

STEFFIE | WOOLHANDLER ET
DAVID U. | HIMMELSTEIN *

S A N T É E T M A R C H É

LA CONCURRENCE DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ FINANCÉ PUBLIQUEMENT

38

LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN, MALGRÉ SES PITEUX RÉSULTATS, INSPIRE PARTIELLEMENT UNE SÉRIE DE CONTRE-RÉFORMES À L'ŒUVRE EN EUROPE. C'EST LE CAS EN FRANCE AVEC LA RÉFORME DITE « HÔPITAL 2007 » ET SES SUITES. LE PROFESSEUR ANDRÉ GRIMALDI EN A INITIÉ LA CRITIQUE (WWW.ALENCONTRE.ORG). EN SUISSE, LA CONTRE-RÉFORME EST BEAUCOUP PLUS AVANCÉE. L'ÉCHOGRAPHIE DU SYSTÈME AMÉRICAIN FAITE PAR LES DEUX AUTEURS DÉMONTE L'ARGUMENTATION DIFFUSÉE ENTRE AUTRES PAR L'OCDE.

Pour quelle raison quelqu'un choisirait-il de s'inspirer du système de santé américain? Les coûts par habitant y sont près du double de la moyenne des pays membres de l'OCDE; 47 millions de personnes n'y disposent d'aucune couverture

par une assurance. De plus, un grand nombre de personnes assurées doivent néanmoins payer de leur poche une part très importante de leurs dépenses de santé. C'est pour elles un obstacle au recours aux soins et, chaque année, plus d'un million de personnes se retrouvent en faillite personnelle pour cette raison. Les statistiques relatives à la mortalité sont moins bonnes aux États-Unis que dans la plupart des pays développés. Quant aux résultats des traitements cliniques et à la satisfaction des patients, les scores des États-Unis sont médiocres, même pour la population couverte par une assurance.

Nous considérons que ce sombre tableau est la conséquence des politiques de la santé qui ont mis l'accent sur les mécanismes du marché. Même si la part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé est aux États-Unis de 60% (voir encadré « Les dépenses de santé financées par l'impôt »), les entreprises privées à but lucratif ont éclipsé les institutions publiques, professionnelles et charitables qui géraient précédemment la fourniture et le financement des soins. Le

* Steffie Woolhandler et David U. Himmelstein sont professeurs associés de médecine, au Département of medicine, Cambridge Hospital, Harvard Medical School, Cambridge, MA, USA. En 1986, ils ont fondé l'association Physicians for a National Health Program (Médecins pour un programme de santé national). Cette association (www.PNHP.org) fait campagne aux États-Unis en faveur d'un système d'assurance maladie national et sans but lucratif. L'article traduit ici est paru dans l'édition du 1^{er} décembre 2007 du *British Medical Journal* (BMJ), sous le titre « Competition in a publicly funded health-care system ». Le *BMJ* est, avec le *Lancet*, le *New England Journal of Medicine* et le *Journal of the American Medical Association* (JAMA), l'une des quatre revues médicales généralistes de référence à l'échelle planétaire. L'article est complété par 34 notes contenant les références fondant ses assertions. Nous ne les avons pas traduites, mais elles sont consultables sur Internet: www.bmj.com/cgi/reprint/335/7630/1126.

développement et les effets de cette politique américaine, combinant financements publics et gestion privée, ont une portée qui dépasse les frontières du pays, dans la mesure où les politiciens en Europe et ailleurs soutiennent des projets analoges.

L'ÉCHEC DES CONTRATS PRIVÉS POUR MEDICARE

Le programme Medicare est un bon exemple de la combinaison d'un financement public, par le biais de l'impôt, et de la fourniture de prestations orientées par le marché. Medicare a un budget équivalant au double du National Health Service (NHS) britannique [qui couvre toute la population de Grande-Bretagne pour les soins ambulatoires comme pour les soins hospitaliers].

Jusqu'en 1965, de nombreux employeurs garantissaient à leurs salariés une couverture maladie privée. Par contre, les personnes âgées, pauvres et handicapées étaient pour la plupart non assurées et elles étaient obligées de recourir à des institutions publiques déglinguées ou à la charité. Le Congrès a mis en place le programme d'assurance sociale pour les personnes âgées [de plus de 65 ans] Medicare en 1965. Les hôpitaux privés ont ainsi eu soudainement accès à un

marché nouveau et vaste. Les investisseurs n'ont pas tardé à s'en rendre compte et ils ont lancé des chaînes d'établissements hospitaliers orientées vers le profit, qui contrôlent aujourd'hui 15% des hôpitaux américains de soins aigus. De la même manière, les entreprises de dialyse orientées vers le profit se sont engouffrées dans le marché lorsque le gouvernement a décidé, en 1972, que toute personne souffrant d'une maladie incurable des reins avait droit à la couverture de Medicare.

Jusque dans les années 1970, les assurances privées, contrôlées le plus souvent par des médecins et des hôpitaux, et Medicare n'exerçaient qu'un contrôle minimal des soins et des coûts facturés. La croissance des coûts a cependant amené les employeurs [ceux qui paient la couverture maladie de leurs salariés] et le gouvernement à exiger davantage de contrôle. C'est ainsi que les institutions de managed care et les HMO (Health maintenance organizations) [1] se sont rapidement développées dans le secteur privé. La plupart de ces institutions étaient contrôlées par des investisseurs et non par des fournisseurs de soins et elles intervenaient vigoureusement dans la manière dont les soins cliniques étaient dispensés.

Dès le milieu des années 1980, Medicare s'est également mis à encourager les personnes âgées à adhérer à des HMO privées. Le gouvernement versait à ces institutions privées une contribution fixe par mois pour chaque personne venant du Medicare traditionnel (avec paiement à l'acte), tandis que la HMO prenait la responsabilité d'acheter (mais rarement de fournir) les prestations de soins. Ce dispositif a été vendu comme un moyen d'introduire l'efficacité du marché au sein d'un programme public et, simultanément, d'élargir la liberté de choix des patients.

Malheureusement, cette première vague de HMO rattachées au Medicare a produit surtout des scandales. Par exemple, un généreux donateur alimentant les caisses de partis politiques était à la tête d'une institution qui a recruté en Floride des milliers de patients âgés (et a encaissé pour cela des dizaines de millions de dollars du gouvernement), mais qui avait négligé de conclure des contrats avec des médecins et des hôpitaux pour les soigner. Il a fui les poursuites lancées contre lui et a trouvé refuge en Espagne. Suite à cela, Medicare a mis en place des règles plus strictes. Le gouvernement a fixé les paiements faits à la HMO, pour la couverture de personnes âgées, à hauteur

39

[1] On désigne par managed care - en français: réseaux de soins intégrés - un ensemble de dispositifs dans l'assurance maladie (HMO, listes de médecins agréés, passage obligatoire par le médecin de famille pour accéder au système de santé) qui se caractérisent par une combinaison variable de deux principes: d'un côté, le « choix » des assurés de renoncer à une certaine liberté (de choisir son médecin ou son hôpital, d'accéder directement à un spécialiste), cela en échange de primes réduites; de l'autre, le transfert au fournisseur de prestations (médecin, hôpital) d'une partie du risque assurantiel, en échange de figurer parmi les fournisseurs agréés par l'assurance et d'avoir ainsi un accès « facilité » à une clientèle, voire de bénéficier de primes en cas de bonnes performances.

Les Health maintenance organizations [HMO] sont une des formes les plus connues et les plus contraignantes du managed care. Elles consistent souvent en des cabinets de groupe dans lesquels les médecins ont un statut d'employés et perçoivent un revenu fixe; les médecins responsables étant intéressés aux résultats. Selon les partisans du managed care, ces dispositifs seraient « gagnant-gagnant »: ils permettraient, grâce aux assureurs, des gains d'efficacité (des soins de même qualité fournis à un coût inférieur) dont profiteraient patients, fournisseurs de soins et collectivités. - *Réd.*

LES DÉPENSES DE SANTÉ FINANCÉES PAR L'IMPÔT

Les données officielles pour 2005 fixent la part des dépenses publiques dans le total des dépenses de santé aux Etats-Unis à 45,4%. Ce chiffre ne comprend cependant pas:

- les déductions fiscales pour la conclusion d'assurances privées qui ont coûté, en 2004, 188,6 milliards de dollars au budget fédéral, principalement à l'avantage des personnes les plus riches;
- l'achat par les pouvoirs publics d'assurances maladie privées pour les employés du secteur public, comme les agents de police et les enseignants. En 2005, le gouvernement a versé aux assurances privées 120,2 milliards de dollars dans ce but: cela correspond à 24,7% du total des dépenses d'employeurs pour des assurances privées.

En 2005, la véritable part publique des dépenses de santé se monte donc à 9,7% du PIB, ce qui correspond à 60,5% du total des dépenses de santé ou encore à 4048 dollars par habitant (sur un total de 6697 dollars par habitant pour la santé). En comparaison, les dépenses publiques de santé se montent à 6,9% du PIB au Canada et à 7,2% en Grande-Bretagne (ou 2337 et 2371 dollars par habitant respectivement). [Pour la Suisse, l'OCDE évalue la part du financement public des dépenses de santé en 2005 à 59,7% du total, en y incluant les contributions de l'assurance maladie obligatoire. En France, la part du financement public des dépenses de santé, en 2005, s'élève à 80%, quelque 77% attribués à l'assurance sociale et 3% à l'administration publique; cela constitue un niveau plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE (73%). Source: Panorama de la santé 2007, Indicateurs de l'OCDE. - *Réd.*]

Les dépenses publiques de santé par habitant aux Etats-Unis sont supérieures au total (public et privé réunis) des dépenses de santé par habitant de tous les pays, à l'exception de la Norvège, de la Suisse et du Luxembourg.

de 95% des dépenses moyennes des patients restés dans le cadre du Medicare traditionnel. L'économie de 5% était considérée comme le gain d'efficience pouvant être attendu de ce dispositif. De plus, les patients qui choisissaient une HMO – attirés par la possibilité de bénéficier d'entrées libres à des spectacles, par une participation aux frais réduite et par d'autres avantages qui n'existent pas dans le système traditionnel – pouvaient retourner quand elles le voulaient au Medicare traditionnel.

Les HMO ont immédiatement repéré une opportunité, liée à la distribution inégale des coûts de santé. La plupart des patients ont très peu recours aux soins: en fait, chaque année, 22% des personnes âgées ne coûtent rien à Medicare. De l'autre côté, la minorité très malade se

taille la part du lion parmi les dépenses. Les responsables habiles des HMO ont rapidement réalisé l'aubaine, et de substantiels profits, en sélectionnant les bons cas. Ils ont recruté les personnes âgées en meilleure santé que la moyenne, apportant avec elles de substantielles primes et ne recourant presque pas aux soins, tout en renvoyant les patients malades, et leurs lourdes factures, au programme Medicare traditionnel, ce qui a perturbé les soins apportés à des millions de personnes.

Les départements de marketing des HMO ont mis au point des tactiques de recrutement sélectif pour attirer les personnes en bonne santé. Elles comprenaient entre autres des adhésions gratuites à des clubs de fitness, des repas de recrutement à des heures et des lieux les

rendant inaccessibles aux personnes particulièrement fragiles, ou des publicités peintes sur le fond des piscines. Les HMO ont également eu recours à des incitations financières pour encourager les médecins à convaincre les personnes malades de démissionner de leur HMO, par exemple en déduisant les paiements faits aux spécialistes de la capitation^[2] versée au médecin généraliste. Ainsi, un généraliste pouvait simultanément gagner de l'argent, en convainquant un patient devant se faire poser une prothèse de hanche de quitter la HMO, et se convaincre que ce conseil serait bénéfique pour son patient, puisqu'en quittant la HMO, il n'aurait plus à subir les restrictions de cette institution en matière de choix de l'hôpital et du chirurgien.

INÉGALITÉS SOCIALES, QUALITÉ DE VIE ET SANTÉ

VICENTE NAVARRO ★

L'énorme croissance des inégalités sociales a trouvé son expression la plus achevée aux États-Unis. De telles inégalités apparaissent dans toutes les facettes de la société, y compris dans la qualité de vie de ses citoyens. Une personne qui fait partie de la tranche des 5% des revenus les plus élevés aux États-Unis vit vingt ans de plus qu'une personne qui appartient à la tranche des 5% des revenus les plus bas (un travailleur non qualifié ayant été plus de cinq au chômage). Au sein de l'Union européenne à Quinze, cette différence s'élève à sept ans; en Espagne, à dix ans, un des écarts les plus grands de l'UE à Quinze. Dans chaque pays, l'espérance de vie d'une personne semblerait dépendre du niveau de revenu dont elle dispose. Plus confortables sont les revenus, plus nombreuses seront les années de vie. Avec un tel revenu, la personne peut acquérir des ressources qui vont des aliments plus sains à l'accès à un centre d'exercices physiques et à l'éducation ainsi qu'à d'autres éléments important pour sa santé; ce qui lui permettra d'avoir une meilleure qualité de vie. Toutefois, une telle explication est insuffisante pour interpréter les énormes écarts de mortalité au sein de la population...

Le niveau de revenu en tant que tel n'est pas une garantie de bonne santé. Un élément qui expliquerait le différentiel de mortalité

constaté entre les classes défavorisées des États-Unis et les classes populaires du Royaume-Uni résiderait dans les habitudes de vie moins saines de la population étasunienne comparées à celles de la population britannique. Par exemple, le régime alimentaire aux États-Unis serait pire qu'en Grande-Bretagne. Ou encore, un service national de la santé (NHS) qui garantit le droit d'accès aux soins en cas de nécessité existe en Grande-Bretagne; ce droit est inexistant aux États-Unis. De telles explications ont leur validité, mais restent toutefois insuffisantes... Quelle est donc la raison de cet écart de mortalité?

Le professeur Michael Marmott a étudié, par exemple, l'état de santé des fonctionnaires en Grande-Bretagne. Il a constaté que des facteurs comme l'alimentation, l'habitude de fumer, la quantité de graisse dans le régime alimentaire et d'autres facteurs n'expliquent que 30% du différentiel de mortalité dans ce groupe. Des facteurs qui ont trait au rôle de la santé publique, à l'amélioration des habitudes de consommation, aux comportements individuels sont importants, mais insuffisants.

D'autres facteurs ont une fonction majeure. Parmi eux, il y a la sensation de pouvoir contrôler son travail ainsi que sa vie. Une telle sensation implique que la perception d'un plus grand contrôle sur sa vie a un fort impact sur

la qualité de la santé. En réalité, le revenu, l'éducation, le statut social et d'autres variables sont précisément des instruments pour obtenir la sensation de ce contrôle.

Toutefois, cette sensation se concrétise au niveau de chaque individu et cela dépend de la façon dont l'individu entre en rapport avec d'autres. Plus la sociabilité et la solidarité sont fortes, meilleur est l'état de santé. C'est ici que l'on peut saisir la racine du problème et entrevoir la voie pour trouver une solution. Le darwinisme social qui caractérise les politiques néolibérales (chaque personne doit entrer en concurrence contre d'autres, se mettant ainsi en valeur pour elles-mêmes, et cela dans un contexte de protection sociale très limitée) est la cause la plus importante de la pathologie sociale, de la médiocre qualité de vie et de santé pour une majorité de la population.

* Vicente Navarro est professeur à la John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Il est l'auteur de très nombreuses publications. Il est rédacteur de l'*International Journal of Health Services*. Il a publié dans la *Monthly Review*, septembre 2003, un article intitulé «The Inhuman State of U.S. Health Care» et, en novembre 2004, «Inequalities are Unhealthy». L'extrait que nous publions est tiré d'un article paru dans le quotidien *El País*, en date du 1^{er} mai 2008.

Les HMO se sont ainsi concentrées sur la fourniture de soins commodes et séduisants correspondant aux besoins modestes des personnes âgées en bonne santé (et rentables). Pendant ce temps, cela se passait mal pour les patients malades et coûteux. Les patients victimes d'attaque cardiaque, ceux nécessitant des soins à domicile ou souffrant de maladies chroniques avaient droit à des soins réduits, voyaient leur état de santé se détériorer et fuyaient les HMO. Et quand tout cela ne marchait pas et qu'une HMO se retrouvait encombrée dans un comté [subdivision territoriale administrative, département] par un trop grand nombre de patients malades et non rentables, les directeurs de la HMO décidaient alors tout simplement de fermer boutique dans ce comté et de refilet leurs patients au Medicare traditionnel.

On en arriva à la fin des années 1990 à ce que le recrutement sélectif par les HMO des personnes en bonne santé et le transfert des malades au système traditionnel avaient alourdi la facture annuelle de Medicare de 2 milliards de dollars. Cependant, malgré ce subside, les HMO demeuraient incapables de soutenir la concurrence avec le Medicare traditionnel. Le poids des coûts administratifs – 15% pour la plus grande HMO contre 3% pour Medicare traditionnel – était trop lourd. De nombreuses HMO n'étaient par conséquent plus en mesure de maintenir les prestations supplémentaires qu'elles avaient offertes à leurs débuts pour attirer des clients.

Comme leur recrutement chutait, les HMO ont alors fait pression pour obtenir une aide gouvernementale et le Congrès a augmenté les paiements qui leur étaient versés. Actuellement, Medicare verse chaque année 77 milliards de dollars à des institutions privées (HMO, managed care); le coût de la prise en charge des 8 millions de membres de Medicare ayant opté pour des HMO dépasse de 12% le coût de prise en charge des patients ayant un profil comparable au sein du système traditionnel de Medicare.

Les programmes HMO destinés à Medicare, vendus lors de leur lancement comme une stratégie fondée sur le marché et devant augmenter l'efficacité des programmes publics, sont ainsi devenus un mécanisme de subventionnement des HMO privées, se chiffrant en milliards de dollars. Qui plus est, le pouvoir financier accumulé par ces entreprises (largement aux dépens des dépenses publiques) est utilisé pour dresser des obstacles politiques face aux tentatives de mettre fin à cette expérience qui a fait faillite.

LE SECTEUR PRIVÉ EST-IL MEILLEUR ?

D'autres expériences visant à utiliser l'argent public pour acheter des prestations de soins à des entreprises privées sont tout aussi décevantes. Le coût des couvertures maladie que le gouvernement achète à des assurances privées pour le personnel des collectivités publiques a augmenté encore plus rapidement que ceux de Medicare. Selon des méta-analyses [rassemblement de données issues d'études comparables] systématiques, les centres privés de dialyse, financés presque entièrement par le programme spécial de Medicare couvrant toute personne ayant besoin d'une dialyse sur le long terme, ont un taux de mortalité supérieur de 9% aux centres gérés par des institutions sans but lucratif, avec des coûts tout aussi élevés.

Quant aux hôpitaux privés, dont l'essentiel du financement provient des caisses publiques, ils présentent un taux de mortalité supérieur de 2% et des coûts plus élevés de 19% à ceux des établissements sans but lucratif. Bien qu'ils dépensent moins pour leur personnel infirmier et médical, les hôpitaux privés déboursent davantage pour leurs managers.

De même que sont sous-estimés les échecs du système privé, l'est également la principale réussite du système américain de santé: le système de l'Administration sanitaire des vétérans [Veterans Health Administration – militaires démobilisés]. Ce réseau d'hôpitaux et de cli-

niques, propriété du gouvernement, a longtemps été dénoncé comme un exemple américain de la faillite d'une planification de type soviétique. En réalité, il est apparu récemment comme un leader incontesté en matière d'amélioration de la qualité et de système d'information. Aujourd'hui, l'Administration sanitaire des vétérans assure des soins plus équitables [dans leur accès], de meilleure qualité et à un prix comparable, voire inférieur, à ceux fournis par le secteur privé.

LE COÛT DES FORCES DU MARCHÉ

Le passage d'un service public à un modèle d'entreprise [ayant pour but de dégager des profits] a augmenté les coûts du système de soins, en partie en stimulant la croissance de la bureaucratie. La part des fonds de santé consacrée aux services administratifs a augmenté de 50% ces trente dernières années aux États-Unis et elle y représente maintenant 31% du total des dépenses de santé, soit le double qu'au Canada. Simultanément, les services administratifs ont été métamorphosés, passant de servants de la médecine à maîtres de cette dernière; ainsi de petite équipe de support se consacrant à faciliter les soins fournis aux patients, ils sont devenus une vaste armée préoccupée par la rentabilité.

Des tendances récentes dans d'autres pays montrent que l'expérience américaine n'est pas unique. La mise en place de marchés internes a fortement accru les frais administratifs en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande. Les frais généraux des assureurs privés canadiens sont 10 fois supérieurs à ceux des programmes publics d'assurance mis en place au niveau des provinces.

En Australie, les déductions fiscales pour la conclusion d'assurances privées ont orienté l'argent vers des entreprises privées dont les frais généraux s'élèvent à 12%, contre 3,5% pour les programmes publics; quant aux hôpitaux privés favorisés par cette politique, ils sont en moyenne 10% plus chers que les établissements publics. ➤

[2] Dans le cadre des HMO, les médecins de référence touchent en général une somme forfaitaire par patient, la capitation. Cette enveloppe inclut les services qu'ils devront solliciter auprès de médecins spécialistes, pour des analyses complémentaires ou des traitements, ou auprès de laboratoires. Ce mécanisme, qui transfère le risque économique sur le médecin de référence, est censé le motiver à gérer de manière plus économique les prestations de santé. – Réd.

En Allemagne, alors que les assurances maladie ont adopté un mode de fonctionnement s'inspirant de plus en plus du privé, leurs coûts administratifs ont augmenté de 63,3% entre 1992 et 2003; simultanément, les médecins se plaignaient d'être ensevelis sous une avalanche de paperasse.

Deux facteurs sont à l'œuvre. Premièrement, la fragmentation des flux de financement, avec de multiples payeurs plutôt qu'un seul, gouvernemental, ajoute nécessairement de la complexité et est source de redondances. Deuxièmement, les coûts administratifs élevés sont intrinsèques au modèle commercial (dans le domaine des soins médicaux comme ailleurs).

Chaque partie d'une transaction commerciale doit conserver ses propres archives comptables détaillées, pas tant à des fins de coordination que comme preuve en cas de conflit. De plus, investisseurs et régulateurs exigent des vérifications par des audits indépendants, ce qui nécessite un nouvel ensemble de dossiers. Par conséquent, les registres commerciaux dupliquent sous forme de documents papier chaque examen clinique, avant, pendant et après qu'il a lieu. Les notions d'obligations mutuelles et de mission partagée, auxquelles la médecine aspirait en son temps, ont perdu toute pertinence, voire même sont devenues une charge. Par conséquent, la décision de libérer les forces du marché est, entre autres, une décision de détourner des ressources prévues pour les soins de santé au profit d'un travail administratif.

L'ÉCHEC DU MARCHÉ

Les théoriciens du marché arguent que la compétition, même si elle augmente les frais administratifs, doit provoquer une baisse des coûts totaux. Pourquoi est-ce que la pratique n'a pas confirmé cette théorie?

Les investisseurs qui possèdent des entreprises de soins n'ont pas pour but de minimiser les coûts mais de maximiser leurs profits. Les stratégies qui gonflent la rentabilité ont souvent un impact négatif sur l'efficacité. Les entreprises américaines ont considéré qu'augmenter leurs profits en exploitant des failles du système ou en faisant du lobbying est plus

rentable qu'accroître leur efficacité ou leur qualité.

Columbia/Hospital Corporation of America (HCA), le plus grand opérateur privé d'hôpitaux aux États-Unis, a délibérément gonflé ses factures et dépenses à charge du gouvernement; il a conclu des contrats faisant que Medicare finançait ses dépenses et il a payé des médecins pour qu'ils adressent leurs patients aux hôpitaux du groupe.

Tenet, le deuxième plus grand groupe hospitalier privé, a une longue histoire de démêlés avec la justice. Dans les années 1980, alors que le groupe s'appelait encore National Medical Enterprises, il versait des pots-de-vin aux médecins pour augmenter ses admissions et il hospitalisait de manière inadéquate des patients psychiatriques afin d'occuper ses lits. Cela a débouché sur des arrangements judiciaires portant sur des dédommagements de près de 700 millions de dollars. Plus récemment, Tenet a versé des centaines de millions de dollars afin de mettre fin à des plaintes l'accusant d'avoir offert des pots-de-vin pour obtenir que des patients lui soient adressés, d'avoir sollicité des versements exagérés de la part de Medicare et d'avoir effectué sans raison dans ses hôpitaux des centaines de traitements cardiaques.

Les revenus des dirigeants des groupes privés pompent aussi des ressources qui devraient revenir aux soins. Lorsque le patron de Columbia/HCA a démissionné, suite aux enquêtes concernant d'éventuelles fraudes de l'entreprise, il est parti avec en poche des actions du groupe valant 324 millions de dollars. Le patron de Tenet a fait valoir son option sur des actions valant 111 millions de dollars peu avant de démissionner sous la pression des investisseurs, en 2003. Le directeur de Health South (le principal fournisseur de soins de réhabilitation, qui sont financés avant tout par Medicare), a encaissé 112 millions de dollars en 2002, une année avant qu'il ne soit inculpé de fraude (charge dont il a ensuite été disculpé) et quatre ans avant qu'il ne soit condamné pour des cas de corruption, sans lien avec les accusations précédentes.

Même les patrons d'entreprises qui ne sont pas entachés de suspicion moissonnent d'énormes récompenses. L'ancien gériatre de Harvard John Rowe gagnait

225 000 dollars par jour (dimanches et vacances compris) durant les 65 mois où il a été à la tête de la compagnie d'assurances Aetna. Bill Mc Guire a gagné 1,6 milliard après avoir abandonné la médecine pulmonaire pour prendre la direction de UnitedHealthcare.

Si le fait de confier la santé à des entreprises privées a profité à leurs actionnaires et à leurs dirigeants, cela a par contre accru les coûts et dégradé la qualité, car la santé ne peut pas répondre aux conditions essentielles qui sont nécessaires pour le fonctionnement d'un marché.

Il est à la mode de considérer les patients comme des consommateurs; cependant, les personnes sérieusement malades (celles qui consomment le plus de soins) ne peuvent pas «faire leur marché» [de soins], réduire leur demande lorsque les prestataires augmentent les prix et apprécier de manière adéquate la qualité des prestations. Ces patients dépendent nécessairement des conseils de leur médecin concernant les tests et les traitements qu'il leur convient «d'acheter».

Même pour des acheteurs sophistiqués comme les agences gouvernementales, le «produit» des soins de santé est notoirement difficile à évaluer, particulièrement dans la mesure où ce sont les médecins et les hôpitaux qui produisent les données qui serviront à les évaluer et à déterminer leur rétribution.

Lorsque les hôpitaux du groupe Tenet pratiquaient de la chirurgie cardiaque sur des patients bien portants, les résultats des interventions étaient de première qualité. Même pour des firmes honnêtes, la sélection attentive des patients et des services rentables est décisive pour leur succès.

A l'inverse, répondre aux besoins de la collectivité est souvent une menace pour la rentabilité de l'institution et, par conséquent, pour sa survie. Au cours de la dernière décennie, 425 départements d'urgence – qui sont de véritables aimants pour les personnes très malades ainsi que pour les patients sans assurance et incapables de payer – ont fermé leurs portes. En moyenne, les services d'urgence américains, qui sont débordés, renvoient une ambulance toutes les minutes.

Finalement, un vrai marché exigerait de nombreux vendeurs indépendants, bénéficiant d'un libre accès au marché.

Cependant, de nombreux hôpitaux occupent de fait une position de monopole; la moitié des Américains vivent dans des régions trop peu peuplées pour permettre une vraie compétition entre fournisseurs de soins.

QUEL EST LE MOTEUR DE LA PRIVATISATION ?

Les constats qui ressortent de l'expérience américaine sont remarquablement cohérents : le financement public de soins privés donne de bien meilleurs résultats. Dans la pratique, la compétition public-privé signifie que les entreprises privées se réservent les niches rentables, laissant un secteur public, affaibli financièrement, responsable pour les patients et les services non rentables. Sur la base de cette expérience, seul un cancre pourrait croire que des réformes basées sur le marché seront capables d'accroître l'efficacité et l'efficacité du système de santé. Pourquoi les politiciens, qui ne sont pas stupides, poursuivent-ils néanmoins dans cette voie ?

De telles réformes offrent un moyen déguisé de redistribuer la richesse et les revenus en faveur des riches et des puissants (voir l'encadré « Caractéristiques des réformes basées sur le marché »). La privatisation permet d'échanger les échelles de salaires relativement plates des services publics contre celles beaucoup plus raides de l'industrie privée : l'écart de 1 à 15, entre le salaire le plus bas et le salaire le plus haut au sein de l'administration amé-

ricaine, cède la place à l'échelle de 1 à 2000 qu'on retrouve au sein d'un groupe comme Aetna.

Mais, plus important encore, la privatisation de systèmes de santé financés publiquement revient à utiliser l'argent public pour garantir des opportunités de profit à des firmes à la recherche de nouveaux marchés.

Les assureurs privés étaient habitués à se concentrer sur la vente de couvertures maladie aux employeurs et à éviter les personnes âgées, considérées comme non assurables. Maintenant que les employeurs coupent massivement dans les couvertures maladie de leurs salariés, les assureurs se tournent vers le trésor public pour qu'il leur garantisse de nouvelles rentrées. Et pourquoi s'arrêter à la vente d'assurances ? Pourquoi ne pas mettre la main sur les milliards dépensés chaque année pour les soins fournis dans les hôpitaux et les cabinets médicaux ?

LEÇONS D'AUTRES PAYS

Les fondamentalistes du marché jonglent avec la vision de marchés médicaux efficients, combinés avec un financement et une régulation publics, qui devraient ainsi assurer l'équité et l'universalité dans l'accès aux soins. Mais la régulation est dépassée. Les incitations à réaliser des performances optimales s'alignent imparfaitement, au mieux, avec les vrais buts des soins. Les schémas censés lier paiements et résultats récompensent en fait les entrepreneurs

habiles à contourner les objectifs initiaux et dont l'influence financière et politique augmente. Quant à ceux qui poursuivent sans duplicité le travail ardu d'assurer une bonne prise en charge des patients, ils perdent leur position sur le marché médical. Les systèmes de santé ont besoin d'améliorations et d'innovations dans tous les pays. Mais les remèdes empruntés au commerce amènent avec constance des soins de moins bonne qualité et plus coûteux.

A l'opposé de ces politiques, nous préconisons : un dosage adéquat du financement public ; des budgets établis à l'échelle des communautés de manière à faire concorder les investissements avec les priorités sanitaires et à stimuler la coopération entre politiques de santé publique, soins de base et prise en charge hospitalière ; le soutien aux innovations locales, une politique visant à renforcer la capacité d'agir et l'autonomisation [empowerment – octroi de droits] des patients et de leurs familles ; des audits approfondis ayant pour but l'amélioration [des soins] et non pas l'attribution de blâmes ou de récompenses ; un système fondé sur la confiance et des objectifs partagés ; enfin, un leadership qui ne soit pas confié aux entreprises privées, mais qui revienne aux « gens, imaginatifs, inspirés, capables [...] pleins de joie, invités à faire usage de leurs réflexions et de leurs volontés pour coopérer à la réinvention du système [...] à cause du sens que cela apporte à leurs vies et de la paix que cela offre à leurs âmes » [3]. ✱

CARACTÉRISTIQUES DES RÉFORMES BASÉES SUR LE MARCHÉ

- Le but des réformes de marché est d'amener la santé dans le domaine du commerce, où des marchandises (des biens ou des services homogènes) sont vendues et achetées afin d'en retirer un profit.
- La première étape de ce processus est de diviser l'entreprise médicale en des unités séparées et vendables (marchandises), en créant des vendeurs et des acheteurs, par exemple, en séparant la responsabilité du financement de celle de la fourniture de soins ou en passant d'un financement des hôpitaux par budget global à un financement forfaitaire par cas.
- Une fois que les produits médicaux sont définis, les vendeurs (les fournisseurs de soins) sont contraints à entrer en compétition entre eux, ce qui conduit d'un point de vue financier à des gagnants et à des perdants.
- Comme la plupart des produits médicaux sont en réalité hétérogènes (chaque patient est différent), les fournisseurs de soins peuvent tirer profit d'une segmentation du marché, par exemple en soignant un sous-groupe de patients en bonne santé relative et présentant un type particulier de diagnostic.
- Les fournisseurs de soins rentables attirent les investisseurs et accumulent le pouvoir financier (et politique) nécessaire pour se développer, tandis que les fournisseurs non rentables sont évincés du marché

[3] Les auteurs reprennent cette formule de Berwick DM, "Improvement, trust, and the health care workforce", *Qual Saf Health Care*, 2003 ; 12:2-6. – Réd.