

ÉVALUATION ET ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE

Michel Reynaud, Alain Lopez

Paris : éditions Frison-Roche, 1994, 475 p.

Comment mettre à la disposition de la population les meilleurs soins aux meilleurs coûts ? Cette question est au fondement de l'ouvrage collectif ambitieux (une trentaine d'auteurs...), dirigé par Alain Lopez et Michel Reynaud, qui reprend l'enseigne-

ment d'un diplôme inter-universitaire organisé à Clermont-Ferrand en 1993.

Organiser le système, répartir les moyens et évaluer les activités médicales sont les trois impératifs d'une politique sanitaire, qui s'appliquent aussi pour les

soins en psychiatrie. Les techniques et outils de réflexion actuels sont exposés après une présentation de la politique française en santé mentale. Ce sont principalement l'épidémiologie, les méthodes et instruments propres à la planification et les techniques

SYSTÈME DE SANTÉ

SYSTÈME DE SANTÉ ET CONCURRENCE

Michel Mougeot

Paris : éditions *Economica*, 1994, 213 p.

« Dans la mesure où chacun a individuellement intérêt à ce que la dépense augmente, si l'intérêt de la collectivité diffère il faut changer les règles d'allocation et de paiement qui permettent aux consommateurs et aux producteurs de manipuler ces règles à leurs avantages. » C'est à partir de ce constat d'un antagonisme entre intérêts individuels et intérêt collectif favorisé par certaines formes d'organisation que Michel Mougeot* développe une réflexion sur les causes structurelles de l'accroissement excessif de la consommation médicale et présente des modèles permettant de limiter les comportements stratégiques des acteurs. Ces comportements stratégiques se développent dans la mesure où les ajustements du marché sont exclus et impliquent l'élaboration de règles d'allocation et de rémunération qui deviennent les déterminants des activités. Le prix est extérieur à l'expression de l'offre et de la demande qui ont alors tendance à se traduire par l'accroissement des quanti-

tés de services et le renforcement des pouvoirs. L'absence de marché est ainsi à l'origine de la dérive des systèmes de santé.

La planification centralisée et le rationnement quantitatif ont souvent été les instruments mis en œuvre pour réduire l'espace des stratégies, mais leur efficacité est faible en raison des phénomènes de manipulabilité des règles et d'utilisation unilatérale de l'information. La planification tend à être rejetée en raison de la réduction des libertés laissées aux usagers, aux producteurs et des risques d'inefficacité (absence de propriété sur le surplus et difficulté de contrôler des activités décentralisées sans références de prix).

L'orientation de certaines politiques plus ou moins récentes selon les pays consiste à mettre en place une concurrence fictive fondée sur la fixation d'un prix paramétrique analogue au prix concurrentiel auquel chaque agent doit adapter son niveau de coût. L'objectif est alors pour lui de déterminer la quantité de services qui permette d'atteindre l'optimum défini par l'égalité entre coût marginal et prix. Deux types de concurrence fictive peuvent se rencontrer : la concurrence par les quantités dans le cas de l'enveloppe globale qui consiste à fixer un prix unitaire en fonction de l'ensemble des actes effectués, la concurrence par les prix, dans le cas des groupes homogènes de malades, qui

consiste à fixer un prix par pathologie pour des établissements semblables. Chaque établissement détermine son gain en fonction de son niveau de coût. Dans le premier cas, l'État transforme un bien à demande inélastique en un bien à demande élastique. La réduction des quantités produites et la concentration sont les stratégies optimales des producteurs. Cependant, le niveau de production ne dépend que de considérations financières et n'a aucune référence à une optimisation en termes de santé publique. La réussite du modèle tient à la crédibilité de l'engagement de l'État à maintenir le niveau initial de l'enveloppe ou à la réduire. Dans le second cas, les procédures peuvent être contrariées par des ententes entre établissement, par l'hétérogénéité du bien fourni en fonction des services et sa variabilité en fonction de l'évolution des coûts.

Dans un dernier chapitre l'auteur analyse certaines expériences étrangères fondées sur l'idée d'une concurrence organisée.

La mise en concurrence des seuls offreurs est le modèle adopté dans l'expérience des Preferred providers organizations (PPO) aux États-Unis et dans la réforme récente du National health service britannique. Aux États-Unis, les financeurs peuvent négocier des contrats avec les prestataires de soins vers lesquels ils orientent leurs adhérents en

contrepartie d'une réduction de prix. Les PPO font jouer la concurrence sur la base de prix unitaires mais laissent la possibilité de manipuler les quantités. En Grande-Bretagne, trois modalités de concurrence sont mises en œuvre entre hôpitaux, administrations régionales, cabinets de groupes et fournisseurs de services. Deux mécanismes sont à la base de la réforme, contrats incitatifs et concurrence avec liberté des prix. Outre les risques de médecine à deux vitesses, disparition de structures inefficaces et manque d'optimalité, un problème fondamental demeure : celui du niveau global de la dépense du fait que la concurrence n'est organisée que du côté de l'offre.

Dans l'expérience des HMO et dans le projet Dekker aux Pays-Bas, les mécanismes concurrentiels intègrent offre et demande par le truchement des assureurs et des usagers. L'intérêt est alors de proposer une approche globale du système de santé. « Les règles considérées par le plan Dekker présentent l'avantage de concilier mise en concurrence, équité d'accès et contrôle de l'État... Il ne semble pas douteux que la réflexion nécessaire sur les questions d'équité et de définition des priorités serait facilitée si elle pouvait s'effectuer à l'intérieur d'un système plus efficace et dont le fonctionnement éviterait la suspicion de gaspillage dont il est l'objet. »

Marc Duriez

* Michel Mougeot est professeur de Sciences économiques à l'Université de Besançon