Les comparaisons internationales des systèmes de santé : apports et difficultés des classements de performances

Michel GRIGNON *

A l'occasion de son rapport annuel, l'OMS a publié en 2000 un classement des performances des systèmes de santé de tous les pays du monde. Le rapport a reçu un écho considérable, en France mais aussi dans nombre de pays riches, parce que le système français, réputé pourtant peu systématique et peu rationnel, sortait premier d'un des classements proposés. Ce rapport a suscité un débat, parfois passionné et souvent biaisé, sur la meilleure manière de mener de telles comparaisons, parfois même sur la pertinence d'un tel exercice. Le présent article vise à recenser les apports et les difficultés techniques des exercice de classements des performances des systèmes de santé. Je commencerai par détailler la méthode utilisée par l'OMS (en m'attachant à mettre en lumière, à travers ce cas particulier, les caractéristiques de toute comparaison internationale de performance d'un système de santé). Je montrerai alors ce qui, de mon point de vue, rend difficile l'idée même de classement selon les performances ; pour faire cela, je serai obligé de laisser de côté les critiques et débats spécifiques à la tentative de l'OMS en 2000, pour m'attacher aux critiques génériques à ce type d'exercice. Enfin, je montrerai les problèmes posés par les comparaisons internationales refusant l'idée même de classement, problèmes évidemment symétriques de ceux posés par les classements.

Comparer les performances des systèmes de santé

Il paraît difficile d'appréhender la « performance » de nombreux domaines de l'action publique, comme l'éducation ou les transports, parce qu'il n'y a pas de consensus ou d'évidence quant au « résultat » attendu (ce que doit produire le domaine en question). Souvent, l'action publique n'a pas vraiment d'objet extérieur, son résultat est motivé par l'objectif politique de l'action elle-même (les performances scolaires sont ainsi largement motivées par des attentes socialement construites, un système de transport public n'est même pas nécessaire si le re-

* Department of Economics and Gerontology Program, McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada.
Cet article repose pour l'essentiel sur un travail d'analyse du rapport 2000 de l'OMS, mené alors que je travaillais à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, à Paris (France).

cours au tout automobile satisfait tout le monde etc.). En revanche, le système de santé semble avoir un objet naturel, extérieur à toute définition politique, un objet que toute société désire ou préfère, à savoir le « niveau de santé de la population ». Il peut y avoir débat sur la façon de mesurer le niveau de santé d'une population, mais pas sur le fait qu'il soit désirable de l'augmenter. Dès lors, puisqu'un « système de santé » produit quelque chose de comparable d'un environnement à l'autre (le niveau de santé de la population), il est légitime de se demander si certains systèmes ne le produisent pas plus efficacement que d'autres.

Commençons par expliciter le concept de comparaison de performance : il ne s'agit en aucun cas de déterminer le « meilleur » système de santé au monde, au sens de « celui dans lequel on aimerait se faire soigner », mais bien de déterminer le système qui tire le meilleur parti des ressources qui lui sont allouées. Cette définition est précisément celle de la performance, un résultat à ressources données, qu'on peut distinguer de l'efficacité, simple mesure de volume produit ou d'impact. Ce parti pris est logique : chercher le meilleur système n'aurait d'intérêt que pour aider des individus hésitant sur leur expatriation, et fermement décidés à faire du niveau de santé de la population les environnant leur critère de sélection, à faire leur choix. Les institutions internationales visent un public plus large et des questions d'intérêt plus général : identifier les systèmes de santé qui gèrent au mieux leurs ressources permet effectivement de tirer des leçons sur ce qui marche bien pour produire de la santé. Il s'agit donc d'une logique d'évaluation, visant, comme toute évaluation, à promouvoir un modèle de bonne pratique en vue d'un meilleur résultat. On peut contester la méthode employée, notamment le fait que l'évaluation fut nettement plus sommative (une évaluation est dite sommative si elle repose sur des jugements de résultats *ex post*), que formative (une évaluation est dite formative quand elle accompagne le processus évalué et guide discrètement les évalués). Cependant, l'objectif est parfaitement en ligne avec le rôle de l'Organisation mondiale de la santé : agir comme prestataire de services pour les systèmes nationaux, vus comme des producteurs de santé, en leur fournissant des recettes pour optimiser leur production.

Le principe d'un classement de performances de systèmes de santé est donc le suivant : choisir une mesure de résultat du système, puis une mesure des ressources dont dispose le système, et rapporter le premier aux deuxièmes. Pour être tout à fait exact, le principe consiste à rapporter l'écart entre le résultat constaté et le résultat minimum (le niveau de santé de la population s'il n'y avait aucun système de santé, car chacun peut s'accorder sur le fait que, même avant la mise en place de systèmes de santé publics, toute la population ne mourrait pas à la naissance) aux ressources confiées au système de santé.

Avant de passer en revue les difficultés inhérentes à l'exercice de classement proprement dit, on peut opposer un dernier argument logique à la motivation même de l'exercice : les pays mal classés ne se sont pas privés d'observer que cette mesure de performance faisait apparaître (malencontreusement, selon eux) comme peu performants des systèmes devant traiter de populations aux habitudes néfastes pour la santé. Derrière cet argument se cache l'objection suivante : que peut un professeur de médecine ou un cadre du ministère de la Santé (ou des Finances) si

les individus s'entêtent à boire, à manger gras, à ne pas faire de sport, ou à fumer ?

La réponse est la suivante : un système public peut être tenu pour responsable de l'attitude de la population, et non pas seulement des maladies ou troubles de santé occasionnés par cette attitude. Il s'agit d'une vision sans doute englobante du système de santé, qui pourra choquer l'économiste soucieux du respect des préférences des individus, car elle sous-entend implicitement qu'un système de santé est fondé à faire adopter aux individus des comportements propices à la santé, même s'ils sont contraires à leur bien-être. Cependant, dans une logique de production de santé publique, un tel point de vue est parfaitement logique. En outre, comme on le verra ci-dessous, la méthode de l'OMS prend en compte une bonne partie de cette objection en intégrant dans sa mesure des ressources une mesure du niveau d'éducation de la population traitée, utilisé comme indicateur de la capacité de la population à intégrer les messages et les efforts de prévention prodigués par son système de santé publique.

Les principales caractéristiques d'un classement

La performance est, on l'a vu, le rapport d'une mesure de résultat à la valeur des ressources utilisées pour obtenir ce résultat. Traduire chacun de ces deux concepts en chiffres (le résultat au numérateur, les ressources au dénominateur) soulève évidemment des problèmes de disponibilité et de fiabilité des données statistiques nationales. Ces problèmes ont fait l'objet de l'essentiel des discussions autour du rapport 2000 de l'OMS et on a pu reprocher à juste titre à ce rapport d'être prématuré et de fournir des conclusions (notamment un classement des pays) fondées sur des bases statistiques fragiles ; à ce reproche, les rédacteurs du rapport ont répondu, non sans raison, que si leur effort avait eu pour seul effet de souligner les lacunes des statistiques officielles et d'inciter les gouvernements à les améliorer, ce serait déjà un résultat positif pour l'analyse des systèmes de santé.

Comment agréger les ressources utilisées par le système de santé dans un indicateur unique ? Je me concentrerai ici sur les seuls problèmes conceptuels posés par la mesure des ressources et des résultats d'un système de santé, dans l'optique d'une mesure de performance, en commençant par le plus simple, à savoir les ressources. J'aborderai en premier lieu le problème des coûts directs, puis celui des coûts indirects des actions de santé.

Les ressources directes

Un système de santé, quel qu'il soit, utilise directement des « ressources » très diverses, comme du temps et de la compétence de professionnels (diversement rémunérés), des immobilisations en lits, bâtiments et équipements, des molécules et du marketing pharmaceutiques. Toutes ces ressources ont un point commun, elles sont rémunérées et ont donc une valeur monétaire. On peut donc légitimement ajouter une journée de travail d'un professionnel de santé et un lit d'hôpital puisque ces deux ressources peuvent s'exprimer dans une unité monétaire commune ; en sommant ainsi toutes les valeurs des ressources utilisées par le système de santé, on obtient le concept de consommation médicale totale (CMT) de la comptabilité nationale. Comptabiliser ainsi les ressources directes par la CMT revient à adopter les prix relatifs nationaux des unités de ressources, et c'est le point de vue adopté par l'OMS pour son

Les indicateurs du rapport 2000 de l'Organisation mondiale de la santé

Comment l'OMS établit-elle son classement dans son rapport 2000 sur la santé dans le monde ?

Selon l'OMS, « pour évaluer un système de santé, il faut mesurer cinq indicateurs : le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, le degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité et la répartition de la contribution financière ».

Le niveau de santé général est mesuré par l'espérance de vie corrigée des incapacités.

L'équité dans le résultat de santé (distribution de la santé) est mesurée par la variance individuelle de probabilité de survivre plus d'un an à la naissance. Il s'agit d'un pari méthodologique ayant suscité de nombreuses interrogations, car la mesure standard d'inégalité de santé est plutôt sociale (par exemple la différence d'espérance de vie de groupes sociaux différents).

La réactivité, c'est-à-dire la capacité du système à répondre aux demandes des patients et la **distribution de cette réactivité** selon l'origine (ethnique, de genre, d'âge etc.) du patient ont été obtenus par interrogation d'experts. Pour déterminer la réactivité, l'OMS prend en compte sept éléments : respect de la dignité de la personne, confidentialité, autonomie du patient, rapidité de la prise en charge, qualité de la prise en charge, accès à des réseaux d'aide sociale pour les patients (famille et amis) et possibilité de choix du prestataire.

L'équité du financement est mesurée par la proportion de ménages devant consacrer plus de 10 % de leur budget non alimentaire aux dépenses de santé, par cotisation ou paiement direct du producteur. Les critiques ont porté sur la difficulté de mesurer les paiements « sous la table ».

Pour obtenir le classement l'OMS pondère les différents indicateurs.

Pondérations		
Santé (espérance de vie corrigée de l'incapacité)	0,5	
Niveau global ou moyen		0,25
Distribution		0,25
Réactivité	0,25	
Niveau global ou moyen		0,125
Distribution		0,125
Equité de la contribution financière	0,25	

Enfin, au-delà des résultats, l'OMS mesure une performance : « Chaque système de santé doit être jugé en fonction des ressources dont il dispose effectivement, non en fonction de celles qui auraient pu être consacrées à la santé mais qui ont servi à un autre usage ». Elle utilise ici le nombre moyen d'années de scolarisation des adultes.

M.G., P.V.

rapport 2000 ; une alternative consisterait à se donner un système de prix international et à valoriser les ressources comptabilisées en volume dans chaque pays au moyen de ce système commun.

Les ressources indirectes

Les ressources indirectes posent un problème apparemment plus complexe : outre le temps des professionnels et les biens et services directement destinés à produire des soins, un système de santé ne peut fonctionner sans une contribution non directement rémunérée de la part de la population. On pense ici à l'aide informelle, au temps des patients, mais aussi aux attitudes et comportements vis-à-vis de la santé (alcoolisme, tabagisme ou tempérance) : la tempérance est une ressource pour le système de santé (à effort des médecins égal, une population moins alcoolique sera en meilleure santé), elle engendre un coût pour la société (si on admet qu'il existe un plaisir à consommer de l'alcool ou du tabac ou des nourritures grasses mais savoureuses, se priver de ces consommations peut être assimilé à un coût, appelé le coût du renoncement au plaisir). Il n'existe aucun système de prix permettant de donner une valeur monétaire à de telles ressources, c'est-à-dire de savoir combien on a utilisé de ces ressources pour produire de la santé ; lorsqu'on ne sait pas mesurer la valeur des ressources réellement utilisées, on en est réduit, en comptabilité nationale, à les comptabiliser en volume. Par exemple, le rapport OMS 2000 considère que le « capital humain » disponible dans la population, mesuré par le nombre moyen d'années d'éducation dans la population, reflète ce volume de ressources indirectes et intangibles à la disposition du système de santé (le capital humain mesure à la fois la valeur du temps des individus, et la capacité productive en santé de leurs attitudes et comportements) : les systèmes de santé sont donc supposés utiliser deux types de ressources, la CMT d'une part, le nombre d'années d'étude d'un individu moyen de la population résidant dans le pays d'autre part, ce dernier chiffre reflétant le « capital humain » disponible.

On peut mesurer une performance quand les ressources sont de natures différentes et non directement comparables (ou sommables).

Mettre sous un même chiffre (qu'on placera ensuite au dénominateur de la performance) des entités ainsi non commensurables soulève un problème, dit d'agrégation, qui peut paraître rédhibitoire. En fait, les mathématiques de l'ingénieur d'un côté (on parle de méthode d'enveloppe des données ou DEA selon l'acronyme anglais), l'économie de la production de l'autre (on parle de frontières stochastiques d'efficience) fournissent des méthodes qui permettent de calculer une performance quand les ressources utilisées sont de natures diverses. On peut montrer que le choix de telle ou telle méthode (voire de telle ou telle « sous-méthode » au sein d'une famille de méthodes) conduit à des résultats différents, notamment que la prise en compte de l'éducation comme ressource du système de santé avantage les systèmes de santé des pays riches mais à (relativement) faible niveau d'éducation comme l'Espagne, le Portugal, l'Italie ou la France. Mais, au moins, on peut envisager de pouvoir agréger les ressources dans une mesure d'efficience. Il est donc toujours possible de comparer les performances de systèmes utilisant des ressources de nature non commensurable.

Mais l'agrégation des résultats est plus difficile.

De manière peut-être surprenante, le problème d'agrégation des résultats est, lui, quasiment insoluble, et remet en question l'idée même d'une mesure de la performance.

Un résultat multidimensionnel

Le premier problème d'agrégation des résultats tient au fait que, même dans une perspective médicale, il est difficile d'imaginer qu'il ne soit demandé au système de santé que de produire un niveau de santé moyen pour la population. Au minimum, on pourra considérer qu'à égalité sur les moyennes, le système de plus faible dispersion autour de la moyenne sera meilleur. Il faut donc agréger le niveau moyen et l'inégalité des niveaux de santé ; l'OMS, dans son rapport 2000 a aussi considéré qu'un système de santé produisait (et était jugé selon) des « biens et services intermédiaires » comme la capacité d'adaptation aux demandes des patients : à résultat moyen et dispersions égaux, le système à durée d'attente plus faible ou offrant plus de confort à l'hôpital sera jugé meilleur. Il existe, là encore, des méthodes analytiques pour mesurer la performance dans ce cadre dit à multiplicité d'*outputs*. L'OMS a cependant opté pour une procédure plus lisible (et moins sophistiquée) consistant à donner des poids, à dire d'experts, aux différentes « dimensions » de la production d'un système de santé. C'est du reste sur cet indicateur composite que le système français est arrivé premier, sachant quand même que les résultats en matière d'inégalité des états de santé, ou de capacité du système à répondre aux attentes des patients n'ont pas été mesurés sur le cas français, mais « imputés » à partir de mesures réalisées dans des pays comparables à la France.

Le problème soulevé par une telle technique d'agrégation « à dire d'experts » est qu'il faut admettre que la « performance » d'un système de santé repose sur des pondérations de l'importance relative des différentes dimensions de la santé (santé moyenne, dispersion des états de santé, listes d'attente etc.) valides pour tous les pays à la fois. Cela revient en fait à une contradiction interne : si on admet que le système de santé doit non seulement produire un résultat objectif et universel (le niveau de santé), mais aussi des résultats subjectifs, liés aux préférences des individus, il est difficile d'admettre que de telles préférences soient uniformes d'un pays à l'autre.

Un résultat incrémental et non optimal parmi les combinaisons techniquement possibles

On pourrait cependant s'affranchir de ce problème en décidant de se concentrer sur la seule mesure de santé en moyenne dans la population ou encore, comme le prévoyaient les rédacteurs du rapport 2000 pour les éditions futures du travail de classement des performances (qui n'ont finalement pas vues le jour), en dotant chaque pays d'un jeu propre de pondération des résultats du système de santé, *via* des enquêtes portant sur toute la population. Malheureusement, cela n'aurait pas suffi à lever toutes les interrogations sur la validité de l'exercice de comparaison des résultats des systèmes de santé. En effet, tout exercice de comparaison de résultats repose, au moins implicitement, sur une « histoire de la manière dont se prennent les décisions » au sein du système de santé. Mesurer la performance comme le résultat total rapporté au total des ressources revient à considérer que les décideurs du système de santé peuvent tout changer à tout mo-

ment et, par exemple, modifier radicalement leurs priorités s'ils constatent que, au sein de la population qu'ils administrent, les priorités ne correspondent pas à celles produites par le système de santé tels qu'ils l'ont conçu et piloté.

A. Williams (2001) a illustré cette difficulté sur le seul résultat sanitaire. Le niveau de santé lui-même peut être considéré comme un agrégat. En effet, le niveau de santé d'une population est caractérisé à la fois par l'âge au décès et par la qualité de vie des survivants : à espérance de vie égale, la population la moins invalide sera jugée en meilleure santé. Empiriquement, on peut montrer que l'incapacité n'est pas liée à l'espérance de vie : d'un pays à l'autre, les résultats se contredisent sur ces deux dimensions, et, à l'intérieur d'un même pays, elles n'évoluent pas toujours parallèlement.

Il s'agit donc bien d'agréger espérance de vie et incapacité. L'OMS a opté, là encore, pour un système à dire d'experts : des groupes de médecins ont évalué l'équivalent en années en parfaite santé d'une année vécue avec tel ou tel degré d'incapacité, ce qu'on appelle l'espérance de vie corrigée des incapacités (EVCI).

Cette procédure est évidemment critiquable, car la pondération fait pratiquement à elle seule la mesure du résultat. Plus fondamental, cependant, utiliser une pondération de l'espérance de vie d'un côté et de l'incapacité de l'autre conduit à penser que les décideurs publics ou ceux qui conduisent le système de santé, arbitrent entre les gains possibles en espérance de vie d'un côté et les gains en qualité de vie de l'autre. Comme le souligne A. Williams (2001), les vraies décisions des systèmes de santé (donc leur vrai résultat) sont des décisions incrémentales sur le degré d'accès à accorder à telle ou telle technologie ou protocole nouveau, plus coûteux mais apportant un résultat en qualité ou en durée de vie. En d'autres termes, les systèmes de santé ne sont pas des usines dans lesquelles des ingénieurs mélangent des intrants pour produire efficacement un résultat (même un résultat composite, fonction des contraintes du service marketing), mais des systèmes sociaux dont l'évolution ne peut être modifiée qu'à la marge. Une telle conception paraît beaucoup plus réaliste : en effet, un système de santé apporte non seulement de la santé et de l'efficacité mais aussi de la certitude et de la continuité. Si le fait de changer totalement le mode de production engendre un coût d'ajustement pour le producteur, il n'engendre aucune perte de résultat ou de réduction de bien-être (si ce n'est pour le producteur des intrants dont on a décidé de se passer) ; en revanche, dans un système social, décider de changer du tout au tout le mode de financement, de rémunération ou de prise en charge de telle ou telle catégorie de prestations engendre une diminution de bien-être des bénéficiaires potentiels du système qui a de fortes chances d'excéder le gain attendu en efficience.

Si on accepte cette vision alternative du fonctionnement des systèmes de santé, fondée sur l'idée de sentier de dépendance plutôt que d'optimisation instantanée, il n'y a aucun sens à comparer des performances en rapportant un résultat total à une ressource totale.

L'alternative relativiste

En fait, une vision extrême de ce fonctionnement « à la marge » des systèmes de santé vus comme des systèmes sociaux réfute l'idée même de comparaison

des performances. Dans cette vision qu'on pourrait qualifier de « relativiste », chaque système ressort d'une logique propre et aucune comparaison, surtout unidimensionnelle, n'est possible. Tout au plus peut-on envisager des comparaisons internationales à visée descriptive, permettant de caractériser des types de systèmes de santé (social-démocrate, corporatiste-conservateur, libéral etc.).

Classements versus typologies

Pour mieux comprendre la différence entre les deux approches, le mieux est, me semble-t-il, de comprendre l'objectif poursuivi. Les classements cherchent à localiser tous les systèmes de santé dans un même paysage ou continuum et cherchent les recettes qui ont permis aux mieux classés de réussir. Au final, dans ces classements, l'identité des pays occupant les rangs importe peu, on cherche en fait des lois reliant des variables anonymes, du type : « le paiement à l'acte rend le système plus performant ». En revanche, dans la classification, l'identité des pays relevant de tel ou tel système est une caractéristique fondamentale. La pertinence d'une classification se lira dans le fait qu'elle trouve moins de distance (en matière de caractéristiques des systèmes de santé) entre des pays dont on sait « par ailleurs » qu'ils partagent une idéologie, une histoire ou des conditions communes et plus de distance entre des pays sans ce patrimoine commun.

Typologie systémique et recommandations normatives

Cette deuxième approche a certainement pour elle son réalisme, tant on peut montrer que les systèmes de santé évoluent toujours à la marge, même lors de réformes présentées comme radicales (Jacobs, 1998). En revanche, en interdisant toute comparaison, elle conduit à un certain statisme, elle insiste sur ce qui rattache au passé et refuse de voir les moteurs du changement. Du point de vue même du réalisme (ou de l'approche positive), ce refus peut conduire à figer les catégories et à prendre la typologie pour la réalité. Enfin, l'insistance sur la cohérence d'ensemble des systèmes, sur leur caractère de tout ou rien, peut jouer un rôle normatif fort, visant cette fois non plus seulement à indiquer les lignes de résistance prévisibles à tout changement intempestif du système de santé mais à recommander de ne pas tenter tel ou tel changement, qui serait préjudiciable à l'harmonie de l'ensemble du système. L'idée de cette attitude normative est celle de la pente savonneuse : tel ou tel changement à la marge qui peut paraître innocent, voire rationnel, entraînera en fait tel ou tel système vers son contraire. Une illustration de ce type de démarche normative est fournie par le débat français sur le financement des soins médicaux, et la substitution progressive de la contribution sociale généralisée (CSG) aux cotisations salariales. Présentée par ses promoteurs comme un changement rationnel (censé favoriser l'emploi et répartir la charge plus équitablement), cette réforme est aussi dénoncée comme le premier pas vers la dérive libérale du système de santé : la cotisation salariale arrimait l'assurance maladie au contrat de travail et au rapport salarial, alors que le financement par l'impôt fait entrer les soins médicaux dans l'univers de la « contrepartie » – l'étape suivant la CSG serait, selon ses opposants (dont les arguments sont développés dans Friot, 2000), la séparation entre un système minimum, financé par l'impôt, et un système de soins optionnel à financement privé.

Il ne s'agit pas ici de savoir si, dans le cas précis de la CSG et du système français, le changement incrémental a effectivement dégénéré en basculement de système (soulignons que, en toute rigueur, même si la CSG avait précédé historiquement un tel basculement, cela ne suffirait pas à prouver qu'il y a eu relation de cause à effet), mais d'illustrer la différence entre une démarche typologique (ou monographique, centrée sur la logique interne propre à chaque entité) et une démarche de recherche de lois ou d'évaluation (encore appelée nomothétique, et qui est celle de l'OMS) des comparaisons internationales des systèmes de santé.

En fait, la question posée par les méthodes de comparaison internationale des systèmes de santé paraît être celle de la dépendance au passé (appelée encore sentier de dépendance) et à la cohérence d'un système d'une part, et des possibilités d'aménagement à la marge au sein de ces logiques de dépendance et de cohérence d'autre part.

Une approche empirique

Les systèmes de santé sont-ils isolés par des logiques différentes ou fonctionnent-ils comme des assemblages de procédés transférables ?

Pour mesurer les forces de résistance liées à la cohérence systémique d'une part, et les moteurs de changements et d'amélioration du bien-être d'autre part, l'idéal de l'analyste est de disposer d'observations individuelles dans plusieurs pays, et de mesurer, sur ces observations, l'effet « toutes choses égales par ailleurs » de telle ou telle politique, en vigueur dans tel pays et pas dans tel autre ; par exemple, les spécialistes de sciences sociales aux USA ont compris depuis longtemps l'intérêt des analyses inter-Etats et le développement de l'analyse multi-niveaux en santé publique repose sur la même démarche.

Une composante peu transférable : l'organisation du travail médical et des professions de santé

L'intérêt des variables de niveau agrégé (tirées bien évidemment des monographies et classifications) est de fixer les limites de transférabilité d'un système national à un autre : si on a trouvé que le système en vigueur dans un pays bénéficierait beaucoup à importer des recettes d'un autre pays, encore faut-il être certain que ce transfert est faisable, c'est-à-dire, d'une part, serait accepté par l'opinion publique, d'autre part, ne remettrait pas en cause l'ensemble de l'architecture du système. Au total, un rôle envisageable pour les comparaisons internationales serait de mettre l'accent non seulement sur les gains à importer tel ou tel mode de fonctionnement ayant fait ses preuves dans d'autres pays, mais aussi sur les coûts de cette transformation, coûts liés au caractère solidaire des différents éléments du système de santé, voire du système de protection sociale plus largement. Cette version modeste des classements de performance pourrait permettre d'identifier les domaines sur lesquels la puissance publique devrait intervenir, parfois en dehors du système de santé proprement dit, pour améliorer ce dernier.

Parmi ces éléments de résistance qui rendent les composantes des systèmes de santé solidaires (et en font, du coup, des systèmes au sens propre) se trouve l'organisation ou le mode de fonctionnement et d'évaluation des professions de santé des différents pays. On conçoit que les conceptions de la santé publique soient très différents dans un pays comme les

Etats-Unis, dont l'élite médicale est composée d'évaluateurs et de chercheurs, mieux rémunérés et considérés que les praticiens qu'ils évaluent (pour le compte d'assureurs ou de plans privés), et dans un pays comme la France, dont l'élite médicale est toujours constituée de praticiens libéraux en exercice individuel, capables de résister à toute forme d'évaluation de leurs pratiques ou connaissances.

Sources :

Friot Bernard (1998), *Puissances du salariat,* Paris, La Dispute.

Jacobs Alan (1998), « Seeing Difference : Market Health Reform in Europe », *Journal of Health Economics, Politics, Policy and Law*, 23(1), February, pp.1-33.

Organisation mondiale de la santé (2000), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant.*

Williams A. (2001), « Science or Marketing at WHO? A Commentary on 'World Health 2000' », *Health Economics*, 10(2) March, pp.93-100.