

**Zeitschrift:** Revue économique et sociale : bulletin de la Société d'Etudes Economiques et Sociales  
**Band:** 51 (1993)  
**Heft:** 3

**Artikel:** De l'ère des tiroirs-caisses à celle des acheteurs avisés : la formation des nouveaux systèmes de santé  
**Autor:** Poullier, Jean-Pierre  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-140227>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 15.10.2024

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# DE L'ÈRE DES TIROIRS-CAISSES À CELLE DES ACHETEURS AVISÉS : LA FORMATION DES NOUVEAUX SYSTÈMES DE SANTÉ

Jean-Pierre POULLIER<sup>1</sup>  
*Etudes de Politique de Santé*  
OCDE, Paris

Quatre raisons font de Lausanne un site de choix pour s'interroger sur le financement et les prestations de santé :

1. La ville a été et est encore le siège de compagnies d'assurances. Par son caractère aléatoire et la forte concentration des dépenses thérapeutiques, la maladie est par essence – quels que soient les arrangements administratifs en vigueur – un marché assurantiel.

2. Son Ecole d'économie politique a été l'une des plus prestigieuses. Certes, la science des échanges et la théorie de l'équilibre s'appliquent au champ macro-économique et à des marchés en concurrence pure ; elles n'en sont pas moins riches d'enseignements sur le rôle de l'entrepreneur et sur les mécanismes susceptibles de compenser des déviations méso-économiques.

3. Son château épiscopal, devenu le siège du gouvernement cantonal, illustre – sans ouvrir une guerre de religion – la capacité de la société à rééquilibrer son stock de capital lorsque l'organisation et la technique modifient le dimensionnement d'installations conçues à une époque où l'appréhension des besoins était différente. Les hôpitaux – ces cathédrales du 20<sup>e</sup> siècle – peuvent puiser dans l'exemple une saine émulation.

4. La Ferme de Dorigny est le dépositaire sinon de l'ensemble du legs de Jean Monnet, du moins de ses principaux messages, parmi lesquels ceux que l'accumulation de problèmes dans un segment de la vie économique et sociale n'est pas une malédiction mais peut être un tremplin de créativité. Pour une meilleure organisation de la société, la solution de ces problèmes ne requiert pas de lourdes bureaucraties mais la dispo-

---

<sup>1</sup> Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et n'engagent pas l'institution à laquelle il est associé.

nibilité de petites équipes pour insuffler aux structures et aux comportements un dynamisme en rapport avec les défis posés.

Le thème des réformes des systèmes de santé peut (notamment) s'aborder selon ces quatre axes :

– La justification de l'intervention publique se trouve dans certains déséquilibres du marché assurantiel.

– La correction d'errements "bureaucratiques", que l'inadéquation partielle des solutions mises en place pour circonvenir les insuffisances d'un marché asymétrique, effacer des rentes de situation, diminuer les effets de consommations superflues et remédier aux inégalités d'accès aux soins médico-pharmaceutiques a favorisé, requiert de sensibles modifications de comportement des acteurs.

– Si l'équilibre Walrasien et Parétien ne laissait aucune place au compromis, un système de santé performant ne requiert-il pas flexibilité et adaptabilité à des contraintes en mutation continue, en quelque sorte une succession d'équilibres temporaires ?

– Les besoins d'une disponibilité à des ajustements structurels continuels requièrent d'éviter la mise en place de bureaucraties lourdes (publiques ou privées), de régulations rigides.

La complexité des systèmes de santé et de leurs réformes dépasse largement le champ d'une communication et ne peut qu'être effleurée en quelques pages.

### **De quelques principes généraux de l'intervention publique**

Si l'aune de mesure est l'expérience historique de deux douzaines de pays et non d'un seul – si méritoires soient ses titres à servir de référence –, quatre caractéristiques se dégagent :

– La puissance publique intervient au nom d'externalités, donc en quelque sorte d'**efficacité**.

– La puissance publique recherche une plus grande **équité** entre bénéficiaires potentiels (justice redistributive), mais également entre producteurs (régulation du marché).

– L'imperfection des marchés nourrit de fortes **inefficiences** tant dans la prestation que dans le financement, qui appellent tantôt des interventions, tantôt des désengagements de la puissance publique.

– L'intervention bureaucratique a masqué le pouvoir latent de l'utilisateur, qui tend à réémerger (**empowerment**).

Quelques-uns des principes généraux sur lesquels reposent les systèmes de santé remontent à Aristote. On doit à William Petty, le conseiller de Cromwell, l'application

du calcul coûts-bénéfice à la santé. Quelques générations plus tard, le baron Necker fournit un précis d'organisation hospitalière qui, en deux siècles, n'a pas pris beaucoup de rides et conserve sa pertinence. La généralisation de la prise en charge collective du risque maladie dans l'Empire allemand de la fin du 19<sup>e</sup> siècle marque cependant l'insertion véritable de la santé dans le champ des finances publiques.

**Efficacité** : observant la faible productivité de l'ouvrier prussien par rapport à ceux d'Angleterre et de France, le chancelier Bismarck l'attribue en partie à l'absentéisme. La privation de salaire de l'ouvrier malade allonge la durée de son absentéisme car il ne dispose plus du pouvoir d'achat nécessaire aux soins indispensables, à une alimentation décente, voire dans certains cas à un habitat salubre. L'assurance-maladie entame alors une longue marche de généralisation à toute la population, que dicte non l'altruisme mais une quête de productivité. Dès sa genèse, la sécurité sociale est marquée d'une empreinte d'économicité. Celle-ci n'est donc pas le fait d'un développement idéologique récent ou de circonstances cycliques. L'abondance de main-d'oeuvre en cette fin de siècle résulte de la conjonction de divers facteurs, parmi lesquels des options de politique économique et sociale prises il y a un siècle.

A cette réduction de l'absentéisme maladie obtenue par un refus du paupérisme (quelles que soient les opinions quant à l'adéquation des moyens de cette action) s'ajoutent l'éradication de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires avec leur cortège d'inactivité forcée, la chute rapide de la mortalité évitable et des gains de productivité liés à de meilleurs rendements de l'heure de travail moyenne. Ces derniers résultent notamment de la généralisation de l'assurance contre les risques que supportent les ménages, de mécanismes assistantiels et de programmes de santé publique. Considérés dans une perspective historique longue, les résultats de cette protection sociale paraissent remarquables.

L'information chiffrée que requiert une analyse des effets externes de l'assurance-maladie et des programmes de santé publique reste très frustrante. Ces résultats sont d'ailleurs sensibles à certaines hypothèses de calcul, notamment le niveau du taux d'escompte adopté. Là où le calcul est permis, il semblerait cependant que, si on ajoute aux coûts directs de la maladie les pertes indirectes liées à la mortalité prématurée et à la morbidité invalidante, on obtienne pour la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle des "dépenses de santé" très largement **étales**. En d'autres termes, les débours médico-pharmaceutiques ou coûts directs ont grimpé, mais la réduction des pertes économiques engendrées par la morbidité longue et la mortalité prématurée serait du même ordre de grandeur.

Les estimations du coût de la maladie sont, certes, encore très parcellaires. Celles qui ont été compilées suggèrent que l'hypothèse est vérifiable. Si on se limite aux seules tendances de la mortalité avant l'âge de 65 ans (le calcul effectué en prenant 60 ans ou 70 ans n'inverserait pas les tendances), la vérification peut déjà s'effectuer globalement

(des calculs affinés exigeraient des ventilations qui ne sont pas encore disponibles). Le tableau 1 trace à grands traits l'amenuisement des années de vie potentielle perdues, voir gaspillées, en raison d'une insuffisante diffusion du savoir médical et d'une organisation inappropriée de la société. Au cours des trois décennies survolées par ce tableau, la réduction des années de vie perdues trente ans plus tôt, qui auraient pu ne pas l'être, a été de moitié. Même affectées d'un coefficient inférieur au salaire moyen (dans la mesure où la composition socio-économique des décès prématurés est biaisée au-dessous du revenu moyen), les gains de productivité réalisés ont été considérables.

La documentation sur la morbidité, l'absentéisme et leurs effets économiques est moins abondante que pour la mortalité. En l'état, les tendances suggèrent une réduction des séjours longs et moyens en établissement ou en convalescence à domicile. Par exemple, des pathologies requérant autrefois un séjour en sanatorium, en établissement psychiatrique ou autre maison médicalisée de longue durée, sont aujourd'hui traitées en services ambulatoires avec des antibiotiques, des médicaments psychotropiques ou neuroleptiques, une rééducation fonctionnelle partiellement hors centre médical. Les avancées des techniques chirurgicales et médicales ont converti en ambulatoire des thérapies requérant précédemment une hospitalisation. L'absentéisme de courte durée a connu des évolutions plus contrastées. Le glissement d'une partie des moyens et longs séjours vers le court séjour a contribué à le développer, des modifications de la perception de la douleur aussi. Un autre facteur a été l'aisance du congé pour maladie "de convenance", qui, pour une petite fraction des salariés, a été un moyen d'accroître les congés ou de remédier à des urgences personnelles ; les tensions sur le marché du travail d'une partie des années 1980 et du début des années 1990 suscitent toutefois une érosion lente de cette "facilité".

En l'état des recherches et compte tenu d'une forte hétérogénéité méthodologique, l'espérance de vie en santé – c'est à dire sans incapacité fonctionnelle grave de longue durée – ne permet pas de conclure dans le sens d'une détérioration de la santé moyenne des populations. Au trop plein des établissements accueillant des patients frappés de la maladie de Parkinson s'opposent les cohortes d'octogénaires déambulant sans canne et les clubs de centenaires alertes. L'urgence de la mise sur pied d'indicateurs de performance des systèmes de santé s'accroît avec la pénurie de ressources, car ils sont la clef de voûte de toute rationalité des programmes et des glissements de ressources nécessaires. Le tableau 2 n'affiche que quelques tendances grossières.

On s'émerveille, à juste titre, des produits de l'industrie des transports ou de celles des télécommunications, de l'aisance avec laquelle beaucoup ont accès au TGV ou de la diffusion phénoménale du télécopieur. Le recul de la maladie au moins jusqu'à un âge avancé, la régression de la mortalité des nouveaux-nés, des cardiaques et de nombreuses autres classes de risque, dont les accidents de travail, méritent un semblable émerveillement. En s'appuyant sur les tableaux 1 et 2, si imprécis soient-ils, et sur quelques autres indicateurs agrégés, les motifs de satisfaction sont cependant probants.

Tableau 1. EVOLUTION DE LA MORTALITE PREMATUREE, 1960-1989  
(Années gagnées pour 100 000 femmes ou pour 100 000 hommes de 0 à 64 ans)

	Années potentielles de vie féminine gagnées			Années potentielles de vie masculine gagnées				
	Total	Sein	Circulatoire	Externe	Total	Tuberculose	Circulatoire	Poumon
Allemagne	4 519	-72	321	288	5 931	254	352	-26
Autriche	4 928	-43	407	270	6 632	301	478	15
Canada	3 654	37	512	168	5 233	82	1 177	-101
Danemark	2 013	-62	185	-98	2 139	41	239	-43
Etats-Unis	3 207	25	630	72	4 321	83	1 377	-52
Finlande	3 349	-29	614	28	5 128	532	1 004	177
France	3 299	-30	371	-61	3 919	375	461	-146
Italie	6 321	-52	640	101	7 423	428	606	-112
Japon	6 825	-41	862	665	8 398	761	865	-46
Norvège	2 070	-14	204	-149	3 369	77	150	-54
Nouvelle-Zélande	2 551	-90	568	-105	2 912	68	760	-19
Pays-Bas	1 998	-8	166	75	2 838	36	134	26
Royaume-Uni	2 606	-42	463	127	3 868	97	640	228
Suède	2 353	19	289	-10	2 766	86	264	-19
Suisse	2 785	-3	320	171	4 045	152	545	26

1. Les colonnes **Total** pour les femmes comme pour les hommes comprennent d'autres causes de décès que celles données ci-dessus.
2. Des chiffres négatifs indiquent une **perte** d'années de vie potentielle.
3. Les colonnes **Sein** et **Poumon** s'appliquent à des cancers. **Circulatoire**, à des troubles circulatoires. **Externe** à des accidents, homicides, empoisonnements.
4. Les différences observées doivent s'interpréter avec prudence en raison d'états de départ dissemblables.

Sources : ECO-SANTE OCDE (information gracieusement fournie par l'OMS).

Tableau 2. ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ  
(en années)

	Australie	Canada	Etats-Unis	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suisse
<b>Année</b>	<b>1981</b>	<b>1951</b>	<b>1970</b>	<b>1981</b>	<b>1976</b>	<b>1981</b>
Espérance de vie féminine	78.4	70.8	74.6	79.3	76.1	79.3
- sans invalidité	65.0	64.7	60.4	58.0	62.0	69.7
Ratio esp. de vie en santé/esp. de vie féminine	82.9	91.4	81.0	73.1	81.5	87.9
Espérance de vie masculine	71.4	66.3	67.0	72.7	70.0	72.6
- sans invalidité	59.2	59.8	54.8	56.9	58.3	65.9
Ratio esp. de vie en santé/esp. de vie masculine	82.9	90.2	81.8	78.3	83.3	90.8
<b>Année</b>	<b>1988</b>	<b>1978</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1988</b>	<b>1988</b>
Espérance de vie féminine	79.5	78.3	77.6	80.1	78.1	80.9
- sans invalidité	63.4	66.1	60.4	60.2	61.2	72.9
Ratio esp. de vie en santé/esp. de vie féminine	79.7	84.4	77.8	75.1	78.4	90.1
Espérance de vie masculine	73.1	70.8	70.1	73.9	72.4	74.0
- sans invalidité	58.4	61.1	55.5	60.0	58.5	67.1
Ratio esp. de vie en santé/esp. de vie masculine	79.9	86.3	79.2	81.2	80.8	90.7

Source: Calculé d'après REVES, Réseau Espérance de Vie en Santé.

A l'échelle micro-économique, le gaspillage en vies humaines comme en ressources demeure massif. L'intervention publique se situe le plus souvent entre ces deux pôles, agissant rarement sur toutes les composantes de l'environnement et des systèmes, agissant au niveau de la branche plutôt que de l'acte individuel.

**Équité** : au niveau méso-économique de la branche ou de la fonction de consommation, par vagues successives dans certains pays, par conception du régime public dans d'autres, l'universalité de la couverture assurantielle est devenue la règle. Parmi les 24 pays de l'OCDE, seuls les Etats-Unis et la Turquie l'ont encore comme objectif. L'Espagne et les Pays-Bas ont récemment élargi aux quelques segments de population non encore couverts les dispositions légales en la matière.

Les mécanismes assurantiels "universels" ont cependant laissé apparaître des lacunes, tant dans les comportements bureaucratiques qu'ils engendrent (ceux-ci feront l'objet de développements plus après) que dans la nature discrétionnaire de la réponse. Quelques lacunes ont trait à des exclusions de personnes du filet de sécurité, une préoccupation des responsables des systèmes qui s'efforcent d'en diminuer progressivement l'importance et d'en limiter les conséquences notamment au travers de mécanismes assistantiels. D'autres lacunes concernent la non-prise en charge de certains actes ou bien médicaux nécessaires et parfois même prescrits, une sélectivité ou discrimination qui peut avoir des conséquences distributives. Un exemple classique en est la distinction faite à propos des traitements dentaires ; ceux-ci sont moins bien pris en charge dans de nombreux pays, quelles que soient les causes, que la plupart des traitements médicaux. C'est le cas même lorsque le patient n'en porte pas la responsabilité.

D'autres lacunes portent sur des biens et services médicaux qui ne relèvent pas de la seule discrétion des ménages, pour lesquels les ressources ne s'accroissent pas spontanément. Depuis l'Antiquité, les sociétés ont connu des programmes de santé publique, dont l'accroissement se justifie aujourd'hui par des motifs additionnels. Qu'il s'agisse de favoriser des programmes de recherche (l'avancée des connaissances et leur diffusion engendrent des gains de productivité de l'appareil de soins), de prévenir les accidents du travail, de généraliser le dépistage des facteurs de risque (des pans entiers d'anomalies congénitales et d'accidents à la naissance ont disparu) ou d'autres raisons encore. Le coût élevé des soins individuels et une désaffection idéologique à l'encontre de programmes collectifs avaient au fil des décennies assez fortement marginalisé la santé publique. La mise à l'épreuve des nouveaux modes de financement et de régulation des prestations sanitaires qui se mettent en place (et dont il sera plus amplement question ci-après) ont conduit plusieurs pays à ne pas se contenter de déclarations d'intention mais à s'organiser pour que les 38 cibles de "la santé pour tous en l'an 2000" s'incarnent dans des projets de gouvernement. Au Royaume-Uni, avec la charte "*The Health of the Nation*", en Allemagne, en Nouvelle-Zélande, en Suède, et ailleurs, la santé publique semble redevenir un mode d'intervention tant au plan de l'efficacité que de l'équité.



L'objet n'est pas ici une exégèse ou une analyse coûts-bénéfices, mais seulement un constat de complémentarité entre divers modes d'intervention.

Le thème de l'inégalité fascine les économistes et les sociologues et s'étend au-delà de l'universalité de la couverture. Quelques travées de bibliothèque documentent la persistance d'écarts considérables dans les consommations médicales, stratifiées par classes de revenus ou statut socio-professionnel. La régressivité des cotisations et impôts finançant la généralisation de l'accès aux soins occupe une place importante dans ces traités. Ceci n'est peut-être pas le lieu d'un débat d'école sur les stratifications proposées par les économètres. L'accent mis sur le caractère régressif des modes de financement masque fortement les effets redistributifs en termes d'accès aux systèmes. Mesurés en termes de consultations de médecins, de séjours hospitaliers et de thérapies médicamenteuses, le décalage des consommations entre nantis et pauvres s'est largement atténué, et parfois même renversé. Les résultats sont probants aussi : la moitié des enfants de ménages ouvriers peu qualifiés n'atteignait pas l'âge de 5 ans il y a un siècle ; si la mortalité infantile frappe aujourd'hui encore plus durement ces ménages que les ménages aisés, elle n'atteint plus guère qu'un tout petit nombre de ménages. La tuberculose exerçait ses ravages davantage chez les mal logés, les mal nourris et les mal scolarisés que dans les foyers mieux nantis. Recrudescence liée au SIDA et à certaines transhumances mise à part, la "faucheuse" est aujourd'hui bien discrète même chez les pauvres. L'intervention des pouvoirs publics a pour objet d'assurer une plus grande équité des prestations, mais en même temps que son champ s'élargit, on s'interroge sur l'opportunité d'un financement à guichets ouverts.

Toute velléité de questionnement du caractère approprié de certaines interventions thérapeutiques est vécue par certains acteurs comme une atteinte à l'égalité des usagers devant la maladie.

Or, la rationalisation des dépenses est inhérente au fonctionnement des sociétés humaines du fait de la rareté de la plupart des ressources consommées dans le processus de production des biens et services. Là où le mécanisme des prix n'exerce pas ce rôle, des mécanismes administratifs le font. En matière de santé, tous les pays de l'OCDE (y compris les Etats-Unis, souvent décrit comme le prototype d'un système marchand de soins) ont au cours de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle mis en place un "rationnement" administratif. La forme la plus évidente en est l'allocation budgétaire, notamment le budget global hospitalier. La recherche d'une plus grande rationalité a pris d'autres formes, tel le contrôle des prix. Celui-ci conduit à restreindre peu ou prou l'offre de certains biens ou services ou à en diminuer la qualité (ce qui, en termes comptables, équivaut à une réduction de quantité). Une simple illustration est fournie par l'allongement ou la contraction des listes d'attente, selon que les prestataires manifestent leur insatisfaction des conditions d'exercice de leurs professions ou répondent à des incitations qu'ils jugent positives. Dans le comté de Stockholm, par exemple, en 1992, il semblerait que les opérations de la cataracte se soient accrues de quelque 70 %, les pontages coro-

nariens de 50 %, les opérations de chirurgie de jour de 42 % etc. sans accroissement des ressources mais en réponse à des incitations de plus grande productivité.

Selon l'adage de Roemer, "un lit hospitalier équivaut à un lit occupé". La rationalisation a, ici et là, pris la forme de restrictions d'entrée dans les écoles de médecine, d'infirmières ou d'autres professions médicales et paramédicales, la limitation des investissements physiques et l'insuffisance d'entretien des équipements existants. Elle a connu (et connaît encore) des phases de contingentement (par exemple, au travers d'une exigence de prise en charge pour certains actes thérapeutiques), ou le "déconventionnement" de certains actes ou biens (tel des plafonds au remboursement d'actes de kinésithérapie ou l'établissement de listes négatives de médicaments). La rationalisation s'est imposée explicitement ou a emprunté des voies indirectes, par exemple là où il y a interdiction de financement déficitaire de la consommation médicale. La panoplie des modalités de son application est fournie mais elle a été en quelque sorte incidente au processus budgétaire, une contrainte de financement et non un objectif.

Le débat aujourd'hui ne porte plus seulement sur une contrainte. Il s'est élargi à la notion des droits individuels et des obligations collectives. Le programme le plus souvent évoqué est celui de l'*Oregon Experiment*. Les notions de plancher et de plafond se retrouvent cependant aux Pays-Bas (focalisés dans le rapport de la Commission présidée par le Professeur Dunning, "*Choices in Health Care*") et, à de moindres degrés, dans de nombreux autres pays. Ils se matérialisent souvent en l'énoncé de "listes négatives" (déconventionnement de médicaments précédemment admis au remboursement) et en la non-prise en charge de tout ou partie de certaines prescriptions, mais dans quelques pays la nomenclature répond à des critères explicites et pas seulement au jugement d'une autorité administrative ou consultative.

L'Oregon, constatant son incapacité à financer à guichets ouverts son programme *Medicaid* (conçu au bénéfice des plus miséreux) s'est proposé d'en plafonner les dépenses et, pour éviter tout arbitraire, de hiérarchiser les actes pris en charge. A cet effet, une commission d'experts a dressé une nomenclature chiffrée de ce qui apparaissait "financiable" et de ce qui ne l'apparaissait pas dans l'épure fournie par la législature. A celle-ci ensuite d'endosser la responsabilité politique de la liste ou de la modifier. Un peu plus de la moitié des rubriques nomenclaturées était au-dessus de la ligne. Les décideurs ont adopté plus des quatre cinquièmes de la liste dans l'ordre, inversé quelques priorités mineures, repêché quelques actes écartés par les experts, donné une priorité moindre à quelques autres. La condamnation éthique du projet de l'Oregon aux mains de ses critiques a porté moins sur le principe d'un rationnement que sur son application à une seule catégorie de population.

Tous les modes de rationnement ont leurs détracteurs : la sélection par l'argent privé comme les modes administratifs, telles les exclusions de nomenclature (qu'il s'agisse des greffes d'organe ou de médicaments dont l'utilité thérapeutique est jugée de faible

utilité). Si le rationnement ne plaît à personne, ce sont surtout les critères de mise en oeuvre qui sont critiqués, même s'ils ne sont pas discriminatoires. Au Royaume-Uni, les personnes âgées n'ont pas accès à certains actes à contenu de technologie élevé, aux Pays-Bas les greffes d'organes ne font pas partie de la nomenclature des actes accessibles à tous les demandeurs *bona fide*, dans la plupart des pays des listes négatives de médicaments (c'est à dire exclus du droit au remboursement) ont été introduites.

La question des limites de l'engagement de la collectivité se trouve ainsi posée aux Etats-Unis comme en Europe. La notion du minimum (fût-il très large) sera au centre des débats en économie de la santé, en éthique, en droit, et dans d'autres disciplines étudiant les réformes des systèmes de santé déjà engagées ou à venir au cours des prochaines années. La mesure de l'égalité ne pourra pas se cantonner au caractère plus ou moins régressif du mode de financement ; il se déplacera vers l'accessibilité aux prestations (qui, globalement, semble avoir favorisé davantage ceux qui en avaient besoin le plus, même si une documentation abondante fait découvrir une utilisation peu judicieuse d'une partie de l'appareil de soins).

Pour partie, les lacunes résultent de "surassurance" ailleurs dans le système. L'une des propositions de la Commission Dekkers aux Pays-Bas était destinée à réduire ce phénomène. Tout système assurantiel collectif prend en compte des risques qui ne sont encourus que par une partie du groupe. D'où une approche scindant les risques en un tronc commun (environ 85 % des risques) et une partie discrétionnaire limitée à des risques particuliers réduisant ainsi quelque peu l'obligation d'assurance universelle pour ces risques et conduisant à une spécialisation des assureurs, génératrice d'économies d'échelle.

## **Efficiencie**

Pendant l'essentiel du troisième quart du 20<sup>e</sup> siècle, les systèmes de santé des pays de l'OCDE se sont développés avec un minimum de contraintes financières. Dans les systèmes assantiels, les excédents de dépenses par rapport aux cotisations et primes étaient en fait couverts par des accroissements de taux au cours de l'exercice suivant. Les assureurs ne géraient guère un portefeuille de risques, qu'ils auraient évalué et optimisé ; leur rôle se bornait largement à celui de tiroirs-caisse. Les assurés n'opposaient guère de résistance à l'impôt et (encore moins) aux cotisations sociales du fait d'un accroissement virtuellement continu, historiquement unique, de leurs revenus disponibles, qu'entamait mais ne réduisait pas la pression fiscale. Dans les systèmes à prestation directe, l'aisance relative des gouvernements à percevoir l'impôt ne conduisait pas à des restrictions massives des budgets sociaux d'autant que sévissait peu ou prou une vision de la maladie comme un ensemble fini, c'est-à-dire une sorte de gigantesque boîte noire à débiter en tranches dont certaines sont en attente des connaissances médicales nécessaires, dont d'autres résultent de l'insolvabilité des ménages les moins favorisés. L'inter-

vention publique étant largement concentrée sur cette tranche, la masse de la boîte noire devait se résorber après la mise en oeuvre d'une couverture publique étendue.

Les Britanniques les premiers, dès mars 1949, se sont rendus compte (financièrement parlant) de ce que la maladie n'était pas un ensemble fini, mais une masse en expansion, ne serait-ce que du fait de la productivité de la recherche médicale. Avec Sir Strafford Crisp s'ouvre une ère de rationnement. Elle ne gagnera le reste de l'Europe que bien plus tard, pour l'essentiel un quart de siècle plus tard lorsque la crise énergétique détruira l'aisance relative de la gestion des finances publiques dans ces pays. La mise sur pied de réponses appropriées sera laborieuse et n'est d'ailleurs pas encore atteinte dans la plupart des pays. En moyenne cependant, les dépenses de santé directes auront été étales en part relative de la dépense nationale durant une bonne partie des années 1980 (tableau 3). Dans la mesure où, selon d'autres indicateurs, le volume global des prestations s'est accru entre 1960 et 1991, cette évolution dénote un accroissement d'efficacité. Il est difficile cependant d'en démontrer la plausibilité au niveau micro-économique pour les hôpitaux, par exemple.

Au plan des concepts globaux et à niveau macro-économique, l'expérience de ces trois décennies enseigne que la régulation par les prix semble avoir été plus efficace à court terme et que les ajustements structurels s'obtenaient davantage par une action sur les quantités ou les facteurs de production. En matière de prix, les planificateurs de la santé ne maîtrisent, bien entendu, pas l'ensemble du système économique, mais ils peuvent influencer les évolutions relatives des prix des biens et services médicaux par rapport à l'ensemble des biens. C'est ce qui s'est passé en Europe, mais pas aux Etats-Unis où une accélération se constate (tableau 4). Dans tous les pays, la mesure de l'évolution des prix est contestée par certains experts. Pour la facilité de l'exposé, il est proposé de considérer l'ampleur de ces biais comme sensiblement analogues partout.

L'expérience acquise sert de guide à la réforme à plusieurs titres :

- les "réserves de productivité" du type d'interventions déjà réalisées ont été largement exploitées (notamment les rentes de situation des études médicales). Il ne sera pas possible d'attendre de la reconduction de beaucoup de ces mesures des gains conjoncturels et structurels aussi amples que par le passé ;
- l'instrument prix avait été assez aisé à manipuler dans un cadre national. La décentralisation de la décision dans la fonction prestation des nouveaux systèmes de santé en rendra le maniement plus complexe ;
- la recherche d'un meilleur rapport coûts-bénéfices a conduit à une prise en compte plus formelle de la qualité, d'abord au plan conceptuel dans la mesure où, en termes comptables, la qualité est un attribut de la quantité, également au travers de la prise en compte de processus complets (par exemple, la lutte contre l'infection nosocomiale a dans l'instant un coût mais, dans l'instant suivant, un résultat qui se traduit en un moindre taux de complications et d'actes induits par le traitement de cette infection).

Tableau 3. EVOLUTION DES DEPENSES DE SANTE EN PART DU PIB  
(en pourcentage)

	1980	1983	1985	1988	1990	1991
Allemagne	8.4	8.5	8.7	8.8	8.3	8.5
Belgique	6.6	7.6	7.4	7.7	7.6	7.9
Danemark	6.8	6.6	6.3	6.5	6.3	6.5
Espagne	5.6	6.0	5.7	6.0	6.6	6.7
Etats-Unis	9.2	10.6	10.5	11.3	12.4	13.4
Finlande	6.5	6.9	7.2	7.2	7.8	8.9
France	7.6	8.2	8.5	8.6	8.9	9.1
Irlande	9.2	8.5	8.2	7.3	7.0	7.3
Italie	6.9	7.0	7.0	7.6	8.1	8.3
Norvège	6.6	6.8	6.4	7.7	7.4	7.6
Pays-Bas	8.0	8.4	8.0	8.2	8.2	8.4
Royaume-Uni	5.8	6.1	6.0	6.1	6.2	6.6
Suède	9.4	9.6	8.8	8.6	8.6	8.6
Suisse	7.3	7.8	7.6	7.8	7.8	7.9
EUROPE <sup>1</sup>	7.0	7.3	7.2	7.5	7.5	7.7
OCDE <sup>2</sup>	7.1	7.5	7.4	7.6	7.7	8.0

1. Comprend 18 pays européens (à ceux ci-dessus, s'ajoutent l'Australie, le Canada, la Grèce, l'Islande, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande).

2. 23 pays (ne comprend pas la Turquie).

Sources : Les Systèmes de Santé de l'OCDE : Faits et Tendances, Paris, 1993.

Tableau 4. EVOLUTION DE L'INFLATION ET DES PRESTATIONS MEDICALES  
(Taux d'accroissement annuel en pourcentage)

	Inflation médicale spécifique			Prestations réelles de santé par personne		
	1960-70	1970-80	1980-90	1960-70	1970-80	1980-90
Allemagne	0.9	1.0	0.7	4.4	5.7	1.2
Autriche	3.1	2.4	1.4	2.6	4.5	1.2
Belgique	1.5	0.0	0.6	4.6	7.8	2.7
Danemark	0.8	-1.3	0.2	8.5	3.8	1.0
Espagne	1.1	-0.1	0.4	14.9	6.7	4.2
Etats-Unis	0.8	0.0	2.7	5.2	3.8	2.3
Finlande	-1.8	-0.9	1.7	10.9	5.0	3.1
France	0.1	-1.5	-0.9	7.6	6.6	4.5
Irlande	-0.6	-1.5	2.2	8.3	9.2	-1.6
Italie	1.0	-0.5	0.6	7.8	6.1	3.5
Japon	1.1	-1.1	0.9	12.5	7.7	3.0
Norvège	3.2	0.7	-0.1	5.0	6.3	2.4
Pays-Bas	1.3	3.2	0.5	7.0	1.4	1.3
Portugal	..	0.9	0.4	..	8.0	4.3
Royaume-Uni	-0.8	-0.6	1.3	4.6	4.9	1.9
Suède	-0.6	0.8	-0.6	8.9	3.1	1.4
Suisse	1.6	2.5	0.9	6.5	2.0	1.9
EUROPE <sup>1</sup>	0.7	0.4	0.5	7.5	5.4	2.5
OCDE TOTAL <sup>2</sup>	0.9	0.4	0.7	7.0	5.1	2.4

1. Comprend 18 pays européens (à ceux ci-dessus, s'ajoutent l'Australie, le Canada, la Grèce, l'Islande, le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande).
2. 23 pays (ne comprend pas la Turquie).

Sources : Les Systèmes de Santé de l'OCDE : Faits et Tendances, Paris, 1993.

**Le respect des préférences de l'utilisateur** (empowerment) paraît être le quatrième des grands axes des réformes des systèmes de santé. Il est plus manifeste dans les pays qui avaient opté pour des structures d'allocation bureaucratique des ressources, dans lesquels la réaction de rejet de cette forme de rationnement s'était traduit notamment par des files d'attente et la perte d'aménités pour l'utilisateur. Les patients suédois, par exemple, avaient placé la courtoisie à leur égard au premier rang de leurs revendications ; les nouvelles incitations imprimées par les réformes en cours y ont fait droit, de même qu'en quelques mois elles ont fait fondre les files d'attente.

La légitimité et, à terme, le supplément d'efficacité qu'apportera la satisfaction du critère de respect des choix de l'utilisateur peuvent conduire à des surcapacités et des goulots d'étranglement locaux. La discrétion de l'utilisateur (ou de son substitut, comme le *fundholder* ou cabinet de généralistes doté de capitation pour la chirurgie froide et pour la prescription pharmaceutique au Royaume-Uni) de faire appel ou non aux services hospitaliers de proximité peut résulter en sous-utilisation d'équipements planifiés en leur temps en fonction de critères résidentiels. Il s'agit là de déséquilibres frictionnels qui devraient s'effriter assez rapidement dans un contexte concurrentiel conçu cependant pour ne pas toucher aux principes de solidarité du financement (une version européenne du "managed care"). Les frictions seront, toutefois, parfois vives.

#### **Les réformes en mouvement: quelques acquis**

La plupart des pays industrialisés ont une réforme de leur système de santé sur le métier. En prenant quelques raccourcis, les objectifs visés semblent en être :

- une séparation du financement et des prestations,
- un effort de mise en oeuvre du principe "l'argent suit le patient",
- l'injection d'une dose de concurrence régulée,
- un encouragement au développement de contrats entre des "acheteurs" et des prestataires,
- un renforcement de la ligne des soins de premier recours (qui, dans certains pays, passe par la responsabilité de budgets hospitaliers),
- un accroissement du rôle de l'évaluation dans la prestation,
- un encouragement au développement d'indicateurs de résultats,
- la redécouverte des avantages de l'intégration des politiques de santé aux politiques sociales et aux politiques d'environnement (y compris des programmes de prévention et d'éducation de la santé),
- une plus forte responsabilisation de tous les acteurs: prestataires, usagers, intermédiaires financiers et planificateurs (*accountability*) à l'égard de la société.

Chacun de ces objectifs peut donner lieu à des développements importants, plus ou moins explorés par la théorie économique, souvent mal documentés au plan de leur insertion dans le tissu économique réel et donc assez difficiles à évaluer. Il ne sera pas possible de les examiner tous, ni de démontrer la pertinence de chacune des assertions faites. Qui dit choix, sous-entend exclusion. Le langage de l'économie désigne une même réalité par des vocables différents selon les préférences idéologiques de l'auteur :

- choix = sélectivité ou discrimination,

mais il y a aussi :

- stabilité = fixité ou rigidité

- changement = flexibilité ou flottement, etc.

Que l'on pardonne la sélectivité ou la discrimination dans ce qui suit.

### **Contrats et concurrence régulée**

La séparation du financement et de la prestation est essentiellement une option européenne. Aux Etats-Unis, considérant la période écoulée et non celle qui va s'ouvrir, le législateur a, au contraire, créé des incitations à l'intégration des fonctions d'assurance du risque et de prestations au travers des *Health maintenance organisations* ou HMO. Quoique d'origine européenne, la formule de la HMO a exercé moins d'attraits dans les régimes à vocation universelle dans lesquels la constitution de pools de risques en concurrence les uns avec les autres avait moins de sens. L'Europe a cependant eu une expérience considérable des systèmes intégrés (dans les faits sinon en droit) au travers de la "médecine de caisse", celle des mineurs en France, celles des organismes sociaux dans plusieurs pays méditerranéens et, dans une large mesure, celle du budget global appliqué dans les hôpitaux d'Irlande, des pays nordiques, du Royaume-Uni pour citer des pays Beveridgiens, mais aussi en Allemagne, en Belgique, en France, aux Pays-Bas pour citer des pays Bismarckiens. Le recours à ces mécanismes de financement a permis de maîtriser la dépense globale, elle a aussi nourri une propension à des rigidités au niveau de la prestation des services et à des rentes de situation. Le *Working Party on Resource Allocation* en Angleterre, les réformes finlandaises de 1972 et bien d'autres initiatives du nord au sud de l'Europe, d'ouest en est, ont visé à les rogner : les résultats ont été pour le moins très insatisfaisants et, sans dénigrer le moins du monde la disponibilité continuelle des structures hospitalières à s'adapter à des exigences toujours renouvelées, elles ont été des havres d'inefficience micro-économique aux coûts de production relativement élevés, ne répondant guère à des incitations de productivité "à portée de main". Une illustration dont la portée clinique est faible mais le symbolisme économique assez fort, réside dans les disparités de durée de séjour (tableau 5). Pour l'Allemagne, l'auteur n'avait pas de chiffres 1989 à portée de main, ce qui accroît un peu l'écart avec les autres pays choisis ; pour la Suisse, le choix s'est délibérément porté sur



une année plus récente pour indiquer que les écarts restent importants, même trois ans plus tard. Il ne suffit pas d'exposer l'existence de variations dans les pratiques médicales courantes pour qu'elles s'amenuisent par elles-mêmes ; souvent il convient de les accompagner par des incitations, parfois par des actes d'autorité (évaluation par les pairs, régulation, etc.).

Pour les non-spécialistes, il est utile de préciser qu'il s'agit ici de classes thérapeutiques, comprenant des sous-ensembles assez hétérogènes selon les pays, mais les disparités se retrouvent à un niveau d'observation plus fin, qu'il s'agisse de pathologies comme la tuberculose pulmonaire, l'asthme, la lithiase biliaire, etc. ou de traitements médicaux ou chirurgicaux, comme l'appendicectomie.

Les écarts observés n'incriminent pas le corps médical ou infirmier, sa compétence ou son dévouement. Ils sont le résultat d'incitations ou d'absence d'incitations à adopter les techniques médicales appropriées ; ils sont aussi le produit de mécanismes de financement parfois pervers comme le paiement de l'hébergement hospitalier au forfait journée et non au forfait par pathologie. Un exemple : la cataracte, une opération de routine, pratiquée de plus en plus en chirurgie de jour, mais nécessitant dans le Schleswig-Holstein une hospitalisation de deux semaines. Les caisses d'assurance-maladie ont proposé de payer sans contrepartie la moitié de la différence entre la durée de séjour effective et la moyenne constatée dans le *Land*. Deux cliniques ont relevé le défi, et gardent leurs patients 3 ou 4 jours ; la moyenne régionale constatée est tombée à 7 jours en peu de temps.

Au Royaume-Uni, en quelques mois, les *fundholders* ont conduit à plus d'améliorations de qualité que les administrateurs civils n'en avaient obtenu en plusieurs décennies. Les exemples abondent quant à l'efficacité d'une approche dans laquelle les prestataires ne reçoivent plus une allocation budgétaire avec laquelle les intermédiaires financiers prient pour qu'elle soit utilisée au mieux des intérêts du patient. C'est le service rendu et non le service espéré qui est rémunéré. Ce n'est plus au patient à se rendre là où un budget a été alloué, c'est le budget qui se dirigera vers l'établissement qui fournit la qualité et la quantité d'actes médicaux et chirurgicaux demandés. Si le principe semble prévaloir dans la stratégie des financeurs en Europe, l'approche n'est pas universelle. Trois des grandes caisses d'assurance-maladie suisses s'unissent pour développer à Zurich et à Bâle des HMO (il en existe une aussi à Genève) en assignant à l'opération une variante de l'objectif de qualité précité : une rupture du cercle vicieux de la multiplication des actes inutiles, auquel un système de paiement à l'acte incite davantage.

L'alternative a ses partisans sur les bords de la Limmat comme sur ceux du Potomac. Sans en diminuer les mérites (qui, dans un premier temps, seront perçus par les assurés de ces caisses et d'autres caisses qui pratiquent l'intégration au niveau de la distribution pharmaceutique pour les maladies chroniques, notamment), il faut attirer l'attention sur un corollaire : l'intégration réduit en général le choix des assurés en matière de

Tableau 5. DUREE DE SEJOUR MOYENNE PAR CLASSE DE PATHOLOGIE, 1989

	Allemagne (1988)	Australie	Autriche	Danemark	Espagne	Etats-Unis	Finlande	Suisse (1992)
Maladies infectieuses et parasitaires	15.4 14.3	4.4 7.1	12.9 10.8	6.3 7.7	12.9 15.2	7.7 8.3	10.5 10.9	10.9 14.1
Maladies endocriniennes et du métabolisme	17.4 14.8	8.2 4.2	13.4 11	9 7.8	13.7 12.4	6.8 6	13.7 9	18.0 10.8
Troubles mentaux	35.0	13.4	19.3	17.2	107.4	12.7	45	19.1
Maladies du système nerveux	13.2	4	13.2	7.2	11.5	5.5	13.1	11.3
Maladies de l'appareil circulatoire	18.9	9.2	13.4	10.9	14.1	7.6	22	16.3
Maladies de l'appareil respiratoire	11.2	5.2	9.3	6.5	10.2	6.7	15.5	11.4
Maladies de l'appareil digestif	13.4	4.2	10.8	6.1	10.8	6.3	8.5	10.1
Maladies des organes génito-urinaires	11.0	3.7	8.6	4.9	8.8	5.2	7.2	8.4
Complications de la grossesse	6.4	4.8	6.5	4	4.6	2.8	5.2	7.8
Maladies de la peau et du tissu sous-cutané	15.9	6.3	8.8	7.7	11.1	!	11	12.9
Maladie du système ostéo-musculaire	19.0	6.1	13.2	10.4	13.4	6.5	11	14.7
Anomalies congénitales	12.3	5.1	..	5.3	9.9	5.9	6.7	10.1
Certaines causes de morbidity périnatale	18.7	9	12	9.4	11.2	11.3	9.6	12.0
Symptômes et états mal définis	14.1	3.8	..	5.6	9.3	3.3	6.8	8.8
Accidents, empoisonne- ments, traumatismes	14.5	6.3	9.9	8	11.6	6.8	11.6	11.5
Autres catégories	..	3.0	11.7	3.7	8.9	3.2	7.1	..
Toutes catégories	15.2	5.4	11.4	7.2	12.7	6.5	12.9	12.5

Sources : Les Systèmes de Santé de l'OCDE : Faits et Tendances, Paris, 1993, tableaux 6.1.7 et 6.1.8  
VESKA Medizinische Statistik 1992, Aarau 1993.

prestataires. Si, dans quelques pays, ce choix était vaste, presque illimité pour une bonne part des assurés, dans d'autres pays, l'une des revendications a été (est encore) celle d'un refus de l'affectation bureaucratique (empowerment).

Le cas d'espèce met en évidence une difficulté croissante de la planification sanitaire : la réconciliation d'objectifs multiples. Ceci se retrouve dans la conduite des politiques macro-économiques, autrefois centrées autour d'objectifs de stabilité des prix et de croissance, puis de plein emploi, d'équilibre de balance des paiements, de plus grande équité dans la répartition des revenus, de conservation énergétique, de respect de l'éco-système, sans oublier la solidarité avec les pays en voie de développement et, plus récemment, les économies en transition. L'équilibre Walrasien/Parétien en est devenu plus difficile à définir sans compromis !

De même, la recherche d'efficacité entre parfois en conflit avec d'autres objectifs de la planification sanitaire et elle s'articule autour de deux approches qui, parfois, sont mises en oeuvre simultanément ou, à tout le moins, en parallèle :

- des contrats entre les financeurs (un rôle parfois délégué à un prestataire de premier rang, comme le *fundholder*) et les prestataires,
- une concurrence régulée entre prestataires (et, dans un projet demeuré en l'espèce théorique, entre financeurs) n'impliquant aucun renoncement à la solidarité financière entre bénéficiaires potentiels.

Les contrats visent essentiellement au même objectif que le plafonnement budgétaire de l'époque précédente sans l'octroi de monopole de fait, les prestataires acceptant l'enveloppe en bloc mais restant théoriquement en concurrence au niveau de la répartition de l'activité. Les soins en ambulatoire en Allemagne sont l'exemple le plus typé, le montant du contrat étant déterminé par des négociations en cascade, les *Konzertierte Aktion*, institués en 1977. Malgré quelques vicissitudes, il en a résulté depuis une quinzaine d'années une grande stabilité du rapport des dépenses de santé au produit intérieur brut (le système était déclaré en crise par ses détracteurs en 1992, au cours du premier semestre 1993, il dépensait 1.5 % de moins qu'au cours du premier semestre 1992, une indication de vitalité, même si une bonne partie de cette contraction revient à d'autres mécanismes que l'approche contractuelle). L'ajustement s'effectue notamment par les prix (une baisse de la rémunération à l'acte, consentie par avance lorsque le volume des actes conduit à un dépassement de la masse globale prévue). La richesse de l'approche contractuelle ne se limite, bien entendu, pas à cette seule capacité d'ajustement, privilégiée dans ce contexte du fait de l'emphase mise dans les débats publics sur les contraintes de financement.

En longue durée, la diminution des rémunérations (si confortable soit-elle au départ) engendre quelques effets pervers. Elle renforce également la cartellisation et la création de monopole bilatéraux chez les prestataires et chez les financeurs. Outre l'Allemagne où des monopoles bilatéraux (signalés ci-dessus) coexistent pour la prestation

et le financement de la médecine ambulatoire, on retrouve cette tendance à la cartellisation aux Pays-Bas et en Suisse pour les hôpitaux et cliniques et pour les caisses d'assurance-maladie, c'est-à-dire la formation d'instruments et de comportements qui contribuent à une stabilisation des dépenses relatives (à la capacité de financement) mais aussi à une réticence à l'innovation et à l'application des pratiques médicales optimales. Deux des trois pays cités sont parmi ceux où les durées de séjour hospitalières sont les plus longues; le troisième, les Pays-Bas, enregistrait des niveaux semblables jusqu'au début des années 80 avant l'introduction du budget global. De ces exemples et d'autres (dont certains sont décrits dans *La Réforme des systèmes de santé : Analyse comparée de sept pays de l'OCDE*, OCDE, Paris, 1992) semble émerger la conclusion d'une utilité du contrat comme régulateur du niveau d'activité mais pas de la qualité des soins et de l'efficacité micro-économique.

### **Cost-shifting et incitations**

Les instruments macro-économiques auxquels les pouvoirs publics ont eu recours ont d'ailleurs souvent conduit à viser un objectif budgétaire sans égards pour les distorsions micro-économiques engendrées. En France, par exemple, le déconventionnement partiel de certaines prestations (telles les réductions du taux de remboursement de certains médicaments) n'a pas d'effet modérateur sur la consommation du seul fait des couvertures complémentaires qui minimisent l'impact sur plus des quatre cinquièmes de la population de toute mesure affectant la participation de l'utilisateur. Dans de nombreux pays à budgétisation des dépenses de santé, la réticence des pouvoirs centraux à financer à guichets ouverts s'est traduite par des obligations nouvelles pour les pouvoirs subordonnés (dans l'exemple français, la débudgétisation de la sectorisation psychiatrique – un programme de santé publique, en quelque sorte – par un supplément de charges pour l'assurance-maladie) ; les pouvoirs subordonnés ont alors recherché à se décharger d'une partie de ce fardeau financier sur des assureurs privés ou sur les ménages dont la part croît, même si elle reste modeste.

Peut-on noter, au passage, l'existence d'un paradoxe apparent : la part du financement public dans les dépenses totales de santé observées reste très stable malgré le déconventionnement ou la débudgétisation de certains biens ou services du fait, semble-t-il, d'une tendance à la concentration croissante des dépenses sur un petit nombre (environ 3 % de la population "consomme" la moitié des dépenses médicales – c'était 4 ou 5 % auparavant). La solidarité nationale s'applique d'abord à ces petits groupes.

L'absence de transparence induite par ces manipulations tarifaires conduit à des subventions croisées. Aux Etats-Unis, le niveau de remboursement du patient *Medicare* moyen atteindrait 92-93 %, celui du patient *Medicaid* moyen environ 66-67 %, un manque à gagner à rattraper sur les autres patients. Sans vérité des coûts et des prix, il y a une incitation à la surfacturation ou à l'absence de gestion des ressources. Pour circon-

venir cette tendance, les pouvoirs publics en sont venus à encourager diverses formes de paiement à la pathologie plus incitative à l'innovation, le prestataire gardant par devers lui tout ou partie des économies réalisées.

La littérature américaine abonde d'illustrations, mais l'Europe n'est pas exempte d'anecdotes, telle l'opération de la cataracte au Schleswig-Holstein citée plus haut. Multipliées, ces anecdotes constituent rapidement une documentation solide de l'importance de l'incitation comme facteur d'efficacité mais aussi d'efficacités. La prévention de l'infection nosocomiale dans des services de l'hôpital cantonal genevois a, dans un premier temps, requis le recrutement d'une infirmière de plus; la réduction des complications et de leur surcoût en a compensé le salaire dès le troisième trimestre. La réduction du volume de régulations rigides au profit de contrats d'objectifs fait son chemin, même si la route est longue encore et semée d'incertitudes à en juger par l'existence et la quasi totale ignorance de disparités dans les pratiques médicales courantes.

Le recours à des référentiels est ancien. Dans les années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale, l'Europe envoyait des missions de productivité aux Etats-Unis, d'où elle importe encore aujourd'hui des référentiels cette fois sanitaires comme les *Diagnosis Related Groups* (DRG). Les variations considérables dans le mode de prise en charge des malades ne s'expliquent pas par des différences dans l'état clinique des patients, par des situations épidémiologiques différentes, par des différences relatives au niveau de formation ou de spécialisation des prescripteurs. A ce constat, très largement nord-américain, les pouvoirs publics européens ont répondu timidement, mais le principe des référentiels opposables ne se discute plus au niveau hospitalier et commence de poindre dans certaines thérapies ambulatoires et dans la prescription pharmaceutique. Si fruste soit-il, il se généralise au plan de la codification et s'applique par vagues successives à la rémunération de l'acte médical en Allemagne, en Belgique, en France, etc. L'évaluation des technologies médicales reste très insuffisante (pas seulement à des fins de gestion, également à des fins d'efficacité de l'intervention médicale) mais elle commence à corriger des errements induits par des solutions bureaucratiques inadéquates et des comportements négligeant d'autres paramètres que l'intérêt personnel.

### **Convergences et divergences**

La multiplication des objectifs rend les systèmes de santé plus complexes à planifier, plus difficiles à gérer. Les planificateurs ne sont pas insensibles à l'idéologie ambiante. Pour incomplète qu'elle soit, l'incursion ci-dessus dans une histoire qui se déroule sous nos yeux et dont nous sommes peu ou prou également des acteurs reflète une inflexion politique plus favorable à l'initiative privée.

Au cours du demi-siècle écoulé, les systèmes de santé des pays industrialisés ont vécu des phases d'histoire très diverses, qu'il est utile de rappeler schématiquement :

– un quart de siècle d'expansion virtuellement ininterrompue, qui s'achève avec le déclenchement de la crise énergétique 1973-74. Au cours de cette période, le problème du financement ne s'est guère posé car les revenus des ménages se sont rapidement accrus en dépit d'une pression fiscale très rapide. L'universalité d'accès aux prestations a été atteinte presque partout, la connaissance médicale s'est rapidement accrue et est mise à disposition de tous presque sans restrictions ;

– une décennie de maîtrise des dépenses, qui n'a pas été atteinte avec le même degré de succès partout mais qui a produit un ralentissement, une stabilisation et parfois même une décreue des dépenses sans que globalement il soit porté atteinte à la qualité du système ;

– une ère de réformes s'est ouverte visant à la poursuite simultanée de nombreux objectifs, dont le maintien (et même l'amélioration) des niveaux de qualité atteints, la concentration sur des objectifs sanitaires précis et le respect de contraintes d'environnement.

Une des grandes surprises de l'observateur comparatif est de constater la convergence des tendances sans mécanismes coordonnateurs et sans impulsions politiques conjointes, en même temps qu'une diversité peut-être croissante des mécanismes de mise en oeuvre. Il en est ainsi de la mise en évidence explicite de la recherche et de l'évaluation de la qualité, devenue à la fois un objectif des planificateurs et l'épouvantail brandi par les partisans du *statu quo* pour dénigrer les nouvelles voies tracées.

La pensée universitaire contribue à la réflexion de ces réformes nationales. A beaucoup d'égards, cependant, elle ne l'a souvent pas précédé. On attribue fréquemment la paternité des réformes qui se sont engagées aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède à un auteur américain, dont les louanges ne sont plus à faire. En réalité, celui qui a en quelque sorte rédigé l'esquisse du plan Dekkers n'en avait pas connaissance et ne l'a eue qu'après la rédaction du plan. Pour être prisonnier d'un défunt philosophe, encore faut-il que celui-ci ait laissé un testament. Une partie importante de la conception des systèmes de santé est une innovation de ceux auxquels il est demandé de produire des solutions, ils ne sont pas la traduction de thèses élaborées dans le calme d'une tour d'ivoire. Cela explique bien des lacunes dans les réformes qui se déroulent.

Les systèmes de santé sont matière très vivante et les résistances à des plans ambitieux s'organisent rapidement. L'histoire récente suggère que des transitions parfois brutales sont nécessaires, mais que l'opinion et les acteurs sont plus réceptifs à des évolutions qu'à des révolutions, que le maintien pendant des décennies de structures figées alors que le monde ambiant change rapidement a été une faute politique et qu'il sera nécessaire de concevoir un flux continu de réformes de plus faible envergure plutôt qu'une mise à plat chirurgicale, lorsque cela sera possible. Il en est des systèmes comme de l'art de la médecine : une préférence pour la chirurgie non-invasive et une substitution de thérapies médicamenteuses de préférence à des interventions chirurgicales.

L'environnement ajoute à la complexité d'une planification adéquate. Les réformes conçues au cours de la seconde moitié des années 1980 pouvaient faire l'impasse sur l'explosion des dépenses. Les réformes qui sont à mettre en place et celles qui se conçoivent encore ne peuvent faire l'impasse sur la réalité d'une récession qui a mis à nu des faiblesses structurelles des économies des pays industrialisés. Il ne s'agit plus de faire "plus avec les mêmes ressources", il s'agit de faire mieux avec des ressources qui seront plus chichement mesurées. Les pays de la Communauté Européenne ont adopté des objectifs de réduction des déficits et de réduction de la dette publique, mais leurs partenaires qui n'ont pas signé le Traité de Maastricht adhèrent sous des formes diverses à des objectifs analogues. Comment corriger les déséquilibres, ceux de surconsommation comme ceux de lacunes dans les mécanismes égalitaires mis en place, ceux qui résultent d'une asymétrie d'information, ceux qui résultent de la nature aléatoire de la demande, ceux qui traduisent à la fois des avancées sociales et un alourdissement qui se révèle dommageable dans un environnement de compétition commerciale mondiale intense : les charges salariales ? Les systèmes de santé subissent ces contraintes dans leur fonction de producteur, ils participeront à la transformation économique et sociale si leur mutation les rend plus productifs encore et globalement moins onéreux.

Certaines pistes ont été tracées, dans lesquelles l'incitation a été largement redécouverte, des déséquilibres liés à une insuffisance des mécanismes assurantiels mis en place ont été mis à nu, une inadéquation des structures bureaucratiques destinées à corriger cette insuffisance a été dénoncée. Beaucoup reste à faire. Sur le terrain, l'une des difficultés est certes la timidité des philosophes, une autre est la paucité de l'information.

C'est un appel aux Ecoles d'économie politique !