

**AFM - Audition publique**  
**Mercredi 28 mars 2007**

- dernière intervention de cette table ronde.

- M. Letourmy : en tant qu'économiste de la santé, je vais essayer de parler de la question de l'acquisition des aides techniques et je vais le faire finalement en m'inspirant des principes les plus fondamentaux de ma discipline, c'est pour cela que je ne vais pas répondre aux questions posées à cette table ronde car elles sont absolument évidentes.

Il y a vraiment un impact des aspects financier de la prise en charge sur l'acquisition et bien entendu le mode de prise en charge va modifier également les conditions d'acquisition.

C'est pour un économiste une évidence.

Ce qui est aussi une évidence, c'est que les petits ruisseaux font les grandes rivières et qu'il faut regarder l'aspect macro-économique de la prise en charge de toutes les aides techniques individuelles.

D'où la question de la régulation que je souhaite aborder.

Dans le domaine de la santé, ce qu'on va appeler l'hypothèse de non-saturation des besoins est peu contestable. Il y a aura toujours besoin d'aides techniques.

S'il y a saturation des besoins, il faut se demander comment on traite cette idée de besoins infinis.

Et donc, quelle démarche de régulation acceptable au niveau individuel et collectif ?

L'économiste va toujours avoir réflexe de se référer à ses modèles standards qui expliquent que la loi économique, c'est d'abord une logique d'échanges, et des phénomènes de marchés dans lesquelles il y a une demande et une offre.

On constate alors que dans le domaine de la santé cette demande va tendre à être infinie si le prix payé par la personne est nul.

Si on accorde la gratuité, la demande n'a aucune raison de trouver une limite, c'est ce que les économistes appelle un comportement d'aléa moral, c'est-à-dire que les personnes n'ont aucune raison de se priver des biens et des services proposés.

Il faut alors envisager un partage du coût entre ce qui relève de la collectivité et ce qui relève de l'individu. Ce partage est bien connu, c'est un co-paiement de type franchise, ticket modérateur, plafond de prise en charge, etc.

Si on regarde du côté de l'offre, l'offre, si elle n'est pas particulièrement influencée par des dispositifs particuliers, va s'orienter vers la demande la plus solvable et offrir une gamme de produits substituables.

Et évidemment, plus une demande est solvable, plus vous aurez des produits mis sur le marché.

Inversement, si le prix payé est insuffisant, vous n'aurez pas d'offre, c'est-à-dire que les entrepreneurs n'auront aucune raison de mettre sur le marché un produit qui ne leur rapporte rien.

On l'a entendu pour le design universel, mais c'est un problème bien connu avec les maladies orphelines. Tout ceci est donc assez classique.

Il ne faut pas non plus tomber dans un économisme excessif et constater que ces modèles ne s'adaptent pas à la situation présente.

Pourquoi ils ne s'adaptent pas Parfaitement ?

Car on met en place une procédure d'éligibilité qui n'est pas un fonctionnement de marché.

On a une demande adressée à un comité d'experts qui va décider de la prise en charge de tel bien ou service.

On est dans un modèle de demande dérivée, c'est-à-dire que la relation prix-quantité, c'est-à-dire quelles quantités demandées en fonction du prix, n'est pas explicite.

C'est extrêmement gênant.

On va nous dire que les experts sont des sages capables de décider au coup par coup, mais le problème, c'est qu'ils décident au coup par coup et à partir de là, s'ils se trouvent confrontés à un montant qui est globalement fixé, c'est 'le cas pour les dépenses publiques, il va se passer un phénomène de rationnement, c'est-à-dire que les premiers demandeurs vont peut-être être les premiers servis et peut-être que des besoins légitimes ne seront pas satisfaits, au final.

Par ailleurs, ils ne sont pas socialement neutres, contrairement à ce qu'on entend, et l'exemple assez connu de l'AAH a bien montré que les choix n'étaient pas homogènes selon les départements.

Cela montre que ces choix ne sont pas clairs et transparents du point de vue économique et donc, ce que l'on peut dire, c'est que le choix technique d'une équipe pluridisciplinaire ne vaut pas régulation économique.

A partir de là, est-ce qu'il y a des pistes dans la théorie économique ?

Je pense qu'il y en a un certain nombre. Je n'ai pas cherché du côté de l'offre.

Mais, du côté de la demande, il est intéressant de regarder deux idées : d'une part l'idée de séparabilité de la demande car tous les produits ne sont pas équivalents, il y a des produits substitutifs ou complémentaires et les choix devraient prendre en compte ces produits substitutifs ou complémentaires.

La piste peut-être la plus intéressante consiste à dire que l'aide technique n'est pas l'objectif de la demande, mais c'est la santé qui est l'objectif.

L'aide technique permet d'atteindre cette santé.

Et donc la santé, soit rapporte du bien-être à l'individu, soit du temps de travail et par conséquent une rémunération.

Il y a donc au moins deux voies possibles qui consistent à dire : on va considérer une demande de santé dans un but hédoniste et déterminer le partage du financement entre l'apport hédoniste et productif, ou bien en fonction de la capacité à travailler et gagner de l'argent que l'aide technique va apporter à l'individu.

Ce que cela implique, c'est qu'on ne devrait pas envisager la prise en charge sans tenir compte du projet de vie de la personne.

Après tout, une même aide technique pourrait être prise en charge différemment selon la nature du projet de vie des personnes.

Pour conclure, je voudrais dire qu'il ne faut pas s'arrêter aux aspects financiers pour prendre des décisions sociales. Mais l'intérêt économique peut avoir un intérêt pédagogique sur la réflexion.

Lorsqu'on s'intéresse uniquement à des qualités intrinsèques des aides en les coupant de l'utilisation, on va plutôt favoriser les producteurs. Je vous remercie.