

## alcool

### Les adolescents français face à l'alcool

Comportement et évolution  
Ireb

Paris : Prineps Éditions, 1998,  
120 p. Ouvrage disponible  
gratuitement dans la limite des  
stocks.

**C**ette nouvelle enquête sur les jeunes et l'alcool fait suite à une étude longitudinale initiée en 1985 portant sur un échantillon national de 691 garçons de 13 à 18 ans, réinterrogés en 1990 et 1995, qui avait pour but d'examiner dans le temps les attitudes et comportements en



matière de consommation de boissons alcoolisées et de mettre en évidence l'existence de facteurs prédictifs permettant de dégager des groupes à risque.

L'un des apports principaux de cette enquête est de permettre une comparaison entre les modes d'alcoolisation de la même population interrogée à dix ans d'intervalle.

L'étude du comportement des jeunes filles et de la tranche d'âge 19-20 ans, jusqu'alors non traités dans les enquêtes de l'Ireb, apporte également des éléments nouveaux qui enrichissent les connaissances acquises dans les recherches précédentes.

Claudine Le Grand

## politique de santé

### Sociologie de la santé

Langage et savoirs  
Environnement et éthique

Alphonse d'Houtaud

Paris : L'Harmattan, coll. Santé,  
sociétés et culture, 1998, 400 p.,  
210 F, 32,01 euros



et retrouve des constats maintes fois établis, y compris par le Haut Comité de la santé publique ou par les organismes internationaux, sur les inégalités intra-nationales ou sur les disparités entre les pays du sud et les pays du nord. Il reste que les derniers chapitres, en faisant déplacer l'analyse de l'environnement vers l'éthique nous donnent une lecture originale de la promotion de la santé en tant que phénomène social de responsabilisation. L'auteur discute également de façon fort intéressante les notions de liberté individuelles et de contraintes sociales.

Un regret pour terminer, qui est d'ailleurs soulevé par l'auteur lui-même. C'est que cette analyse transdisciplinaire ne soit portée que par un seul auteur, quel que soit son érudition et sa capacité d'ouverture. Une approche « plurielle » aurait en effet permis une analyse plus « mordante » et une remise en cause des constats somme toute traditionnels portés sur les indicateurs épidémiologiques ou économiques. Il y a ici un défi de taille à relever. L'ouvrage d'Alphonse d'Houtaud nous montre le chemin.

Laurent Chambaud

**O**n pourrait affirmer d'emblée que tout professionnel de santé publique devrait avoir lu ce livre. Non pas, disons-le sans détour, que cet ouvrage apportera des réponses aux problèmes concrets que se posent ceux qui affrontent les réalités du quotidien. Mais justement pour l'éclairage particulier et le décentrage total que l'auteur apporte. Pour la réflexion sur nos pratiques que ne manque pas de susciter cette analyse, ou plutôt ce parcours comme le dit si justement Jean-Pierre Deschamps.

Il est en effet « sain » de se pencher sur les champs sémantiques autour de la santé. Il est fascinant de suivre le passage du « salut » à la « santé » à travers la construction, puis la contestation des religions. Il est stimulant

de découvrir l'utilisation du TLF (trésor de la langue française) qui nous apprend, parmi de multiples exemples et analyses, que « santé publique » est la deuxième expression la plus fréquente pour dire la santé, cependant loin derrière le terme « bonne santé ». L'auteur passe également en revue les différentes approches de la santé, à partir de la psychologie, la sociologie, les sciences économiques ou l'histoire. L'aboutissement de cette partie permet de bien situer la sociologie de la santé comme nouvelle approche des problèmes de santé.

La seconde partie de l'ouvrage sera plus familière aux habitués du jargon de santé publique. On

## économie de la santé

### Régulation du système de santé Michel Mougeot

Paris : La documentation Française, coll. Conseil d'analyse économique, 1999, 203 p., 45 F, 6,86 euros

**E**n France, le niveau de dépenses de santé par personne est élevé. La part des richesses nationales consacrée à la santé est une des plus fortes du monde. Cependant les résultats ne se situent que dans la moyenne des pays développés.

Notre système fonctionne ainsi sur un modèle de régulation générateur d'inefficacité, d'inefficiency. La référence à une gestion publique garante du bien-être collectif ne peut légitimer, selon Michel Mougeot, la très grande liberté prise par les différents acteurs, offreurs de soins et malades, surtout avec la persistance de situations inégalitaires d'accès aux soins.

Le type de régulation proposé, structuré autour d'une planification de l'offre, induit en fait des comportements qui vont à l'encontre des effets et de la rationalité recherchés.

Ainsi, les politiques d'enveloppes fermées sectorielles conduisent à rigidifier le système en raison de l'inadaptabilité de ces instruments aux évolutions de la demande, de la productivité, de la qualité des soins et à l'innovation.

Option délibérément choisie pour éviter que le domaine de la santé ne soit laissé au jeu d'instruments de type marché, la régulation française, sous sa forme de planification centralisée, a créé en fait des instruments fictifs de gestion micro-économique. Les

## Régulation du système de santé

Rapport

Michel Mougeot

Commentaires  
Tony Atkinson,  
Yves Dimicoli  
et Jean-Jacques Rosa

Compléments  
Dominique Bureau,  
Laurent Causat,  
Dominique Henriot,  
Béatrice Majnoni d'Intignano  
et Jean-Charles Rochet

Annexes préparées par  
le CREDES,  
la Direction de la Prévision  
et l'INSEE

La documentation Française



tivités qu'ils rémunèrent. Si l'on sait le montant des dépenses de l'assurance maladie, ce chiffre n'a pas de signification économique véritable qui puisse s'inscrire dans un processus d'aide à la décision.

Les instances décisionnelles centrales, agissant dans une optique macro économique, refusent l'information par les prix qui résulteraient des échanges entre prestataires et malades. Les décisions peuvent être cependant traduites par des stratégies individuelles

des offreurs fondées sur l'asymétrie d'information.

Le prix administré est une norme moyenne. Les écarts négatifs par rapport au prix implicite réel correspondent à des rentes de situation. En France, comme le souligne Michel Mougeot, les règles de financement permettent aux offreurs soit d'accroître sans contrainte leur offre de soins, soit de réduire leur activité sans que leur recette ne diminue. Le résultat en est une « captation » de la régulation par les offreurs.

L'inefficacité actuelle du système serait la conséquence de l'absence d'ajustement spontané, de l'absence d'un demandeur qui placerait les offreurs dans une situation de concurrence. La fonction d'acheteur institutionnel, c'est-à-dire d'acheteur ayant suffisamment de pouvoir pour transgresser l'asymétrie d'information et devenir interlocuteur des offreurs dans une relation d'échange, n'existe pas.

L'assurance maladie n'a joué jusqu'ici qu'un rôle passif en ne

situant pas les offreurs en concurrence, en n'exploitant pas la situation de capacités excédentaires, en ne réduisant pas les budgets quand l'activité diminue, en créant un secteur II, en n'imposant pas l'utilisation de médicaments moins coûteux.

L'auteur plaide dès lors pour un recours à une concurrence réglementée (par appel d'offres ou sous forme de concurrence par comparaison) qui présente selon lui l'avantage d'instaurer des signaux-prix adéquats permettant de modifier les comportements de demande et d'offre de soins et d'éliminer certaines inefficacités dans un cadre décentralisé tout en évitant les abus d'un marché libre.

Pour Michel Mougeot, des solutions existent qui permettent de concilier la maîtrise des dépenses et la qualité des soins. Elles impliquent des changements de mécanismes d'allocation des ressources dans le cadre du monopole actuel de l'assurance maladie qui permettraient une régulation conjointe des marchés de soins. Elles supposent, fondamentalement, une inversion complète des règles qui permettent, à l'instar des expériences développées au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, d'attribuer des rôles d'acteurs économiques aux différents protagonistes de l'échange thérapeutique. Le système de santé français refuse, encore, de concevoir les implications économiques de cet échange. Les catégories économiques utilisées dans la conduite du système sont déterminées par la puissance publique. Cependant, appliquée dans un système à dualité privé-public cette démarche risque très souvent d'être détournée au profit des acteurs les plus influents, à savoir les offreurs. Un meilleur équilibre entre le rôle de la planification et celui des mécanismes incitatifs décentralisés doit être

recherché. Les conventions entre l'État et l'assurance maladie, les contrats entre agences régionales de l'hospitalisation et les établissements ou la contractualisation interne permettent de concevoir la mise en œuvre d'une régulation des dépenses. Le recours à une concurrence réglementée (sous forme de concurrence par comparaisons ou appels d'offres) présenterait l'avantage d'instaurer des signaux-prix permettant de modifier les comportements de demande et d'offre de soins. Il faut mettre fin à des comportements stratégiques des acteurs en instaurant des règles incitatives, réintroduire un ajustement par les prix et la rémunération par pathologies dans un cadre défini par l'État.

Sans doute est-il plus difficile de réformer le système de santé français que ceux des autres pays européens. Ceci pour plusieurs raisons d'ordre historique et culturel qui ont fondé la dimension institutionnelle et centralisée de notre système de santé et de protection sociale maladie. La référence à l'administration publique de la santé, *via* l'État, *via* l'assurance maladie, associée à un jeu de relations de type libéral entre prestataires et usagers est légitimée par l'ancrage déontologique au droit à la santé et la fonction régaliennne de distribution et d'allocation des biens tutélaires.

L'intérêt de l'approche préconisée par Michel Mougeot est d'attribuer à l'économie le rôle fondamental qu'elle doit avoir dans la révélation des processus de production et de consommation et de leurs effets sur l'allocation des ressources.

Les caractéristiques de l'échange en matière de santé impliquent évidemment que ces processus demeurent sous la tutelle de l'État garant d'un juste accès aux soins.

Marc Duriez

contraintes imposées par les procédures de détermination du volume d'offre ou des tarifs d'honoraires déterminent des réactions des prestataires sous forme de défense d'intérêts. Les procédures de fixation *a priori* de normes et d'objectifs conduisent en fait à des stratégies d'offeurs orientées vers la constitution de rentes. La fixation de tarifs d'honoraires incite à augmenter le volume d'activité, le principe de fixation d'enveloppes globales hospitalières favorise l'inefficacité par une possible réduction d'activité.

Cette démarche se distancie volontairement des modèles fondés sur la recherche de la « vérité des prix ». Ici le prix constitue un paramètre du modèle de régulation. Il est fixé administrativement, de façon directe (tarifs de convention) ou indirecte (valeur du point ISA, correspondant à la valeur par unité d'activité du financement de l'enveloppe hospitalière).

Il n'apporte aucun enseignement sur le bien-fondé des acti-