la médecine générale en France n'incite guère aux actions de prévention des consommations à risques. En outre, la faible implantation des généralistes dans les zones rurales ou périurbaines limite l'accès des populations concernées à des examens de dépistage qui permettraient une prise en charge précoce.

Les résultats en matière de couverture sont plutôt bons si l'on s'intéresse aux indicateurs moyens. La création de la CMU en 2000 a amélioré l'accès aux soins des personnes défavorisées. Six ans plus tard, seuls 7 % des Français déclarent ne pas avoir de couverture complémentaire. Cependant, le renoncement à certains soins pour des raisons financières s'observe encore pour les soins dentaires, les lunettes et les consultations de médecins spécialistes. Il touche en moyenne 14,3 % des Français, mais se concentre sur les personnes à bas revenus et les chômeurs. Il est très lié à l'absence de couverture par une complémentaire : 32 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des

soins. Pour les détenteurs d'une complémentaire hors CMUC cette proportion n'est cependant pas négligeable, puisqu'elle s'élève à 13 %.

“ **Notre système de santé, qui est plutôt coûteux, réalise en moyenne de bonnes performances sanitaires, mais avec des inégalités sociales de santé marquées.**

L'existence d'un renoncement aux soins chez les bénéficiaires d'une complémentaire montre que la détention d'une complémentaire n'épuise pas la question de la couverture. Dans la terminologie administrative, on appelle « reste à charge » (RAC) les dépenses de soins non couvertes par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un ensemble hétéroclite comprenant le ticket modérateur, les différentes participations forfaitaires introduites pour responsabiliser le patient et les dépassements. En 2006, les dépassements représentent un tiers du reste à charge. La distribution des restes à charge hors dépassements révèle de très grandes inégalités entre les ménages : pour les seuls soins de ville, plus de 2,7 millions de ménages doivent faire face à un RAC moyen de 943 € et 435 000 ménages à un RAC moyen de 1 490 €. Les RAC peuvent aussi être élevés pour les soins hospitaliers : environ 1,5 millions de personnes ont un reste à charge supérieur à 500 €. Les données disponibles ne permettent pas de mesurer la proportion du RAC qui est couverte par les assurances complémentaires au niveau individuel, mais on sait que les contrats offrent des couvertures très hétérogènes. Même parmi les bénéficiaires de complémentaires, il y a donc vraisemblablement de très grandes inégalités dans le montant des sommes qui restent à la charge des ménages après couverture par les assurances. Ce constat est à l'origine d'une proposition de « bouclier sanitaire », réforme visant à plafonner le reste à charge hors dépassement.

En résumé, notre système de santé, qui est plutôt coûteux, réalise en moyenne de bonnes performances sanitaires, mais avec des inégalités sociales de santé marquées. L'ensemble constitué par la Sécurité sociale et les assurances complémentaires offre une couverture généreuse, mais avec une distribution inégalitaire des sommes finalement à la charge des ménages.

Ce jugement mitigé contraste avec la première place obtenue par la France à l'issue du classement des systèmes de santé réalisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2000. Ce classement a fait couler beaucoup d'encre : il ne devrait pas sortir indemne de l'avalanche de critiques méthodologiques dont il a fait l'objet. En France, notre première place a évidemment été brandie par les partisans de l'immobilisme. C'est pourquoi il convient d'expliquer ce

résultat, afin de montrer qu'il est sans rapport avec les qualités du système français. La performance est définie par l'OMS selon un critère d'efficacité : un pays avec des résultats sanitaires médiocres peut être assez efficace si par ailleurs il dépense très peu pour sa santé. C'est donc le rapport santé/dépenses de santé qui est évalué. Plus exactement, c'est le rapport entre la santé et le couple formé par les dépenses de santé et le niveau d'éducation qui fait pour l'OMS l'efficacité d'un système. L'idée sous-jacente est que la performance doit être estimée en contrôlant par le fait que le niveau d'éducation influence aussi la santé<sup>3</sup>. Notre première place provient de cette prise en compte du niveau d'éducation dans l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé. Comme le nombre d'années d'études est plus faible dans notre pays qu'en Europe du Nord ou en Amérique du Nord, à dépenses de santé égales, notre résultat en termes d'espérance de vie paraît particulièrement bon. Notre apparente efficacité résulte donc du fait que la France a peu investi dans l'éducation, comparée aux pays de niveau de développement similaire [Grignon, 2002].

## **UNE RÉGULATION FOCALISÉE SUR LA « RESPONSABILISATION » DES PATIENTS**

Tout système de santé doit être régulé pour gagner en efficacité. Deux formes d'efficacité sont à rechercher : l'efficacité allocative, obtenue lorsque les niveaux de consommation sont conformes aux préférences individuelles ou collectives, et l'efficacité productive, qui suppose l'absence de gaspillages. Deux caractéristiques des systèmes de santé tendent à éloigner les décisions effectives de l'efficacité : l'existence de l'assurance maladie et le fait que les médecins agissent comme experts pour définir les biens et services médicaux à consommer.

Comme les patients ne supportent pas directement l'intégralité du coût associé à un soin donné, ils sont peu vigilants dans leurs arbitrages et peuvent surconsommer des services médicaux : aller trop souvent chez le médecin, multiplier les examens, acheter des médicaments qu'ils ne prendront pas, *etc.* L'existence de l'ensemble de ces comportements, appelés « aléa moral du côté de la demande », est avérée par de nombreuses études, mais l'ampleur de leur impact sur la consommation de soins en France reste à mesurer.

---

3. En fait, les experts de l'OMS commettent l'erreur d'effectuer une estimation globale sur 191 pays aussi divers que la France, les États-Unis, la Guinée-Bissau, les Maldives et le Zimbabwe, en supposant que la relation entre années d'éducation et santé est régie par le même coefficient, quel que soit le niveau de développement du pays !

Chez les professionnels de santé, on peut observer des comportements de demande induite. Ces comportements visent à faire consommer plus de soins que nécessaire. Ils sont encouragés par le paiement à l'acte, puisque dans ce cas le revenu du médecin dépend directement du nombre d'actes délivrés. Ils peuvent s'observer dans la médecine de ville, mais aussi dans les cliniques, où ils entraînent des actes plus nombreux et plus invasifs, sans que le bien-être du patient en soit amélioré.

La catégorie « aléa moral du côté de l'offre » comprend les comportements de demande induite mais aussi les problèmes d'inefficacité productive. Ces derniers peuvent se rencontrer dans les hôpitaux publics. En effet, l'activité des hôpitaux publics a été pendant de longues années financée à titre rétrospectif en fonction des coûts observés, sans aucune incitation à la minimisation des coûts, puis avec un budget global calculé sans rapport avec le volume réel de soins délivrés, avant l'instauration très récente de la tarification à l'activité (T2A). À un niveau plus général, l'inefficacité productive peut aussi résulter d'un défaut d'organisation de l'offre de soins, avec des médecins mal répartis sur le territoire ou des carences dans la structuration de l'offre hospitalière.

Introduire un ticket modérateur ou des franchises permet de limiter l'aléa moral du côté de la demande. Les promoteurs d'une telle politique la qualifient de « responsabilisation » du patient. Pour limiter la demande induite, il faut s'écarter du paiement à l'acte en introduisant une part de salariat ou de capitation (un paiement forfaitaire par patient, indépendant du nombre d'actes délivrés). L'assurance maladie peut aussi limiter les incitations à multiplier les actes en réduisant leur prix au-delà d'un certain volume déjà réalisé. Enfin, elle peut mettre en place des primes pour la mise en œuvre d'actions de prévention, une bonne prise en charge des maladies chroniques, la prescription de médicaments génériques, *etc.*

Une régulation permettant de réduire l'aléa moral du côté de l'offre pourrait suffire à obtenir un bon niveau d'efficacité, sans développer outre mesure la lutte contre l'aléa moral du côté de la demande. En effet, il est difficile de trouver un médecin complaisant pour surconsommer lorsque les médecins n'ont pas intérêt à multiplier les actes au-delà du nécessaire. Concentrer les efforts sur l'aléa moral du côté de l'offre présente un avantage appréciable : cela permet de limiter les mécanismes de responsabilisation, qui présentent l'inconvénient d'exiger une participation financière des patients et de réduire l'accès aux soins pour les personnes aux revenus modestes. En France, c'est la stratégie inverse qui a été adoptée : la régulation s'est focalisée sur la responsabilisation des patients.

Depuis plus de trente ans, les plans de redressement de la Sécurité sociale ont combiné augmentation des recettes par de nouveaux prélèvements et limitation des dépenses par la hausse des tickets modérateurs. Plus d'une dizaine

de plans se sont succédés avec notamment le plan Séguin (1986), qui a réduit le périmètre de l'exonération du ticket modérateur, et le plan Veil (1993), qui a diminué de 5 points les taux de couverture par la Sécurité sociale. Le forfait hospitalier a été introduit en 1983. Cette participation du patient à ses frais d'hébergement a été plusieurs fois revalorisée par la suite. Les objectifs de ces mesures sont ambigus : la recherche d'une modération de la demande est parfois mentionnée, mais une logique plus directement comptable de baisse des dépenses est clairement à l'œuvre. En effet, le désengagement de la Sécurité sociale est intégralement compensé jusqu'en 2004 par les assurances complémentaires, annulant tout mécanisme éventuel de responsabilisation.

“ **Pour réduire le poids des dépenses, la véritable marge de manœuvre réside dans les gains d'efficacité : il est vraisemblablement possible de dépenser moins, pour un niveau de soins identique.**

La réforme de 2004 accompagne la mise en place du médecin traitant de multiples dispositifs pour augmenter la contribution financière des patients : participation de 1 euro par consultation (plafonnée à 50 euros par an), baisse de la couverture pour les consultations de spécialistes hors parcours de soin (de 70 % à 60 % en 2006, puis 50 % en 2007), participations de 0,5 euro par boîte de médicament et acte paramédical et de 2 euros par transport sanitaire non urgent (dans la limite de 50 euros annuels), introduction d'un forfait de 18 euros sur les examens médicaux d'un montant supérieur à 91 euros. La loi de 2004 comporte des mesures cohérentes avec un objectif désormais affiché de responsabilisation des assurés : les assurances complémentaires ne bénéficient d'avantages fiscaux que si elles définissent des contrats « responsables », qui ne couvrent pas les participations de 1, 0,5 et 2 euros, ni les pénalités associées aux consultations hors parcours de soin. Mais l'arsenal des participations financières installées est devenu un ensemble complexe difficilement lisible par le patient. De plus, certains dispositifs restent sans rapport avec la lutte contre l'aléa moral du côté de la demande : le forfait de 18 euros sur des examens nécessairement prescrits et le forfait hospitalier visent surtout à réduire les dépenses de la Sécurité sociale. Il n'y a pas gain d'efficacité mais baisse de la couverture.

## **PEU D' ACTIONS DU CÔTÉ DE L' OFFRE DE SOINS**

Face à ces dispositions, la lutte contre l'aléa moral du côté de l'offre est timorée. En France, l'injonction d'efficacité s'adresse aux assurés sociaux, pas aux fournisseurs de soins. Omniprésent dans la médecine de ville et l'hospitalisation

privée, le paiement à l'acte n'a jamais été remis en cause, même partiellement, bien qu'il incite à des comportements de demande induite. Engagée depuis 2004 pour le financement des hôpitaux, la réforme de la tarification à l'activité est excellente dans son principe, puisqu'il s'agit de définir des paiements prospectifs en fonction du diagnostic à l'admission et non des remboursements basés sur les actes pratiqués. Mais la nomenclature définie pour la tarification des séjours a étroitement lié la définition des catégories à la réalisation d'un acte, ce qui peut encourager un usage excessif des procédures invasives, comme dans le cadre d'un paiement à l'acte. En outre, la grille de tarification privilégie les séjours avec traitement chirurgical par rapport aux séjours médicaux, alors que ces derniers sont dans de nombreux cas plus efficaces que l'approche chirurgicale.

Pour revenir à l'ambulatorio, le thème bien connu des « déserts médicaux » suggère que nous serions menacés d'une pénurie de médecins, alors que le nombre de généralistes par habitant est en France l'un des plus élevés de l'OCDE (au deuxième rang après la Suisse). Le vrai problème n'est pas le nombre de médecins, mais leur répartition géographique. Il est identifié depuis de nombreuses années mais ne trouve pas de solution. Les responsables politiques ont constamment démissionné devant la volonté des médecins, qui disposent de relais puissants chez les parlementaires : les mesures visant à améliorer leur répartition géographique ont toujours privilégié l'approche incitative, sans effet. Dans le cadre de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoire », les députés ont encore voté un amendement qui maintient le principe de la liberté d'installation et renvoie à 2012 l'application d'une mesure impliquant une contrainte pourtant légère<sup>4</sup>. La mauvaise répartition des médecins est source d'inefficacité à plusieurs titres : dans les régions sur-dotées (en PACA, par exemple), les médecins en surnombre ont du mal à réaliser suffisamment de consultations et sont incités à des comportements de demande induite pour améliorer leurs honoraires ; dans les zones sous-dotées (certaines régions, mais aussi les couronnes périurbaines), les patients ont du mal à accéder à un médecin. Nous avons vu que la France affiche une contre-performance en matière d'inégalités sociales de santé, associée à un déficit d'actions de dépistage et de prévention des comportements à risque. L'inégale répartition géographique des médecins est un handicap pour les actions de santé publique. Enfin, cette situation est profondément inéquitable : les assurés sociaux des zones sous-dotées paient les mêmes cotisations que les autres, pour un accès aux soins limité. On ne voit pas en quoi le principe de la liberté d'installation pourrait justifier une telle situation.

---

4. Paiement d'une amende annuelle d'environ 2 900 euros en cas de refus d'effectuer des missions dans des zones sous-dotées. Au moment de la rédaction de cet article, le projet de loi était encore en discussion au Parlement.

Un autre phénomène est source d'inquiétude : le développement des dépassements. Ces derniers représentent plus de 10 % des honoraires des médecins libéraux. Pour les médecins autorisés à les pratiquer, le taux moyen est passé de 25 % en 1990 à 47 % en 2004. Une proposition actuellement à l'étude, le secteur optionnel, viserait à entériner les dépassements, en les plafonnant à un taux de 50 %, tout en imposant la réalisation d'une certaine proportion d'actes au tarif conventionnel. La couverture des dépassements est très inégale : nulle pour les assurés sans complémentaire, faible ou nulle pour ceux qui ont une mutuelle à titre individuel, plus généreuse pour ceux qui ont accès à une assurance de groupe *via* leur emploi. Cette couverture généreuse, qui ne concerne qu'une minorité de détenteurs de complémentaire, contribue à entretenir la pratique des dépassements et la pérennité de prix élevés pour tout le monde en solvabilisant partiellement la demande pour des consultations, actes et produits avec dépassements. Faut-il admettre le principe des dépassements ? Cette pratique entame très directement le taux de couverture par l'assurance maladie. En matière de soins médicaux, il est difficile d'accepter, du point de vue de l'équité, que des services de qualités inégales soient proposés avec des tarifs différenciés. Comme le souligne Mougeot [1999], ce type de discrimination par le revenu ne peut être justifié du point de vue de l'intérêt général.

## **LE DÉSENGAGEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE NOURRI PAR LES ALD**

L'érosion de la couverture par les dispositifs de responsabilisation des assurés s'est accompagnée de mesures compensatrices visant à protéger les personnes de revenu modeste et celles dont les dépenses de santé sont importantes. La CMUC offre une assurance complémentaire aux personnes sous condition de ressources. Elle est financée par des taxes sur l'alcool et le tabac et par un prélèvement sur les contrats des assurances complémentaires. Par ailleurs, les individus souffrant d'une maladie chronique figurant dans la liste des affections de longue durée (ALD) bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette maladie. Ces patients doivent s'acquitter d'un ticket modérateur pour les autres pathologies dont ils peuvent être affectés. Au total, leur taux effectif de prise en charge par la Sécurité sociale est de 90 %, un taux bien supérieur à celui des assurés non-ALD. Comme les restes à charge ne sont pas plafonnés en France, ce dispositif vise à modérer l'impact du paiement répété de nombreux tickets modérateurs pour un individu ayant une forte consommation de soins.

Malgré ce taux de couverture avantageux, les personnes en ALD ont d'ailleurs des restes à charge encore supérieurs à ceux des autres assurés. En 2006, les 9 millions d'assurés classés en ALD concentrent 60 % des dépenses de l'assurance maladie. Leur nombre progresse rapidement et ils pourraient représenter 70 % des remboursements en 2015.

“ On est frappé par l'absence de débat sur les choix fondamentaux. Combien sommes-nous prêts à payer pour l'assurance de base ? Faut-il donner la priorité à la stabilisation des prélèvements obligatoires ? Faut-il accepter une couverture à deux niveaux ?

CMUC et ALD : ces deux dispositifs semblent irréprochables par leur générosité. Par la couverture qu'ils garantissent aux pauvres et aux plus malades, ils contribuent pourtant à l'acceptation sociale du retrait progressif de l'assurance maladie. Les ALD constituent à la fois une condition permissive et une motivation de ce retrait. En effet, la dégradation de la couverture due aux tickets modérateurs et aux autres participations financières introduites au fil du temps n'apparaît pas dans les statistiques globales. Comme nous l'avons vu au début de cet article, depuis des années, la Sécurité sociale couvre de façon constante 78 % des dépenses de soins. Mais cette apparente stabilité recouvre un important changement de structure : la part des patients classés en ALD augmente fortement, tandis que le taux de couverture des assurés non-ALD diminue. Les deux mouvements s'alimentent mutuellement : diminuer la couverture permet de financer les ALD et classer un patient en ALD résout ses difficultés de financement. Le dernier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie énonce clairement la stratégie qu'il préconise : une modulation du taux global de prise en charge « pour neutraliser l'augmentation mécanique liée à la croissance des ALD ».

En instaurant deux niveaux de couverture, le dispositif des ALD nourrit le désengagement progressif de la Sécurité sociale vis-à-vis des patients non-ALD. Un tel processus peut miner la cohésion du système : on ne voit pas comment les non-ALD pourraient continuer à adhérer au principe de la Sécurité sociale si, pour un même niveau de cotisation, ils voient leur couverture dégradée et doivent payer des primes toujours plus élevées pour récupérer la couverture perdue auprès des assurances complémentaires.

## CONCLUSION

Il y a des brèches dans notre solidarité : inégalités des taux de couverture, du coût d'acquisition d'une assurance complémentaire, de l'accès aux soins, des



tarifs médicaux pratiqués, etc. Ces inégalités s'étendent progressivement : la couverture pour les assurés non-ALD diminue, les assurances complémentaires développent la segmentation des contrats, les dépassements augmentent. La stratégie qui consiste à financer la progression du nombre de personnes en ALD par une érosion de la couverture pour les autres assurés menace la pérennité du système.

On est frappé par l'absence de débat sur les choix fondamentaux. Combien sommes-nous prêts à payer pour l'assurance de base ? Faut-il donner la priorité à la stabilisation des prélèvements obligatoires ? Faut-il accepter une couverture à deux niveaux ? L'efficacité est une notion taboue. Toute proposition visant à plus d'efficacité est soupçonnée d'introduire un rationnement des soins. Cette accusation est instrumentalisée avec succès par les groupes d'intérêts menacés par la recherche d'efficacité. Pourtant, gagner en efficacité permettrait de redéployer des moyens au service de la santé. Il faut reformuler les termes du débat public concernant la recherche d'efficacité : convaincre les assurés sociaux qu'il s'agit de l'intérêt général et emporter leur adhésion pour des actions du côté de l'offre de soins.

## BIBLIOGRAPHIE

- COUFFINHAL A., DOURGON P., GEOFFARD P.-Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F. et POLTIN D. (2005), « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », *Questions d'économie de la santé*, n° 92, Irdes.
- COLOMBO F. et TAPAY N. (2004), « Private health insurance in OECD countries : the benefits and costs for individuals and health systems », *OECD health working papers*, n° 15.
- DORMONT B. (2009), *Les dépenses de santé. Une augmentation salutaire ?*, éditions Rue d'Ulm, opuscule du Cepremap n° 15.
- ELBAUM M. (2008), « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », lettre de l'OFCE n° 301.
- GRIGNON M. (2002), « Que valent les classements internationaux ? », *Sociétal*, « Santé : quelles réformes ? » n° 36, p. 56-60.
- HCAAM (2008), rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet, accessible sur [http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam\\_rapport2008.pdf](http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam_rapport2008.pdf)
- KAMBIA-CHOPIN B., PERRONNIN M., PIERRE A., ROCHEREAU T. (2008), « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la Santé*, n° 132, Irdes.
- MOUGEOT M. (1999), *Régulation du système de santé*, rapport du Conseil d'analyse économique, La Documentation française, Paris.

Première partie

**Des besoins croissants  
et inégalement satisfaits**

## INTRODUCTION

---

Mesurer la « santé » d'une population est certes difficile, à bien des égards, mais l'espérance de vie fournit un indicateur utile pour évaluer et comparer la performance globale des systèmes de soins. Hourra ! La France se classe, en la matière, parmi les premiers : seuls les Japonais (82 ans) vivent en moyenne plus longtemps que les Français (81 ans). Emmanuelle Cambois, France Meslé et Gilles Pison reviennent sur deux siècles et demi de progression de l'espérance de vie, ainsi que sur les inquiétudes que cette évolution suscite parfois aujourd'hui [p. 30]. La France ne risque-t-elle pas de connaître une « pandémie de dépendance » ? Les statistiques ne semblent pas plaider en faveur de cette hypothèse : elles témoignent d'une bonne progression de l'espérance de vie sans incapacité. Autre crainte : les dépenses de santé ne vont-elles par exploser sous l'effet du vieillissement de la population ?

Pas nécessairement, nous explique Hélène Huber [p. 44]. Les dépenses de santé croissent certes plus rapidement que le PIB, mais le progrès technique et les changements de pratiques médicales expliquent l'essentiel de cette progression, bien davantage que le vieillissement de la population. Et il n'y a pas à s'en offusquer : les travaux les plus récents indiquent que la croissance rapide des dépenses de soins correspond bien aux préférences collectives (appréhendées, entre autres, grâce au concept de « prix de la vie statistique »). Aux États-Unis, entre 1970 et 2000, les gains de longévité ont ajouté à la richesse nationale l'équivalent de 50 % du PIB chaque année – bien plus que la part du PIB qui a été consacrée à la santé.

L'amélioration des conditions de santé et la forte hausse des dépenses de soins n'ont cependant pas résolu tous les problèmes, loin de là. Deux épineuses questions de santé publique retiennent notre attention : les atteintes à la santé au travail et l'obésité.

De nombreux indicateurs soulignent une détérioration des conditions de travail subjectives. Les enquêtes ne font-elles qu'objectiver des problèmes existant depuis bien longtemps ? Ou bien révèlent-elles une dégradation

réelle des conditions de santé des travailleurs ? Les sociologues savent bien que la maladie est, par certains aspects, une construction sociale. L'approche économique de Philippe Askenazy permet d'éclairer différemment cette controverse, en mettant en lumière les forces à l'œuvre derrière la détérioration ressentie de la santé au travail : intensification, productivisme réactif, adaptation... [p. 54]. Il faudra probablement attendre que la révolution technologique actuelle arrive à maturité avant de pouvoir constater une amélioration des indicateurs.

L'obésité, ensuite, revient sur le devant de la scène des politiques de santé. Il était grand temps : faute d'action de santé publique adaptée, les inégalités face à la prévalence de l'obésité se sont fortement accentuées. Comme nous le rappelle Thibaut de Saint Pol, 15 % des personnes sans diplôme sont aujourd'hui obèses en France, contre 5 % des diplômés du supérieur, et cet écart a doublé entre 1981 et 2003 [p. 65]. L'exemple de l'obésité illustre à quel point le système de soins français, qui est globalement performant, tolère des inégalités sociales marquées face à la santé.

Ces inégalités sociales se doublent d'inégalités territoriales, analysée par Martine Burdillat [p. 74]. En tant que membres d'une profession libérale, les médecins du secteur ambulatoire peuvent en effet librement choisir leur lieu d'installation. Malgré la forte croissance du nombre de médecins (+ 15 % entre 1995 et 2005), des déserts médicaux se sont ainsi formés au cours du temps. Même dans les régions fortement dotées en médecins, l'accès aux soins peut rester difficile pour les personnes les plus modestes quand les praticiens opèrent essentiellement en secteur 2, c'est-à-dire lorsqu'ils tarifient leurs services au-delà du plafond remboursé par la Sécurité sociale. On ne pourra pas réduire les inégalités territoriales sans une remise en cause des principes de la médecine libérale – ou une révolution de ses conditions d'exercice.

## Deuxième partie

# Un système d'assurance maladie dont la cohésion s'effrite

## INTRODUCTION

---

Les Français ont la chance de bénéficier d'une couverture maladie de base universelle et généreuse. Seules 8,6 % des dépenses de santé sont *in fine* à la charge des ménages. La plupart des dépenses sont remboursées par la Sécurité sociale (76,6 %), et ce taux de couverture socialisée, nous rappelle Gérard Cornilleau [p. 90], ne décroît que très lentement (il s'élevait à 77,1 % en 1995). Mais compte tenu de l'augmentation rapide des dépenses de santé, appelée à se poursuivre, cette relative stabilité ne pourra pas être préservée sans une hausse du taux de prélèvements obligatoires dédiés à la santé. L'assurance maladie obligatoire se désengage de fait déjà de certains soins, dont la couverture est partiellement laissée à la charge des assureurs complémentaires : ces derniers remboursent aujourd'hui 13,6 % des dépenses de santé, contre 12,2 % en 1995.

Or, tous les Français n'ont pas les moyens de souscrire à une complémentaire. Certes, près de 5 millions de personnes touchant moins de 7 446 € par an ont droit à une complémentaire gratuite (la CMU complémentaire, ou CMUC). Mais, comme le soulignent Florence Jusot et Jérôme Wittwer, l'assurance complémentaire reste inaccessible à 8 % des ménages, principalement pour des raisons financières, puisque les mutuelles font payer des primes qui dépendent des risques de leurs assurés, et non pas de leurs revenus [p. 102]. La France ne fait donc pas partie des pays où l'accès financier aux soins est le plus égalitaire. Des études récentes ont en outre mis en évidence que certains médecins refusent de soigner des patients bénéficiant de la CMUC.

Pourquoi les ménages ont-ils besoin de souscrire à des assurances complémentaires ? Pour le remboursement de leurs soins dentaires et optiques, très mal assurés par la Sécurité sociale, et pour le remboursement d'une partie de ce que l'assurance maladie obligatoire laisse à leur charge à la ville comme à l'hôpital. Ce « reste à charge » tend à augmenter pour un grand nombre d'assurés, et peut représenter une fraction élevée du revenu des plus pauvres.

Brandissant l'étendard de la nécessaire « responsabilisation des assurés », coupables de creuser un « trou » sans fond dans les comptes de la Sécurité sociale, les pouvoirs publics ont en effet multiplié les mesures de déremboursement partiel : ticket modérateur, forfait, et, dernières en date, franchises médicales. Grégoire de Lagasnerie revient sur ces mécanismes « incitatifs » dont l'efficacité est douteuse et l'iniquité avérée [p. 112]. Drapés dans un raisonnement qu'ils ont qualifié à tort d'économique, les ministres successifs n'ont en réalité obéi qu'à une logique purement comptable, qui s'est traduite par une augmentation des inégalités.

Le « bouclier sanitaire » vise à supprimer l'injustice fondamentale du système actuel, dans lequel des patients aux ressources modestes peuvent, du fait des mesures de « responsabilisation », être soumis à des restes à charge très élevés relativement à leurs revenus. Raoul Briet, un des deux auteurs du rapport sur le bouclier sanitaire remis en 2007 à la ministre de la Santé, nous en expose le principe : il s'agit de plafonner la somme des tickets modérateurs, forfaits et franchises payés chaque année [p. 120]. Personne ne serait tenu de leur consacrer plus d'une petite fraction de ses revenus annuels. Dans ce cadre, les assureurs complémentaires n'auraient plus vraiment de raison d'être en dehors du remboursement des soins dentaires et optiques (qui ne serait pas amélioré par la réforme).

Pour réfléchir, plus généralement, à ce qui justifie l'existence des complémentaires, il faut prendre un peu de recul. À quoi peut donc bien servir la concurrence dans le domaine de la santé ? Dans bien des cas, la concurrence permet d'améliorer l'efficacité productive et allocative de l'économie, nous explique Pierre-Yves Geoffard [p. 128]. En matière de santé en revanche, rien n'est aussi simple : sur le marché des soins, la concurrence n'a guère d'utilité, et sur le marché de l'assurance, elle pourrait permettre d'améliorer l'efficacité des systèmes de soins... à condition d'être drastiquement encadrée. L'exemple américain témoigne éloquemment des limites des systèmes d'assurances concurrentiels mal régulés.

## Troisième partie

# Une nouvelle régulation nécessaire pour plus d'efficacité et d'équité



## INTRODUCTION

---

La France consacre 11,1 % de son PIB à la santé, ce qui la classe au troisième rang après les États-Unis et la Suisse. Performant, le système de soins français est donc également coûteux. Pour gagner en efficacité, une nouvelle régulation de l'offre de soins doit voir le jour, aussi bien dans le secteur ambulatoire qu'à l'hôpital.

À la ville tout d'abord, les médecins libéraux sont payés à l'acte : leur revenu est directement lié au nombre de consultations réalisées. On peut douter, nous explique Anne-Laure Samson, qu'il s'agisse là de la meilleure façon d'inciter à l'efficacité [p. 144]. Certes, aucun système de paiement n'est sans défaut, mais une diversification des modes de rémunération s'impose *a minima*.

Réformer la rémunération des médecins ne ferait toutefois véritablement sens que dans le cadre d'une redéfinition globale des conditions d'exercice de la médecine libérale, notamment généraliste. L'époque du médecin de campagne isolé a vécu ! Yann Bourgueil plaide ainsi pour la définition d'un projet fondateur englobant toutes les dimensions de la pratique ambulatoire, de la régulation de l'installation – pour en finir avec les déserts médicaux – à la reconnaissance des missions – dans les actes et non plus seulement dans les mots [p. 159].

À l'hôpital, des gains d'efficacité doivent également être recherchés. Pour Jean de Kervasdoué, c'est en accordant davantage d'autonomie aux hôpitaux publics qu'on leur permettra d'améliorer leur fonctionnement. Or, la régionalisation de l'organisation de la santé, voulue par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » discutée au printemps 2009, scelle la mainmise de l'État. En outre, la tarification à l'activité, meilleur système de paiement que la dotation globale qui n'incitait guère à l'efficacité, devrait en théorie contribuer à rationaliser la dépense hospitalière, mais sa mise en œuvre soulève encore d'importantes difficultés [p. 171].

La moindre de celle-ci n'est pas la convergence entre les tarifs applicables aux hôpitaux du secteur public et aux hôpitaux du secteur privé. Comme

les cliniques privées se sont spécialisées au fil du temps, et ont été bien plus que les hôpitaux publics incitées à contrôler leurs coûts, l'assurance maladie paye aujourd'hui environ 140 à un hôpital public une prestation qu'un hôpital privé lui facture 100. Pour organiser la convergence des tarifs, Gérard de Pourville plaide pour un processus incrémental, au cours duquel, entre autres, les cliniques se verraient imposer d'étendre leurs services à certaines missions de service public [p. 181].

Au-delà des soins de ville et hospitaliers, l'État ne pourrait-il pas chercher à rationaliser davantage... les comportements des citoyens ? Les économistes se méfient en général de ce « paternalisme sanitaire », par lequel l'État cherche à édicter certains interdits : non seulement cette intervention fait violence aux « préférences » des individus, mais les plus démunis en font le plus souvent les frais. Pour Jean-Marie Le Guen cependant, l'intervention de l'État en matière de santé publique relève aussi de la nature du contrat social [p. 194] – ce qui ne signifie pas qu'il ne faille pas prêter attention à son efficacité et à ses effets distributifs.

Patrick Peretti-Watel et Valérie Seror se proposent justement d'évaluer l'action de l'État en matière de lutte contre le tabagisme, malgré toutes les difficultés méthodologiques que cet exercice soulève. Ils soulignent que la prévalence du tabagisme diminue depuis le début des années 2000... mais surtout chez les plus riches. Les plus pauvres payent donc davantage de taxes sans arrêter massivement de fumer [p. 201].

Le dernier aspect de la régulation du système de santé concerne le médicament. Les pouvoirs publics français régulent son prix, ce qui suscite de vifs débats internationaux : comment inciter l'industrie pharmaceutique à innover si celle-ci n'est pas en situation de tirer suffisamment de revenus de ses inventions passées ? Comme le souligne Valérie Paris, c'est un étrange procès fait à la France, car si les prix n'y sont pas élevés, le volume de médicaments consommés rend toujours le marché domestique fort attractif pour les firmes pharmaceutiques [p. 215].

La puissance publique définit également les médicaments qui sont remboursés par l'assurance maladie, et ceux qui ne le sont pas. La Haute autorité de santé se trouve au cœur de ce choix économique crucial. Daniel Benamouzig décrit la place importante qui y est faite à l'évaluation économique, et plus généralement à l'expertise des sciences sociales [p. 229]. Avec, à la clé, une amélioration de l'efficacité du pilotage du système de soins français ? On ne peut que le souhaiter !