

Dans ce numéro

**POURQUOI LA RICHESSE NE S'EST-ELLE PAS
DIFFUSEE AVEC LA CROISSANCE ?**Par Jérôme BOURDIEU, Gilles POSTEL-
VINAY, Akiko SUWA-EISENMANN**QUELLE REFORME DE LA TARIFICATION
HOSPITALIERE ?**

Par Brigitte DORMONT et Carine MILCENT

POURQUOI LA RICHESSE NE S'EST-ELLE PAS DIFFUSEE AVEC LA CROISSANCE ? LE DEGRE ZERO DE L'INEGALITE ET SON EVOLUTION EN FRANCE, 1800-1940

Par Jérôme BOURDIEU, Gilles POSTEL-VINAY, Akiko SUWA-EISENMANN

Savoir comment les inégalités économiques ont évolué dans le long terme est une question classique en sciences sociales. Nous prenons ici le parti d'analyser les inégalités en considérant la part des individus qui meurent avec un patrimoine. Ce point d'observation paraît central à la fois parce qu'il se place au cœur de la transmission et de la reproduction des inégalités et parce qu'il oppose ceux qui ont accumulé et ceux qui, ne l'ayant pas fait, sont restés hors du jeu capitaliste, qu'ils n'aient pas voulu ou pas pu y entrer.

Ce parti est inhabituel. D'ordinaire, on envisage plutôt les inégalités de revenus qui renvoient directement à des inégalités de conditions et de modes de vie. Et si l'on s'intéresse à la richesse, il est plus courant d'analyser celle des vivants que celle des morts. Dans l'un ou l'autre cas, on considère la distribution dans son ensemble et, au lieu de chercher à déterminer combien d'individus ont ou non un patrimoine, on examine quelle part du revenu ou de la richesse totale détiennent différentes fractions des plus riches ou des plus pauvres.

Mais, d'une part, agréger monétairement des biens ne suffit pas à produire une mesure objective de la richesse économique. D'autre part, l'existence d'une richesse *au décès* ne peut être assimilée à une mesure d'un bien-être matériel – dont le mort ne profite plus... On est donc obligé de rapporter cette richesse à un ensemble d'usages qu'il faut expliciter et dont il faut préciser la permanence dans le temps. Ce que nous mesurons, ce n'est donc pas un indicateur appauvri de l'inégale distribution de la "richesse économique" mais un rapport socialement construit à la constitution du patrimoine des familles dont le caractère économique n'est qu'une dimension parmi d'autres.

Une hypothèse importante est que se constituer un patrimoine économique ne s'opère pas à la marge, dès le premier franc gagné, mais suppose le franchissement de seuils. Il existe des "barrières à l'entrée" de l'accumulation économique. La coupure entre ceux qui laissent ou non une succession doit ainsi être considérée à la fois comme un indicateur d'inégalité et comme définissant un seuil de pauvreté.

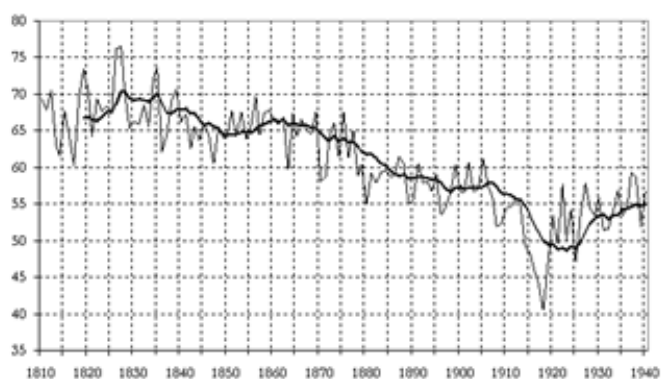
Enfin, il importe de prendre au sérieux les mécanismes qui font que le patrimoine des défunts est largement défini par des institutions historiques. Destinée à être transmise, elle se définit par ce qu'elle exclut, c'est-à-dire tout ce qui a déjà été transmis et qu'il ne décompte pas – comme l'éducation ou comme une part des investissements familiaux consentis lors du mariage des enfants. Il est défini également par le contexte juridique et fiscal qui donne notamment le classement des ayants-droits. Qui plus est, il est évidemment affecté par le fonctionnement concret de

l'administration fiscale, son aptitude ou son désir plus ou moins grands de contrôler chaque type d'actifs et chaque individu. Or la valorisation monétaire du patrimoine qu'effectue le fisc fait entrer dans la richesse économique et rend comparables les biens qu'il a sélectionnés selon des modalités qui lui sont propres.

Nous utilisons un nouvel ensemble de données sur la richesse collectées dans toute la France de 1800 à 1940 qui permet de connaître la situation de fortune au décès d'un échantillon de quelque 75000 individus morts entre ces deux dates. Mais nous y faisons appel de façon sélective, et, négligeant l'inégalité interne à ceux qui ont eu accès à la richesse, nous nous attachons ici à l'opposition liminaire qui sépare ceux qui ont eu assez de richesse pour laisser une succession et les autres. Nous dirons que la part des premiers dans l'ensemble de la population constitue "l'inégalité primaire" par opposition à un type d'inégalité étudiée plus classiquement qui concerne les niveaux de fortunes au sein du groupe des détenteurs de la richesse.

Précisons : pour analyser la façon dont évolue au cours du temps l'accès à la richesse, nous utilisons la situation de fortune au décès de cet échantillon d'individus. Les services fiscaux établissent en effet avec une bonne précision l'existence ou l'inexistence d'un patrimoine (si faible soit-il) pour toute personne décédée et consignent le résultat individuel par individu dans des tables dites *Tables de successions et absences* qui sont disponibles pendant l'ensemble de la période. C'est sur cette base qu'est construit le *graphique 1* qui précise la façon dont évolue entre 1800-1940 l'inégalité primaire.

Graphique 1 : Proportion d'adultes laissant une succession par année de décès (1810-1940)*



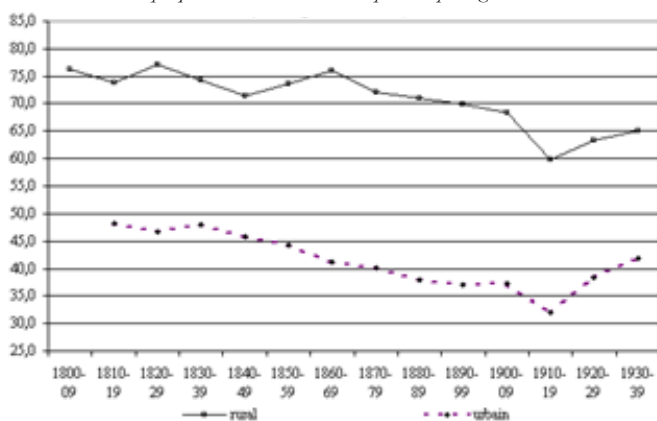
* Moyenne mobile sur dix ans

Parmi la population qui meurt à l'âge adulte, la proportion de ceux qui laissent une fortune est au départ élevée : elle est proche de 70 % dans les années 1820. Mais elle diminue ensuite. Oscillant autour de 65 % pendant les décennies 1840, 1850 et 1860, elle descend aux environs de 58% entre 1880 et 1909 et touche le fond pendant la décennie suivante avant de remonter à 55 % dans l'entre-deux-guerres. Le déclin s'accélère donc entre 1870 et 1890 avant de s'atténuer entre 1890 et 1914 ; la guerre marque alors une rupture brutale mais non durable. Après que le taux de successions positives ait atteint un minimum de 40% en 1918, elle retrouve dans les années 1930 à peu près son niveau d'avant-guerre. Ainsi, au-delà des hauts et des bas de la courbe, se dégage nettement une tendance générale rompue seulement par des événements exogènes comme les guerres : l'inégalité primaire s'accroît.

Pourtant, en même temps que la proportion des décédés sans fortune augmente, le pays connaît une croissance importante, mise à part la longue période de décélération et de crise du dernier tiers du XIXe siècle. Or la coexistence de ces deux tendances opposées est évidemment surprenante. En dépit de la Révolution française qui a eu la volonté de bâtir une société de petits propriétaires terriens et en dépit d'un siècle et demi de croissance économique soutenue, la proportion de ceux pour qui "la propriété privée [a] été abolie" – pour reprendre la formule de Marx et d'Engels – s'est accrue de 15 % entre 1820 et 1940. On s'attendrait plutôt à ce que l'accumulation de richesses (et de capitaux) consécutive à une longue phase de croissance se soit retrouvée dans les mains de plus en plus d'individus. Il y a là une énigme qu'il importe de résoudre.

Si l'on tente d'expliquer pourquoi le taux de pauvres a augmenté au lieu, disons, de se maintenir constant, on peut identifier plusieurs facteurs. Jouent tout d'abord les changements dans la composition de la population. Les changements de structure qui transforment une population agricole en ouvriers et en patrons, des indépendants en salariés, des ruraux en urbains et des jeunes en vieux, expliquent la moitié de cette augmentation (voir graphique 2 par exemple)

Graphique 2 : Taux de successions positives par région de résidence



L'autre moitié tient à l'apparition de nouvelles façons d'organiser le cycle de vie et de transmettre. Loin de rester constantes la propension à posséder un actif au décès diminue pour toutes les tranches d'âge – même dans le groupe des personnes en passe de sortir de la vie active ou qui s'en sont déjà retirées (50 à 64 ans), dont l'épargne de précaution aurait dû augmenter si il s'était agi de financer une retraite désormais plus longue (cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Taux de successions positives par classes d'âge

		1800-1869	1870-1899	1900-1940
Tous	20-49 ans	52,3	43,7	37,9
	50-64 ans	65,8	60,3	56,2
	Plus de 65 ans	65,1	60,5	54,9
Hommes	20-49 ans	48,7	41,5	35,8
	50-64 ans	66,3	61,2	55,5
	Plus de 65 ans	68,4	64,0	59,3
Femmes	20-49 ans	56,0	46,6	42,1
	50-64 ans	65,4	59,6	57,0
	Plus de 65 ans	62,1	57,0	51,0

Il devient progressivement moins nécessaire d'épargner pour ses vieux jours à mesure que se développent des institutions de prise en charge de la retraite et des formes d'épargne qui, comme l'assurance-vie, ne génèrent plus de capital au décès. Sous des hypothèses plausibles nous calculons que 4% de la diminution du taux de successions positives est imputable à l'assurance vie et 12% à l'émergence des systèmes de retraite.

Une moitié, plus 12% plus 4% : reste donc environ un tiers de la diminution à expliquer. Ce dernier tient à ce que les décisions de transmission au sein de la famille évoluent. Les uns tendent à favoriser le conjoint survivant au détriment des enfants, du moins pour ce qui est du capital physique (l'inverse étant vrai pour le capital humain). D'autres renvoient à des mécanismes qui touchent toutes les catégories d'individus, que ce soit le secteur d'activité, l'âge, ou la zone de résidence. La famille tend à comprendre moins d'enfants, ceux-ci habitent loin de leurs parents qui vivent désormais plus vieux et plus souvent seuls. La transmission inter-générationnelle passe par d'autres formes et notamment par des dépenses accrues d'éducation tandis qu'une part plus importante de l'épargne des parents est consacrée à financer leurs vieux jours.

Au total, la fortune au décès est une mesure du capital économique qui s'inscrit dans un ensemble des ressources sur lesquelles l'individu peut compter durablement et qui sont plus ou moins capitalisables, par opposition à des comportements d'adaptation au jour le jour. Un individu peut envisager de disposer de ressources durables de bien des façons : certaines relèvent d'investissements comme la détention d'actifs productifs ou l'acquisition de compétences et de savoir-faire ; d'autres s'appuient sur divers groupes sociaux et notamment la famille ; d'autres encore s'en remettent à des soutiens extérieurs (la charité privée ou l'aide de l'Etat). Les décisions en cause n'ont pas toutes une contrepartie économique. Il faut pour cela qu'elles produisent des biens appropriables (ce qui n'est le cas ni de la forêt communale ni des 'aménités' urbaines) et échangeables (ce qui n'est pas le cas du capital humain) donc auxquels il est possible de conférer une valeur monétaire. C'est donc dans la relation aux autres formes de capital et aux autres ressources que nous analysons la richesse économique. Dès lors, laisser ou non un capital en fin de vie n'est plus autant synonyme de pauvreté ou de richesse; mais cette décision d'ordre privée est indissociable des évolutions macro-économiques et historiques qui conditionnent les attitudes individuelles vis-à-vis de la famille et de la société. En un siècle et demi le rôle de la fortune au décès a changé.

Ce texte est issu d'un article sous le même titre à paraître dans *Histoire et Mesure*, 2003.

J. Bourdieu, G. Postel-Vinay et A. Suwa-Eisenmann sont chercheurs à la Fédération PARIS-Jourdan (INRA, LEA).
 Contacts : jerome.bourdieu@ens.fr, gpv@ens.fr, akiko.suwa@ens.fr

QUELLE REFORME DE LA TARIFICATION HOSPITALIERE ? POUR QUELS GAINS D'EFFICACITE ?

Par Brigitte DORMONT et Carine MILCENT

Les points de vue sur l'hôpital semblent inconciliables. D'un côté, les acteurs du secteur hospitalier se plaignent sans relâche de la pénurie de moyens à leur disposition. De l'autre, les constats se multiplient pour souligner les inefficacités qui caractérisent l'activité hospitalière.

Une réforme de la tarification est évoquée depuis plusieurs années, avec pour référence le modèle américain de tarification par pathologie. Ce système consiste à financer chaque séjour hospitalier par un forfait défini en fonction de la pathologie traitée. Un changement effectif semble maintenant décidé, puisqu'à partir de janvier 2004 devrait être appliquée une « tarification à l'activité¹ » dont le principe s'inspirerait de la tarification par pathologie.

C'est dans la perspective d'une telle réforme que nous avons étudié la variabilité des coûts des hôpitaux publics français. En considérant des données à trois dimensions hôpital-séjour-année concernant des patients hospitalisés pour infarctus du myocarde aigu, nous avons pu identifier les inefficacités et évaluer les gains budgétaires qui pourraient découler d'une réforme de la tarification hospitalière.

L'idée que le secteur hospitalier doit être régulé est généralement admise, quelle que soit l'organisation du système de soins. Cet impératif ne découle pas en effet du statut des établissements. Il est lié au fait que la demande qui s'adresse aux hôpitaux est, grâce à la couverture par l'assurance maladie, peu influencée par les mécanismes de marché.

Les établissements hospitaliers peuvent être régulés par des tutelles aux statuts forts différents : Etat (hôpitaux publics français), assureur universel obligatoire (programme Medicare pour les retraités américains) ou assureur privé (organisations de soins intégrées aux Etats-Unis). Mais les objectifs sont toujours les mêmes. Le régulateur doit encourager les hôpitaux à répondre aux besoins, sans induire d'activité injustifiée. Il doit inciter les établissements à fournir les soins au moindre coût, sans sacrifier la qualité ni sélectionner les patients. Il doit distribuer les ressources de manière équitable entre les hôpitaux et, dans cette perspective, évaluer l'activité de production de soins des établissements et les contraintes spécifiques auxquelles certains d'entre eux sont confrontés.

Plusieurs techniques de paiement peuvent être utilisées. Le paiement à l'acte finance de manière rétrospective les soins au niveau du coût observé. Le budget global consiste à attribuer à l'établissement un budget pour l'ensemble de son activité annuelle. La tarification par pathologie consiste à financer chaque cas traité par un forfait calculé de façon prospective pour chaque pathologie. Le principe de l'achat de soins, enfin, consiste à sélectionner par un mécanisme d'enchères le prestataire d'un panier de soins prédéfinis.

Comme les hôpitaux de la plupart des pays de l'OCDE, les hôpitaux français ont tout d'abord été financés par un système de paiement rétrospectif. Entre 1945 et 1983, celui-ci a pris la forme du calcul d'un prix de journée. L'absence de contrainte budgétaire qui a prévalu durant cette période s'est traduite par une forte dérive des dépenses hospitalières mais aussi par le développement d'une médecine de pointe. Le budget global est instauré en 1983. Ce système permet de contrôler rigoureusement la dépense, mais risque par nature d'entraîner une diminution du volume de services rendus et de la qualité des soins. Dans le cas français, le budget est alors établi plus ou moins indépendamment de l'évolution de l'activité des hôpitaux, par l'application d'un taux de croissance uniforme (taux directeur) à la dotation de l'exercice précédent. De fait, ce dispositif a figé les inégalités de dotations initiales héritées de la période antérieure

de tarification au prix de journée. Il a aussi contribué à étouffer par la contrainte budgétaire les projets éventuels des établissements les plus dynamiques. Encore appliqué actuellement, le système du budget global permet ainsi des inefficacités dans l'activité des établissements et conduit à une allocation inéquitable des ressources.

La réforme envisagée mettrait en place une tarification par pathologie. Ce système consiste à proposer un paiement forfaitaire pour chaque cas traité dans une pathologie donnée. Le principe essentiel de ce paiement réside dans son caractère prospectif : ceci constitue une forte incitation à l'efficacité car les surcoûts liés à d'éventuelles inefficacités sont à la charge du prestataire de soins. Une fois posé ce principe, la tutelle reste toutefois confrontée à un problème technique non négligeable : elle doit fixer une valeur du forfait assez proche du coût de production efficace, afin de ne pas attribuer à l'hôpital des rentes excessives ou, à l'inverse, le conduire à la faillite. Or, le niveau du coût de production efficace est une information détenue uniquement par l'hôpital. La tutelle doit s'efforcer de l'identifier par des procédures appropriées. La théorie économique propose la solution suivante. Pour chaque pathologie l'hôpital serait remboursé selon un forfait établi sur la moyenne des coûts de l'ensemble des autres hôpitaux. Mais ce modèle, idéal dans ses prédictions, repose sur des hypothèses peu réalistes : homogénéité des hôpitaux, homogénéité des patients pour une pathologie donnée, qualité des soins fixée. Dans les faits, les variations de coût entre les établissements s'expliquent aussi par des activités de recherche et développement, d'un grand dynamisme dans la mise en œuvre de procédures innovantes, par exemple, orientations plutôt favorables au bien-être collectif, ou encore l'état de complication des patients. Le paiement forfaitaire risque ainsi de définir une tarification trop homogène qui encouragerait des comportements néfastes pour les usagers : sélection ou discrimination des patients, baisse de la qualité des soins délivrés.

L'expérience américaine en la matière est édifiante. Ce système fut introduit pour la première fois aux Etats-Unis en 1983 par le programme *Medicare* pour rembourser les séjours hospitaliers de ses ayants droit. Le but recherché était de parvenir à une maîtrise des dépenses hospitalières. Très rapidement, on s'est écarté de l'application stricte d'un paiement prospectif. Des ajustements ont été instaurés pour tenir compte de la variété des conditions d'exercice des hôpitaux sur le territoire et des disparités dans la composition de la clientèle. Avec la mise en place d'instances de contrôle, ces nombreux aménagements ont été introduits afin de limiter les comportements déviants auxquels incitait un paiement forfaitaire trop homogène : sélection de patients, baisse de la qualité des soins ou encore manipulation du codage des séjours (pour aboutir à une pathologie mieux rémunérée). Ainsi, la tarification a évolué vers l'intégration progressive d'une proportion croissante de paiements à caractère rétrospectif.

Pour la France, nous cherchons à évaluer l'ampleur des inefficacités en place à l'issue de la longue période d'application du budget global. Nous appliquons une analyse économétrique à un échantillon de 7 314 séjours pour infarctus du myocarde aigu observés dans 36 hôpitaux publics sur les années 1994-1997. Nous avons vu qu'un des dangers d'une tarification forfaitaire trop homogène était d'inciter à la sélection de patients ou à la baisse de la qualité des soins : il est alors crucial de bien distinguer, dans l'explication de la variabilité des coûts hospitaliers, ce qui est dû à une gestion inefficace de l'hôpital (aléa moral), des autres éléments que sont les effets de la composition des patients et les hétérogénéités incompressibles entre les établissements (dus à des spécificités géographiques,

infra structurelles ou encore à des missions particulières comme l'enseignement ou la recherche). Sur le plan technique, nos données stratifiées à trois dimensions (hôpital-séjour-année) permettent d'identifier sans ambiguïté une partie de l'aléa moral, que nous appelons « aléa moral de court terme ». Concrètement, on peut penser à la plus ou moins grande rigueur qui peut être adoptée par le gestionnaire de l'hôpital dans les procédures annuelles de négociation pour les marchés des consommables et pour les tarifs des différentes activités assurées par des intervenants extérieurs. La variabilité des coûts est aussi influencée par une composante permanente d'hétérogénéité non observée, que nous appelons « effet fixe hôpital ». Cet effet peut être interprété de la façon suivante : toutes choses égales par ailleurs, un hôpital est plus coûteux que les autres de façon permanente, à cause de faibles économies d'échelle (effets de taille), de faibles économies de gamme (liées à la combinaison des types de cas traités), d'une mauvaise gestion (aléa moral permanent) ou encore d'une bonne qualité des soins. Il n'est pas possible de repérer, dans l'effet fixe hôpital, ce qui est dû à la qualité des soins et ce qui serait attribuable à une inefficacité permanente. Nous préconisons d'intégrer cet effet fixe hôpital dans les paiements d'une future tarification. Cette formule présenterait l'avantage de ne pas trop contraindre financièrement les hôpitaux souhaitant délivrer des soins de bonne qualité. Par ailleurs, cela n'exclurait pas de réaliser de substantielles économies budgétaires grâce à la réduction de l'aléa moral de court terme, dont nous allons constater l'importance.

Les séjours pour infarctus du myocarde de notre échantillon ont un coût moyen de 4 198 Euros, avec un écart-type de 2 863 Euros. La fonction estimée explique la variabilité des coûts par des caractéristiques observables des patients (âge, sexe, etc.) et des hôpitaux (statut, taille, activité d'enseignement ou de recherche, etc.) et permet d'identifier les autres sources de variabilité. On trouve un écart-type de l'effet fixe hôpital égal à 1 057 Euros et un écart-type de l'aléa moral de court-terme de 399 Euros. Ainsi, ce dernier représente environ 40 % de l'écart-type de l'effet fixe hôpital. Ce résultat suggère que la mise en place d'une tarification incitant à la réduction de ce seul aléa moral transitoire devrait déjà conduire à de fortes économies budgétaires.

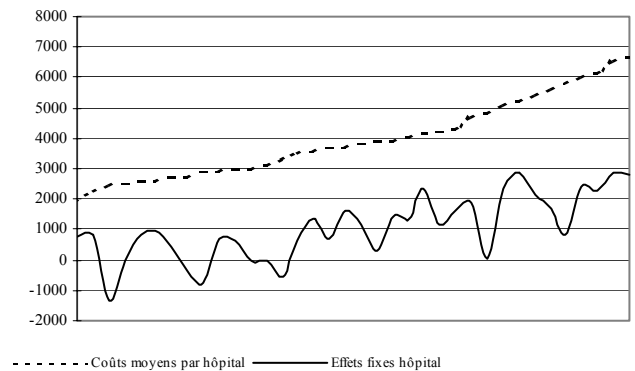
Nous proposons une tarification relativement souple. La tutelle tiendrait compte des hétérogénéités non observées constantes dans le temps, c'est à dire de l'effet fixe hôpital. Elle rémunérerait ainsi toutes les hétérogénéités entre les établissements : les différences de qualité mais aussi les écarts de coûts qui seraient dus à des inefficacités permanentes de gestion. Cette tarification resterait incitative car elle ne financerait pas les variations de coûts hospitaliers dues à l'aléa moral transitoire.

Des simulations permettent d'évaluer l'effet de l'application d'une telle tarification. Nous obtenons 16 % d'économies budgétaires potentielles. Cet effet non négligeable est dû à l'importance de la variabilité des coûts attribuable à l'aléa moral de court terme.

Ces simulations sont effectuées à comportement et à niveau d'activité constants : trouver 16 % d'économies signifie que, pour l'activité observée ces années-là, on aurait pu dépenser 16 % de moins. Or, à la différence d'une régulation par budget global, le volume d'activité n'est en principe pas borné dans la tarification par pathologie. Cette caractéristique est d'ailleurs à mettre au crédit de ce mode de tarification : il devrait inciter les hôpitaux à un fonctionnement efficace sans induire une pénurie de moyens. Il devrait être considéré comme un progrès par les acteurs du système hospitalier, car il permet de répondre aux besoins de la population en instaurant une contrainte budgétaire beaucoup moins brutale que la dotation globale. En contrepartie, la maîtrise par la tutelle de la dépense hospitalière totale serait moins assurée, ce qui renforce l'impératif de la définition

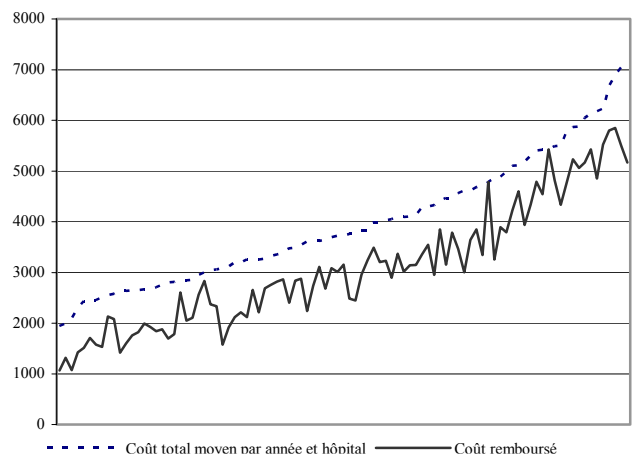
rigoureuse d'une tarification incitant les établissements à fonctionner de façon efficace.

Graphique 1 : Coûts moyens et effets fixes par hôpital



Les observations sont rangées par ordre croissant de coûts moyens. La courbe en traits pleins des effets fixes hôpitaux représente l'hétérogénéité non observée des hôpitaux constante dans le temps. On constate l'importance de cette source de variabilité, qui recouvre à la fois des différences de qualité des soins délivrés, des effets dus aux infrastructures et des inefficacités permanentes. Nous proposons que la tutelle accepte de rémunérer les effets fixes hôpitaux, sans demander aux hôpitaux de justifier ces écarts de coûts.

Graphique 2 : Coût moyen et coût remboursé par hôpital



Les observations sont rangées par ordre croissant de coûts moyens. La courbe en traits pleins représente la partie du coût remboursée aux hôpitaux. La tutelle ne rembourse pas les inefficacités des hôpitaux variant dans le temps (correspondant à l'aléa moral de court terme). Ces inefficacités sont assez substantielles pour qu'une tarification ne finançant pas cet aléa moral de court terme conduise à 16 % d'économie budgétaire.

Ce texte est issu de « Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités », par B. Dormont et C. Milcent, *Annales de l'Insee*, à paraître. B. Dormont est Professeur à l'université Paris X-Nanterre et membre du Thema, C. Milcent est Chercheur CNRS au Delta (fédération PARIS-Jourdan). Contact : milcent@java.ens.fr.

¹ Cette dénomination apparaît un peu mystérieuse au chercheur familier des questions de régulation dans le secteur de la santé. Elle apparaît en effet comme une sorte de concaténation formelle de la tarification par pathologie et du paiement à l'acte, alliance contre nature sur le plan des objectifs de régulation. Nous ne pouvons que l'interpréter comme une création sémantique visant à produire du consensus.