

Des comptes modèles nécessairement imparfaits

Sur le terrain de la maladie, habité par la souffrance et l'angoisse, classer, dénombrer et mesurer suscite un malaise : celui de trancher dans le vif d'une réalité dont les dimensions essentielles échappent de toute évidence aux statistiques administratives. Une autre gêne est ressentie en voyant que le domaine attribué au compte de la santé se trouve, de fait, borné à celui des activités liées directement au savoir médical. Nombre d'études n'ont-elles pas montré que les conditions et modes de vie – niveau de revenu, niveau d'instruction, conditions de travail, types de consommation, habitat, ... – sont des facteurs explicatifs de l'état de santé plus importants que l'activité du système de soins ? Dénoncer cet abus de langage ne remet cependant pas en cause le choix sage de délimiter un domaine bien circonscrit et doté d'une cohérence interne, quitte à aller chercher dans d'autres comptes les éléments d'une analyse pertinente des problèmes de santé. Au-delà de ces réticences, hommage doit être rendu aux mérites de ceux qui ont élaboré et mis en œuvre des concepts et des méthodes – qui malgré leurs limites et certaines lacunes – rendent lisibles pour l'analyste et le décideur les activités de lutte contre la maladie.

Des comptes cohérents et complémentaires

La délimitation réductrice du domaine du compte de la santé est en partie compen-

sée par la cohérence de ce compte avec celui de la protection sociale et avec le cadre central de la comptabilité nationale.

Certes, le compte de la santé manque encore sur certains points de données de base. Ainsi l'agrégat le plus large de ce compte ne porte que sur la « dépense nationale *courante* de santé », sans informations sur les investissements ; seul le secteur hospitalier public fait l'objet de comptes de secteur – très simplifiés – précisant sa dépense en capital après avoir donné sa « valeur ajoutée », soit 2,6 % du produit intérieur brut (PIB) en 1992. D'ailleurs, si la valeur ajoutée pouvait être calculée pour tous les fournisseurs de biens et services de santé, la contribution au PIB et à la croissance économique de l'ensemble de la branche santé pourrait être chiffrée. Cette mesure donnerait une vision positive des relations de cette activité avec les principaux agrégats de la comptabilité nationale, présentées habituellement sous l'angle de la part de la « consommation de soins et biens médicaux », soit dans le PIB (8,6 %, en 1992), soit dans la « consommation élargie de la population » (12,3 %).

De plus, le cadrage spatial – le territoire national – se révèle parfois trop global : les problèmes de santé tendent de plus en plus à être traités dans un cadre régional, ainsi qu'en témoigne actuellement l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), ainsi que nombre d'exemples étrangers.

Sans doute certains des manques des comptes satellites peuvent-ils être com-

plétés par les comptes de la Sécurité sociale. Sur la base de catégories strictement administratives et financières, et malgré l'absence de plan comptable commun aux différents régimes de Sécurité sociale, il viennent de progresser en homogénéité et apportent une aide à la décision dans une optique gestionnaire : bilan des recettes et des dépenses, analyse des problèmes de trésorerie pour l'année passée et prévisions pour l'année à venir. Cette approche prospective avec évaluation de semestre en semestre des facteurs qui ont contribué à un écart entre les projections et la réalité constatée apporte un éclairage très utile aux décideurs.

Mais qui sont les bénéficiaires ?

Nombre de problèmes de santé publique sont posés par les épidémiologistes en termes de type de pathologie selon l'étiologie (maladies génétiques...) ou les manifestations cliniques (troubles cardiaques...), ou surtout de « groupes-cibles » (personnes handicapées, personnes âgées, enfants d'âge scolaire...), or le volet « bénéficiaires », prévu pourtant dès la conception des comptes satellites, est resté à l'état de projet.

Sans doute disposons-nous d'enquêtes spécifiques qui caractérisent très finement la plupart des utilisateurs du système de santé. Ainsi les premiers résultats de l'enquête Insee-Credes de 1991 montrent clairement comment la consommation de médecine de ville est corrélée positivement avec le niveau de revenu, la hiérarchie sociale par catégorie socioprofessionnelle, la taille de la commune de résidence, le niveau de protection sociale... Très précieuse, grâce à sa comparabilité avec les précédentes grandes enquêtes décennales (1980-81, 1970, 1960), cette enquête n'est cependant pas exhaustive, puisqu'elle exclut les personnes vivant en institution (ce qui est loin d'être neutre en termes de santé) et se révèle limitée et fragile pour les dépenses d'hospitalisation. Enfin, l'évolution rapide de la démographie et du savoir médical ainsi que des comportements s'accroît mal de l'espace dans le

temps d'une telle collecte de données.

Cet inconvénient est limité par « l'enquête sur la santé et la protection sociale » du Credes qui présente annuellement, depuis 1988, les principales caractéristiques des bénéficiaires de l'Assurance maladie sur la base d'un échantillon du régime général. Si ces données ne sont pas directement comparables aux enquêtes décennales, elles permettent cependant de suivre de près – pour une grande majorité des bénéficiaires – le niveau et la structure des consommations de soins et l'évolution des disparités entre les groupes selon leurs caractéristiques démographiques, socioéconomiques et sanitaires.

Analyser la situation des personnes handicapées rencontre des difficultés exemplaires. Même si l'exploitation des enquêtes citées pourrait permettre d'identifier la consommation médicale ou les prestations d'assurance maladie pour ces personnes, il ne s'agirait que des dépenses qui relèvent du « risque maladie ». Or, la prise en charge des personnes atteintes de déficiences motrices, sensorielles ou mentales peut être concernée par tous les autres risques. Tout d'abord, bien sûr, par le risque « invalidité » où sont regroupées les principales prestations destinées spécifiquement aux personnes handicapées (sans qu'il soit toujours aisé de distinguer les dépenses destinées à d'autres personnes) : prestations en espèces (pensions d'invalidité, rentes d'accidents de travail, pensions militaires, allocations aux adultes handicapés...) et prestations de services sociaux (établissements médico-sociaux, foyers de vie ou d'hébergement, centres d'aide par le travail...). Des personnes handicapées sont concernées également par les risques « vieillesse », « famille » et « emploi ». Certes, toutes ces données se trouvent incluses dans les comptes par catégories de prestations et par types des régimes (régime général, régime des non-salariés...). Cependant, dans chacune de ces classifications, il s'agit d'un nombre de prestataires indifférenciés et de prestations en valeur, mais aucun recoupement ne permet de caractériser les bénéficiaires qui souvent ont droit, non

pas à une seule, mais à plusieurs sources de prestations, qui se cumulent et se complètent.

Si les comptes actuels ne permettent pas d'évaluer directement les politiques et de prendre la mesure de l'équité (horizontale et verticale) de nos systèmes de santé et de protection sociale, en revanche grâce à la richesse et l'homogénéité des données publiées, ils apportent des mises en perspectives précieuses :

- par des études rétrospectives, qui chiffrent l'influence respective des différents facteurs de croissance de la consommation médicale et des dépenses collectives de santé au cours des dernières décennies ;
- par des études prospectives, à l'horizon 2010 notamment, pour toute une gamme d'hypothèses mettant en lumière les tendances lourdes de l'évolution du système de santé et de son financement ;
- par l'opportunité, grâce à l'adoption au niveau de l'ONU de la méthodologie de nos comptes satellites, de comparer les systèmes des différents pays et éventuellement, de coordonner les politiques de santé. ■

Professeuse Michèle Fardeau,

directeur du centre de recherches en économie de la santé,
Inserm U. 357/CNRS UMR 9932