

L'entreprise publique de santé dans un Etat modeste

Autor(en): **Pidoux, Ph. / Kleiber, C.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales**

Band (Jahr): **45 (1987)**

Heft 4

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-139561>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

L'entreprise publique de santé dans un Etat modeste

Ph. Pidoux,
*docteur en droit,
Master of Comparative Jurisprudence,
conseiller d'Etat,*

C. Kleiber,
*architecte EPFL,
chef du Service de la santé publique
et de la planification sanitaire*

1. INTRODUCTION

L'expérience de la maladie, la confrontation avec la douleur et la mort ont de tout temps suggéré aux hommes des techniques et des rituels thérapeutiques qui, en dernière analyse, constituent une tentative pour supporter l'insupportable et repousser l'échéance de la mort. Toutes les sociétés ont exprimé, à leur manière, avec leurs moyens et leurs croyances, ce vertigineux face à face avec notre mortelle condition. Avec la naissance de la clinique qui, au milieu du 19^e siècle, ouvrait le champ des interventions thérapeutiques, avec le développement du capitalisme industriel qui permettait progressivement de dégager les moyens pour financer un appareil de soins, s'est constituée peu à peu une véritable économie de la santé. En pleine expansion, ce secteur de notre économie, qui emploie environ 8 % de la population active et représente près de 9 % du produit national brut, est vécu – tous les sondages en témoignent – comme une priorité sociale.

L'économie de la santé est pourtant mal connue. L'inertie d'une organisation complexe, l'évidence de sa légitimité, la distance que crée un financement par caisses-maladie et Etat interposés auraient-elles découragé la curiosité des économistes, des gestionnaires ou des consommateurs curieux ? Pourtant, des menaces pèsent sur les entreprises publiques de santé qui, plus que jamais, mériteraient l'attention de tous. L'administration du cours des choses n'est plus possible, des choix à l'avenir devront être faits. Quelles sont les principales difficultés et les contradictions de la situation sanitaire actuelle, quelles sont les spécificités de l'économie de la santé, quel est le rôle de l'Etat dans ce domaine, quels sont les moyens et les stratégies qui permettront de maîtriser le développement sanitaire ?

Telles sont les questions qui sont abordées ci-après. Les réponses, alimentées par le doute, contribueront, nous l'espérons, à animer le débat et peut-être à formuler un jour une véritable politique de la santé.

2. CONTRADICTIONS ET DIFFICULTÉS DE LA SITUATION SANITAIRE ACTUELLE

Schématiquement, trois contradictions majeures marquent la situation sanitaire actuelle. Les dépenses de santé, en francs constants, croissent encore environ deux fois plus vite que la capacité de les financer: c'est la première contradiction. Les coûts augmentent nettement plus vite que les résultats des actions sanitaires, qu'ils soient exprimés en terme de diminution de la mortalité et de la morbidité ou, plus intuitivement, en terme d'autonomie, de douleur atténuée: c'est la deuxième contradiction. Enfin, et c'est la troisième contradiction, le système de santé absorbe des ressources de plus en plus importantes pour la réparation de la santé, alors que les déterminants de la santé sont principalement ailleurs: dans le comportement des individus, dans la qualité et la sécurité de l'environnement en particulier. L'économie de la santé est donc actuellement dans une situation de rendement décroissant, où le coût marginal du progrès sanitaire est de plus en plus élevé, au moment même où les ressources collectives et individuelles pour financer son développement sont de plus en plus comptées. Si rien ne change, si la croissance économique reste modeste, c'est l'impasse et la perspective difficilement évitable du rationnement des services de santé.

Cette situation s'est créée insidieusement depuis 1950 environ, soit au début de la période de rapide croissance que nous avons connue entre 1945 et 1975. Dès cette date, la croissance économique a permis de dégager des moyens de financement de plus en plus importants qui trouvaient dans le secteur de la santé un terrain favorable: demande illimitée, évolution technologique très rapide, capable d'absorber immédiatement de nouvelles ressources, grande légitimité sociale des investissements liés à la santé. Toutes les conditions étaient réunies pour créer dans le domaine sanitaire une dynamique d'auto-alimentation: l'évolution de l'offre provoque la demande, qui suscite immédiatement une offre nouvelle, qui à son tour suscite une nouvelle demande et ainsi de suite. En quelque vingt-cinq ans, dans un consensus social complet, l'appareil sanitaire s'est développé et s'est fait de plus en plus présent dans notre vie quotidienne. Ainsi avons-nous peu à peu intériorisé une dépendance accrue vis-à-vis du système sanitaire, notre vie ne se concevant plus sans un recours régulier aux services de santé: c'est ce que certains ont appelé la médicalisation de la société.

Développement doux, sans tension sociale, des ressources nouvelles permettant de répondre sans difficulté aux revendications de tel ou tel corps professionnel, de financer le nouvel hôpital réclamé par telle région, d'acquérir le dernier équipement exigé par tel spécialiste. L'abondance des ressources évitait les choix, la coalition des soignants et des soignés, c'est-à-dire de tous, donnait à ce développement sa légitimité. L'idéologie de l'accumulation et de la croissance permanente trouvait là un terrain particulièrement favorable. Toujours plus, toujours mieux, le moteur sanitaire tournait à plein régime, rien n'était trop beau...

Le décor change peu à peu à partir de 1975-1976. Une rupture du rythme de progression des dépenses de santé apparaît timidement en 1978, soit près de quatre ans après la mise en place des premières mesures de maîtrise des coûts. Cette rupture est provoquée essentiellement par une diminution de la croissance des dépenses hospitalières, les autres dépenses continuant pour l'essentiel leur progression. Avec l'application des principes de l'enveloppe

budgétaire, qui permet d'approcher la « croissance zéro », ce mouvement se confirme progressivement dans notre canton. Le plafonnement des dépenses hospitalières à un niveau compatible avec les ressources collectives provoque toutefois peu de changement à l'intérieur des hôpitaux ; la redistribution interne des effectifs pour faire face aux inégalités de la charge de travail par service, par exemple, reste modeste. La rigueur économique n'entraîne pas davantage une allocation sensiblement différente des ressources entre les différentes modalités de l'action sanitaire ; la part affectée aux actions préventives, par exemple, est en proportion plus faible qu'elle ne l'a jamais été. Les entreprises sanitaires riches, conservatrices, protégées des rigueurs du marché, conservent jalousement leurs ressources, leur territoire et leur pouvoir.

Jusqu'à-là, des ressources latentes, diverses mesures de rationalisation, la stabilité de l'activité hospitalière – à l'exception du CHUV – ont permis de faire face aux effets de la limitation des dépenses. Tous les efforts concourent à protéger les équilibres précaires réalisés progressivement par le passé, à les figer face à un avenir incertain. Le vieillissement démographique, l'évolution de plus en plus technique de la médecine ne peuvent toutefois que provoquer des dépenses nouvelles qui viendront s'ajouter aux charges actuelles et qui mettront en cause profondément les équilibres réalisés. Sans ressource nouvelle importante, sans changement spontané dans le fonctionnement et dans les structures de l'organisation sanitaire, les tensions perceptibles ici et là ne peuvent que s'accroître. Elles s'accroîtront : dans ce monde sanitaire constitué de pouvoirs multiples et contradictoires, les changements se feront « à chaud » ou ne se feront pas. L'avenir sanitaire est donc conflictuel.

Pour dépasser le conflit, pour canaliser l'énergie née de la tension et l'exploiter en faveur d'une transformation du système sanitaire dans le sens de l'intérêt public, il faut une politique, un véritable projet sanitaire qui renforce les convergences, limite les divergences et offre à chaque partenaire, à chaque institution, un rôle clair dans lequel ils puissent s'investir. Un tel projet doit reposer sur l'analyse des faits et prendre en compte les spécificités de l'économie de la santé. De quelles spécificités s'agit-il ? C'est la question qui est abordée ci-après.

3. QUELQUES SPÉCIFICITÉS DE L'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Les principales spécificités de l'économie de la santé, celles en particulier qui déterminent les règles de sa gestion, le rôle de l'Etat et de ses partenaires, peuvent être résumées schématiquement de la façon suivante :

1^{re} spécificité

La dépendance entre l'offre et la demande – l'élasticité en terme économique – est très élevée dans le domaine sanitaire. C'est dire que l'augmentation de l'offre – augmentation du nombre de médecins, mise à disposition d'une nouvelle technique, création d'un nouveau service, etc... – suscite immédiatement une demande correspondante. Cette règle est vérifiable pour beaucoup de prestations, pas pour toutes : les prestations liées par exemple à la naissance – nombre d'accouchements – font exception. Cette caractéristique, qui explique

pour une part importante la dynamique interne du système de santé et que beaucoup d'entrepreneurs d'autres secteurs de l'économie envieraient, est fondée, en dernière analyse, sur la nature même des prestations de santé et sur notre refus de la douleur et de la mort.

2^e spécificité

Le financement prospectif, par les cotisations aux caisses-maladie ou par les impôts, des prestations de santé annule la fonction du prix qui, dans l'économie de marché, joue un rôle régulateur central. C'est en effet le prix d'un bien ou d'un service qui, avec sa qualité, détermine pour une large part la demande dans l'économie de marché.

Puisque la prestation est globalement payée d'avance quel qu'en soit le prix – d'ailleurs souvent ignoré – la consommation est vécue comme un droit qui échappe aux contraintes économiques, parfois même comme une juste revanche face à l'augmentation des impôts et des cotisations. Au point que certains économistes ont qualifié le système de santé de «self-service sans caisse à la sortie».

3^e spécificité

L'appréciation de la qualité du service offert, autre élément régulateur important de l'économie de marché, est difficile, souvent même impossible. Le jugement *a priori* de la qualité – avant consommation – est extrêmement rare. En réalité, la décision de consommer des prestations de santé est la plus souvent prise par le producteur lui-même – médecins et autres soignants – à partir de l'expression imprécise d'un malaise, d'une douleur ou de la réalité plus brutale de l'accident. Le jugement *a posteriori*, essentiel dans l'économie des services, n'est pas plus facile. Comment distinguer l'effet d'un traitement, de l'évolution naturelle de la maladie, comment isoler les résultats obtenus par un acte thérapeutique de ceux obtenus par un changement de comportement ?

Cette difficulté majeure face à l'appréciation de la qualité de la prestation se retrouve évidemment au niveau de l'ensemble des activités d'une institution : comment prendre en compte, par un indicateur synthétique, tous les résultats obtenus, comment mesurer la performance d'un hôpital en terme de santé améliorée, d'autonomie reconquise, de douleur évitée ? L'appréciation des résultats des actions de santé, atomisés sur des milliers de patients mobiles dans l'espace et dans le temps est pour longtemps, à quelques exceptions près, impossible à faire.

Dans ces conditions, le patient-consommateur n'exercera que très partiellement sa liberté de choix, à partir des critères de qualité. De son côté, le producteur – médecins, autres soignants, gestionnaires d'établissements sanitaires – gère son activité dans la connaissance déficiente de ce qu'il produit.

4^e spécificité

Les entreprises de santé produisent bien d'autres choses que de la santé. Par exemple, elles créent aussi des emplois qui sont nécessaires à l'équilibre économique, des connaissances et du savoir indispensables à la recherche, des effets institutionnels – prestige,

pouvoir – très recherchés par les individus et les institutions. Toutes ces productions secondaires, souvent implicites, expliquent pour une large part le comportement réel des entreprises de santé et sont d'autant plus importantes que la raison d'être de ces entreprises – la production de santé – n'est pas encore mesurable. La stricte rationalité sanitaire qu'il s'agit de privilégier doit donc être introduite en tenant compte de ces multiples autres produits.

5^e spécificité

Les entreprises publiques de santé – hôpitaux, établissements médico-sociaux – disposent d'un monopole régional. A peine ce monopole est-il un peu entamé par la concurrence existante en matière de clientèle privée. Conséquence directe de ce monopole et du statut d'intérêt public, la faillite, qui pénaliserait injustement une région, déséquilibrerait le réseau hospitalier et mettrait en cause les investissements coûteux consentis par les pouvoirs publics, n'est pas envisageable. Cette ultime sanction économique, qui constitue un stimulant et un garde-fou dans l'économie de marché, ne peut donc être utilisée comme élément de régulation économique.

Ces cinq spécificités exercent des effets qui se cumulent et qui contribuent, schématiquement, à faire du patient un consommateur dépendant, aux besoins illimités, encouragé à la consommation par l'absence de contrainte économique, incapable d'apprécier précisément la qualité du service acheté. Elles empêchent le producteur de gérer son activité ou son institution selon les seuls critères objectifs de la rationalité sanitaire. Dans ce contexte, le jeu de l'offre et de la demande ne peut exercer seul la nécessaire régulation du développement sanitaire. Le marché est impuissant à équilibrer les échanges économiques.

Une action volontaire s'impose donc qui aura pour but, en l'absence d'une régulation économique suffisante, d'orienter le système sanitaire vers les fins que lui désigne la société : la satisfaction des besoins sanitaires au moindre coût. Cette action volontaire – la régulation politique – s'impose d'autant plus que la dynamique de croissance du système est forte au point qu'elle menace d'ores et déjà l'équilibre de notre organisation sanitaire. Le choix d'une action volontaire et des modalités de la régulation politique sont sous-tendus par une certaine conception du rôle de l'Etat et de son administration. C'est ce qu'il importe de préciser maintenant.

4. LE RÔLE DE L'ÉTAT

Les Etats ont été constitués autour des tâches régaliennes, fondées, comme la police et la justice, sur l'autorité. Dans les sociétés rurales en voie d'industrialisation du 19^e siècle, le pouvoir politique, émanation et arbitre des forces sociales, fixait les grandes règles de la vie collective et veillait à leur application à l'aide d'une administration orientée sur le contrôle. Les développements technologiques et les acquis sociaux, qui ont profondément influencé la vie quotidienne depuis le début de ce siècle, ont simultanément et peu à peu altéré l'Etat. Dès

1945, la croissance économique des «trente glorieuses», qui a permis de financer sans tension sociale la construction de l'Etat dit «Providence», a marqué une extension extraordinaire du rôle de l'Etat appelé à intervenir de plus en plus souvent dans la vie sociale et dans la vie quotidienne des individus.

L'Etat et son administration se sont-ils adaptés en conséquence? Très partiellement. Dans le foisonnement des informations et des intérêts contradictoires, le pouvoir politique éprouve de plus en plus de difficulté à percevoir les enjeux du long terme, à désigner l'intérêt de la majorité et à formuler des objectifs politiques clairs adaptés à notre société: le dossier de notre agriculture en témoigne s'il en était besoin. Les limites entre la technique et la politique sont de plus en plus difficiles à tracer, la prééminence absolue du politique a de plus en plus de peine à s'exprimer. L'informatisation, en multipliant la capacité de traitement administratif, a permis de préserver la logique initiale d'une administration chargée de contrôler les actes de plus en plus compliqués d'une société de plus en plus complexe.

Cette logique du contrôle, héritée du 19^e siècle, est fondée sur le pire: l'individu est considéré *a priori* comme incapable et tricheur. Rares sont les situations dans les domaines qui sont les siens (enseignement, activité sociale ou sanitaire, etc...) où l'Etat, parallèlement à ses tâches de police, met son énergie à créer des conditions qui stimulent les individus et les institutions à exercer leur liberté, les placent face à leurs responsabilités et à leurs contradictions, sollicitent leur créativité. L'histoire a imposé jadis des tâches régaliennes à l'Etat et à son administration; elle les oriente aujourd'hui de plus en plus vers un rôle nouveau: la régulation.

Dans une société complexe, hors des tâches régaliennes, la logique du contrôle étouffe, asservit les individus et les institutions; celle de la régulation les stimule et les met en situation de donner le meilleur d'eux-mêmes. Il ne s'agit plus dès lors de décréter mais d'orienter, plus de réglementer mais de fixer des objectifs, plus de fournir des services mais de les faire exécuter par d'autres, plus de contrôler mais d'évaluer l'efficacité. La liberté des individus et des institutions a pour contrepartie leur responsabilité. Dans cette logique, l'individu est réputé capable et responsable; l'Etat est le garant des équilibres sociaux à long terme et le principal responsable d'une bonne utilisation des ressources collectives, le catalyseur capable de faire naître, secteur par secteur, un projet qui mobilise tous ses partenaires. Son administration est modeste, selon l'expression de M. Crozier; elle devrait être intelligente et créative. L'Autorité retrouve son sens étymologique: l'instance qui permet ou incite à être auteur...

Cette conception du rôle de l'Etat tend à s'affirmer progressivement. Elle n'est pourtant pas encore habituelle. Pour la faire passer dans les faits, ce sont de nouveaux outils, de nouveaux rôles, de nouvelles compétences qu'il s'agit de créer. C'est une nouvelle culture qu'il s'agit d'inventer. Face à une telle transformation, les résistances et les pesanteurs seront considérables. Un pays fédéraliste comme le nôtre, avec ses Etats cantonaux, devrait être mieux placé que d'autres pour montrer la voie.

5. LES MOYENS DE LA MAÎTRISE DU DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

Les enjeux, les spécificités sanitaires et le rôle de l'Etat étant précisés, il est possible de proposer quelques moyens pour tenter de maîtriser le développement sanitaire et pour l'orienter dans le sens de l'intérêt public. C'est l'objet de ce dernier chapitre qui s'appuie plus particulièrement sur la réalité hospitalière de notre canton.

Une première conclusion s'impose: la maîtrise du développement sanitaire sera le résultat de multiples actions de régulation de deux ordres. D'une part les régulations économiques, d'autre part les régulations volontaires ou politiques. Examinons plus en détail ces deux types de régulation.

L'inadéquation du marché, comme instrument de régulation sanitaire, ne signifie pas pour autant que les mécanismes économiques ne puissent jouer un rôle régulateur. L'exemple vaudois de l'enveloppe budgétaire en témoigne. En effet, selon les principes de l'enveloppe budgétaire, l'hôpital, sur la base d'un contrat explicite (la reconnaissance d'intérêt public et l'adhésion à une convention d'hospitalisation), est tenu de remplir sa mission librement et sous sa responsabilité avec les moyens fournis pour l'essentiel par l'Etat et les caisses-maladie. Un bénéfice d'exploitation lui est acquis, un déficit engage sa seule responsabilité.

Ces règles, qui dès 1980 ont permis de rompre avec le principe pervers du financement par journée de malade, obligent les établissements sanitaires à équilibrer leurs comptes. Elles ne peuvent toutefois, pour les raisons déjà évoquées, entraîner la faillite. Cependant, des déficits répétés, s'il est établi qu'ils relèvent de la responsabilité des gestionnaires de l'hôpital, entraîneraient à terme une sanction sociale de la compétence: modification des organes supérieurs de l'établissement, changement de direction. Certes, à ce stade, la régulation économique est encore rudimentaire. Elle permet simplement de renforcer la gestion de l'établissement, d'éviter, dans une certaine mesure, des activités de soins ou de traitements entreprises précédemment pour des raisons économiques et, en un mot, de donner un prix aux choses.

Ces mesures imparfaites ne permettent pas de stimuler la performance sanitaire de l'hôpital. Une nouvelle étape, actuellement en préparation, le permettra mieux. D'une part, les mécanismes de financement devraient bientôt récompenser sur le plan économique les établissements dont la durée moyenne de séjour est la plus basse. D'autre part, les enveloppes budgétaires devraient tenir compte sous peu de la nature de la demande, du type de cas traités et de la consommation de soins qu'ils entraînent. Enfin, des valeurs réellement sanitaires – qualité des soins, efficacité des traitements – devraient peu à peu être intégrées dans la gestion de l'hôpital par l'introduction de cercles de qualité, de comités d'évaluation de la qualité, selon un processus et des méthodes décidés par les soignants eux-mêmes.

La régulation économique, provoquée par le système de financement, devrait ainsi peu à peu, sans aucun mécanisme de contrôle, orienter spontanément le comportement des responsables des hôpitaux et de tout le personnel vers une gestion de plus en plus rigoureuse des moyens et vers la recherche de performance de santé correspondant aux objectifs fixés. Elle développera ses effets essentiellement sur le fonctionnement quotidien des institutions, sur le court et le moyen terme.

La régulation politique ou volontaire doit se centrer sur l'essentiel, sur quoi la régulation économique spontanée est impuissante. Il s'agira plus particulièrement des investissements importants, des missions des établissements sanitaires, de l'évolution du budget global de l'hospitalisation, de la politique de formation, bref de tout ce qui a trait aux grands équilibres et à la longue durée. La régulation politique suppose une attitude permanente de concertation, qui seule permettra de définir un projet sanitaire correspondant à la volonté de la majorité. Elle nécessite aussi des instruments techniques, des indicateurs en particulier qui permettront de mesurer l'état de santé de la population, de négocier des objectifs sanitaires avec les institutions, de juger leurs performances. C'est dans cette perspective que le canton de Vaud participe activement à un projet national sur les indicateurs de santé.

De plus, la régulation politique qui s'inscrit dans la longue durée doit pouvoir s'appuyer sur une démarche prospective. Non pas pour prédire l'avenir, mais «pour prendre une meilleure conscience du présent en détectant les facteurs lourds, les éléments décisifs et déterminants», selon l'expression de Simon Nora¹. Paradoxalement, la démarche prospective s'appuiera donc autant sur l'étude de l'histoire, l'analyse du présent, que sur les modèles prévisionnels de l'avenir. Peut-être permettra-t-elle de dégager un accord non pas sur «où nous allons» mais sur «où nous pouvons, où nous voulons aller».

La question des moyens pour maîtriser le développement sanitaire ne se pose donc pas, dans un pays pluraliste et décentralisé comme le nôtre, en terme de «plan ou marché», «régulation politique ou régulation économique». Tout l'art consiste à utiliser ces deux types de régulation là où elles sont efficaces, de façon à limiter au maximum les interventions volontaires de l'Etat et à éviter que des institutions poursuivent des objectifs pas trop éloignés de l'intérêt public.

6. CONCLUSIONS

Jamais les entreprises publiques de santé n'ont été si présentes, si fortes, si réclamées par la population. Jamais elles n'ont été si menacées par leur conquête même, par une logique de croissance et d'accumulation qui parfois les éloignent de leur mission essentielle, la santé.

Si certaines spécificités de l'économie de la santé mettent les entreprises sanitaires partiellement hors du marché, elles n'empêchent pas l'utilisation de multiples mécanismes de régulation économique encore insuffisamment exploités aujourd'hui. Des pays pluralistes à économie libérale comme le nôtre devraient être en mesure de montrer la voie dans cette perspective et d'inventer de nouvelles pratiques qui s'appuieraient sur une conception originale de l'Etat et de l'administration. Une régulation politique fondée sur la volonté de la majorité, exprimée dans un véritable projet sanitaire, permettrait d'orienter les entreprises publiques de santé à travers les incertitudes du long terme. Ce projet reste pour l'essentiel à construire. Il naîtra de l'intérêt de tous, du débat politique et de toutes les études qui améliorent la compréhension du domaine sanitaire.

¹ Revue «Le Débat», N° 40, p. 98.