

Contre les discours simplistes et les raccourcis de l'analyse

Le constat est d'une simplicité enfantine : depuis une vingtaine d'années quel que soit le mode de financement du système (« Beveridgien », « Bismarckien » ou mixte), quelles que soient les convictions politiques des gouvernements au pouvoir, les pays industrialisés ont subi une pression accrue sur les dépenses de santé, faisant souffler un vent de réforme. Et ces pressions sont le fait de facteurs objectivement inéluctables comme le vieillissement de la population ou l'introduction de nouvelles technologies. Ce constat est en général unanime, repris par les organismes internationaux comme l'OMS ou l'OCDE : « La politique de santé en Europe a été, pendant les deux dernières décennies, de plus en plus perturbée par les coûts croissants des soins ». Ainsi débute l'introduction d'un des derniers documents du bureau régional pour l'Europe de l'OMS.

Mais, quitte à ouvrir un débat sur ce sujet, il me semble que cette vision très réductrice ne colle pas du tout à la réalité. Tout d'abord pour des raisons techniques : est-on certain de ce qu'on avance ? Y a-t-il vraiment pression accrue sur les dépenses ? Et, si oui, où sont les facteurs de pression ? Dans la plupart des pays industrialisés, les dépenses de santé ont été beaucoup mieux contenues dans les années quatre-vingt que dans la décennie précédente. Et, de plus, dans un récent article sur le NHS anglais, les auteurs prédisent que : « Les pressions provenant des changements démographi-

ques et de la morbidité auront vraisemblablement un impact modeste dans le futur. ». Certains chercheurs allemands vont plus loin en affirmant que les coûts des soins de santé n'augmentent pas avec l'âge. Quant aux technologies, il est bien difficile de faire la part des coûts induits par la technologie elle-même, et de ceux induits par son utilisation, incluant sa « mauvaise » utilisation ! En fait, si pression il y a, elle est certainement interne au système de soins lui-même, engendrée par la masse salariale considérable que demande la prise en charge des personnes par des personnels de plus en plus spécialisés, dans des structures de plus en plus sophistiquées.

Mais, de manière plus fondamentale, ce constat laisse apparaître un discours totalement centré sur l'économique. En fait on parle beaucoup moins de réformes du système de santé que de nécessité d'une régulation des dépenses de santé, qui semble découler « naturellement » d'un constat économique. Mais comment expliquer, par exemple, que le Royaume-Uni, qui se place depuis longtemps parmi les pays ayant le mieux contrôlé leurs dépenses de santé (6,2 % en 1990, au moment de l'introduction de la réforme), ait envisagé et mis en application une réforme de son système de soins et que les États-Unis, qui caracolent largement en tête du « hit parade » mondial, aient échoué alors que la pression économique aurait dû largement contrebalancer les objections politiques ? Pourquoi les Pays-

Bas, après s'être engagés sur la voie d'une réforme audacieuse, sont-ils dans une phase de « réforme de la réforme » qui pourrait bien les ramener au point de départ ? Pourquoi la France, qui fait partie du très sélect club des plus de 10 % du PIB attribués aux dépenses de santé, n'offre-t-elle en guise de réforme qu'un aménagement du rôle de chacun des partenaires ? À l'évidence, les systèmes de santé sont des « systèmes complexes », qui s'inscrivent chacun dans une histoire, dans des valeurs culturelles et sociales, et dans des options idéologiques. Court-circuiter ce débat pour ne débattre que de ses effets (les dépenses de santé) me paraît aussi utile que de s'acharner à essuyer l'eau qui déborde d'une baignoire sans se demander comment elle se remplit...

Les systèmes de santé se sont construits tout au long de ce siècle sur des paradigmes, pour reprendre l'expression d'A. P. Contandriopoulos, qui se sont sensiblement transformés : il est intéressant de remarquer que ces paradigmes ont, souvent, fait consensus dans les discours politiques des différentes nations industrialisées d'Europe : le paradigme des années de reconstruction de l'après-guerre a associé solidarité devant le risque maladie à puissance du modèle médical. Puis, vers la fin des années soixante-dix, s'élabore le discours économiste sur la régulation des dépenses de santé et la recherche de productivité au moment même où apparaît une contestation de la capacité de la science médicale à résoudre les problèmes de santé d'une population. Depuis les années quatre-vingt-dix, nous percevons les prémices d'une nouvelle interprétation des objectifs d'un système de santé. Cette interprétation se décline, me semble-t-il, principalement sur un mode consumériste. Quelles que soient les options politiques des réformes en cours, il y a la volonté de favoriser l'efficacité du système (traduit de plus en plus par une obligation de résultats, et non plus de moyens et par la détermination à afficher jusqu'à l'absurde la notion de risque nul), d'assurer la satisfaction des patients en fonction de l'argent investi et d'organiser un mode de compétition au sein du système de soins.

Pour qu'enfin la prévention passe du discours à la réforme

Chacune des composantes de ce nouveau paradigme mériterait de longues réflexions. Mais de manière fondamentale, il convient de s'interroger sur le sens de cette évolution qui privilégie le rôle du consommateur. Le danger de voir le consommateur remplacer le citoyen n'est pas une vue de l'esprit à travers toutes ces réformes. Consommateur à qui on demande d'ouvrir de plus en plus son portefeuille (car, partout, souffle également un vent de responsabilisation du patient qui se décline principalement sur le mode pécuniaire), ou d'offrir son corps (mais en lui proposant de faire des choix éclairés par lui-même ou par professionnel de santé interposé, comme dans la réforme britannique). Mais le citoyen dans tout cela ? Celui qui participe aux choix fondamentaux du pays, celui qui définit les orientations et qui participe à la gestion au quotidien des institutions de santé ? Car, au-delà des discours sur l'implication des malades (et, donc, des consommateurs), sur la qualité des soins (qui peut, en poussant le trait, se résumer à une offre de services de qualité et un service « après vente » fiable), il y a lieu de revisiter les valeurs qui ont présidé à la mise en place des systèmes de santé dans la première moitié de notre siècle : la solidarité de la population face aux aléas de la vie et un choix collectif non sur des dépenses relatives aux soins, mais sur l'engagement que notre société est prête à consentir dans le domaine de la santé.

Car, et cela sera un dernier commentaire, il est assez significatif que ce débat, concentré sur les dépenses liées au système de santé, ne se préoccupe que du système de soins. La prévention est dans tous les discours politiques. Elle est présente dans tous les exercices médiatico-symboliques que les autorités sanitaires entreprennent en se fixant des priorités. Mais elle est absente de tous les actes significatifs des réformes entreprises, et principalement des redistributions budgétaires. Cela peut s'expliquer, tout du moins en partie, par le fait que le système est prisonnier de sa propre logique, qui

est une logique d'accessibilité aux services, et non d'atteinte de résultats, c'est-à-dire d'amélioration réelle d'un certain nombre de problèmes de santé. La prévention ne doit pas être une aumône, elle doit être une volonté politique qui lie les choix budgétaires des établissements de santé au développement d'une réelle stratégie d'atteinte d'un certain nombre d'objectifs. Rares sont, sur notre vieux continent, les réformes qui abordent ce point capital. Le Québec, exception culturelle mais aussi exception de santé publique, a entrepris il y a plusieurs années une réforme courageuse dans ce sens, en affirmant non seulement dans les discours, mais dans les actes de la réforme la prédominance de la logique d'atteinte de résultats. Il y a peut-être là un exemple à méditer... et à observer de près. ■

1 World Health Organization. Regional Office for Europe : European Health Care Reforms. Analysis of current strategies. Summary. Copenhagen (1996). 41p.

2 Voir, par exemple le document de l'OCDE : « la réforme des systèmes de santé. Analyse comparée de sept pays de l'OCDE. » Paris. 1992. En particulier le chapitre 10 : croissance et fonctionnement des sept systèmes de santé : pp141-164.

3 Harrison A., Dixon J., New B., Judge K.: Can the NHS cope in future? British Medical Journal 1997.314:139-42.

4 Voir, à ce propos, l'article de Julio Frenk : Dimensions of health system reform ; Health Policy 27(1994):19-34.

5 Le slogan pour annoncer la réforme du NHS au Royaume-Uni est à cet égard explicite : « Money follows the patient »

6 Ceci est d'autant plus remarquable lorsqu'on examine les pays qui possèdent (ou possédaient) un service national de santé comme le Royaume-Uni ou la Suède, ou l'évolution des anciens pays communistes d'Europe Centrale ou de l'Est.

Laurent Chambaud

Médecin de santé publique

Expert national détaché à la Commission européenne