

S. ELOUARDIRHI

G. D. MAÏTI

La réforme du système de santé aux USA : avantages et inconvénients de 11 projets

Les cahiers de l'analyse des données, tome 18, n° 1 (1993),
p. 7-26

http://www.numdam.org/item?id=CAD_1993__18_1_7_0

© Les cahiers de l'analyse des données, Dunod, 1993, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Les cahiers de l'analyse des données » implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques

<http://www.numdam.org/>

LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ AUX USA: AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE 11 PROJETS

[SÉCU. USA]

S. ELOUARDIRHI*

G. D. MAÏTI**

1 Origine et structure des données

1.0 L'étude américaine

Dans son numéro d'Août 1992, la revue *Postgraduate Medicine (PGM)*: publiée par l'Éditeur McGRAW-HILL à Minneapolis, Minnesota, USA; et souvent citée dans *CAD*), consacre à la réforme du Système de Santé un important article. Sous le titre "The good and the bad about 11 healthcare plans" (avantages et inconvénients de 11 projets de Système de Santé), le Docteur Glenn C. GRIFFIN, rédacteur en chef (Editor in Chief) de la revue, examine, dans leurs détails, les propositions de divers groupes politiques ou professionnels.

L'article comprend quelque sept pages de texte; un tableau de données qui s'étale sur deux pages; et un dessin. Celui-ci - chef-d'œuvre d'humour noir en couleur - donne le ton: juché sur la terrasse d'un building violet dont sort un nuage de fumée brune, un personnage - est-il patient ou médecin? - contemple le vide; au niveau du sol, pour amortir sa chute, plusieurs équipes tendent des draps de diverses couleurs; chacun de ces draps porte le numéro d'un plan; plusieurs sont rapiécés; et certains brûlent déjà, ayant reçu des flammèches du building... Au dessin, fait écho le premier mot de l'article: "Help", Au secours!

Il va sans dire que notre propos est d'analyser le tableau, afin de le commenter d'après le texte. Pour l'auteur aussi, ce tableau est au centre de l'étude:

"To figure out just what each of the plans will and won't do, we've been creating a giant comparison chart across the wall of my office for the past several months..."

(*) Étudiant en Doctorat; Université Pierre et Marie Curie.

(**) Expert Clinicien; Société STATMATIC.

“Afin de nous représenter ce que chacun des projets est - ou non - susceptible de faire, nous avons, au fil des mois, créé un gigantesque tableau de comparaison qui occupe un mur de mon bureau...”

Gigantesque? il ne s'agit, après tout, que d'un tableau 32×11 , croisant 32 items avec 11 projets: mais, d'une part, le tableau est vraiment titanesque quant aux implications de son contenu; et, d'autre part, il est vraisemblable que, sur le mur du bureau, chaque case contient, non les 'Oui' et les 'Non' imprimés dans *PGM*, mais les éléments de projet que ces mots interprètent. En sorte que l'on peut faire crédit au Dr. GRIFFIN d'un remarquable travail de synthèse.

En soumettant le tableau, dûment codé, à l'analyse des correspondances et à la CAH, nous voulons premièrement soutenir l'attention de ceux qui, comme nous, s'intéressent au “healthcare” des USA, sans en être bien avertis; avec ensuite l'espoir que les spécialistes trouveront, en relisant avec nous les données, comme une explicitation de ce qu'ils sentent. L'auteur ne dit-il pas lui-même que certaines mentions du tableau sont des “editorial opinions” sur ce qui résulterait de la mise en œuvre des projets?

1.1 L'ensemble des projets

MARKET BASED : {the way it is; President Bush; Heritage Foundation}

EMPLOYER MANDATED (non play-or-pay) : {Physicians Who Care; American Medical Association Health Access America}

EMPLOYER MANDATED (play-or-pay) : {American Association of Family Physicians Rx for Health; National Leadership Coalition for Healthcare Reform; Jackson Hole Group ; Health America S. 1227}

GOVERNEMENT BASED : {National Health Insurance S. 2320 ≈ Canada; Nationalized Healthcare = British system}

PGM (nous citerons désormais ainsi l'article, par le sigle de la revue) propose 11 projets, répartis en quatre groupes : de l'Économie de marché au Système étatisé, en passant par deux variantes où le premier rôle de mandataire est dévolu aux employeurs; la différence entre ces variantes est exprimée avec concision par rapport à une règle de jeu, “play-or-pay”, dont le sens ne nous est apparu que sur la liste des items (cf. *infra*, §1.2).

Chacun des projets sera désigné par un sigle de 4 lettres; et on notera:

J = {Now Bush Heri PhWC AMAh AAFP Lead Jack HAm ≈Can Brit}.

Le contenu des projets nous sera connu dans la suite d'après la liste des items; on se bornera ici à en souligner la diversité quant à l'origine et à l'état d'avancement.

Dans trois cas, {Now, ≈Can, Brit}, il s'agit, en fait, d'un système déjà en œuvre: Now et Brit sont les systèmes actuels des USA et de la Grande Bretagne; ≈Can est une adaptation aux USA d'un système canadien, patronée par trois sénateurs Démocrates.

L'un des points adoptés par le président BUSH fait l'objet d'une proposition de loi déjà soumise au sénat: il s'agit d'une standardisation informatrice des dossiers qui est sensée apporter une économie annuelle de 24 milliards de \$ (cf. *infra*, item 'BILL'). Trois projets, {PhWC, AMAh, AAFP}, émanent d'associations de médecins. Quatre sénateurs démocrates, dont deux, Edward KENNEDY et John D. ROCKFULLER IVth, portent des noms bien connus même en dehors des USA, sont les garants de HAmé.

Des cercles de pensée qui sont à l'origine des autres propositions, c'est le Jackson Hole Group que PGM présente avec le plus de détails; comme un "Elite group of thinkers" conduit par le Dr. Paul ELLWOOD, à qui on concède le titre de "father of health maintenance organizations"; mais pour conclure (à propos de l'évaluation de la qualité des soins; cf. *infra*, item 'BLUE') que 'Jack' "offre un insigne exemple des difficultés qu'on rencontre lorsqu'on tente d'adapter de bonnes idées au monde de la réalité".

1.2 La liste des items

Dans *PGM*, chacune des 32 lignes du tableau commence par une phrase, décrivant un trait, ou "item", qui peut ou non se trouver dans chacun des 11 projets. Nous reproduisons les items originaux, avec leur traduction française parfois étendue en un commentaire.

ACCS Provides universal access : accès aux soins pour tous;

TORT Includes tort reform (national) : prévoit une réforme nationale de la législation sur la responsabilité médicale;

PERS Builds system around everyone's having a personal physician : que chacun ait son médecin;

GATE Controls costs by using physicians as gatekeepers : maîtrise des dépenses placée sous la surveillance des médecins;

GATK Controls costs by using nurses and other nonphysicians as gatekeepers : maîtrise des dépenses placée sous la surveillance des infirmières et d'autres non-médecins;

BILL Creates simplified electronic billing : crée une facturation simplifiée par l'informatique;

EXCL Prohibits preexisting-condition exclusions in insurance : interdit aux assurances les critères d'exclusion fondés sur l'état préalable du sujet;

EXCG Prohibits excluding groups or persons from insurance : id pour l'exclusion de groupes ou de personnes;

SAVX Sets up tax-free savings for medical needs (medical IRAs) : crée des livrets d'épargne non imposés réservés aux dépenses médicales;

CRTV Provides certificates (vouchers) for poor to buy insurance : donne des coupons aux pauvres pour acheter des polices d'assurance;

TAXV Replaces employer-based tax breaks with vouchers (tax credits) for all individuals : remplace les exemptions d'impôts dispensées aux employeurs par des coupons (crédits d'impôt) pour tous;

MDLI Provides individual tax deductions for those with middle income to buy insurance : prévoit des réductions personnelles d'impôt afin que les sujets de revenus moyens achètent des polices;

CPAY Requires patient cost sharing (copayments and deductibles) : impose une participation des sujets aux dépenses;

PPAY Requires patient to pay for routine care, with insurance required for costly illnesses : met à la charge des sujets les soins ordinaires, l'assurance étant chargée des soins coûteux;

OPAY Requires patient to pay very high deductibles to discourage overuse : impose aux sujets de lourdes charges non remboursées pour dissuader la surconsommation;

BLUE Provides consumer "blue books" for price and quality comparison : fournit aux consommateurs des statistiques comparatives des prix et de la qualité des soins;

PRIP Provides price comparison by physician posting fees : demande l'affichage des tarifs médicaux dans un but de comparaison;

MANG Emphasizes "managed care" : privilégie les soins intégrés;

SCHD Controls costs through mandated fee schedules : maîtrise les coûts en imposant des tarifs;

PCTR Gives people direct control (and incentives) to buy medical care efficiently : s'en remet au public, dûment instruit, quant à l'efficacité dans l'achat des soins;

GCTR Gives government/managed-care organizations control : la maîtrise en cette matière est au gouvernement ou aux organisations de soin;

NREG Requires new government regulating boards : nécessite la création par le gouvernement d'un nouvel appareil de régulation;

GUID Mandates practice guidelines/controls : impose à la pratique médicale des règles, une surveillance

IINS Requires individuals to purchase basic health insurance : impose aux particuliers l'achat d'une assurance de base;

EINS Requires employers to pay for health insurance : met le paiement de l'assurance à la charge des employeurs;

PLAY Taxes employers who fail to provide insurance (play-or-pay) : taxe les employeurs qui s'abstiennent de fournir une assurance (“joue ou paye”);

PENA Penalizes employers who fail to provide insurance : pénalise ces employeurs; (pour *PGM*, cet item doit être opposé au précédent, et caractérise ce qu'on propose d'appeler “non play-or-pay”);

PAYM Makes employers who fail to provide insurance liable for all medical costs of employees : met à la charge de ces employeurs toutes les dépenses médicales de leurs employés;

BUDG Includes yearly nationwide healthcare budget cap : prévoit un chapitre de la santé au budget annuel de la nation;

JOBS Will likely cause lost jobs (from increased costs to employers) : entraînera probablement des suppressions d'emplois (du fait des charges accrues imposées aux employeurs);

FRAG Will likely fragment individual patient care : entraînera probablement une fragmentation dans la dispensation des soins à chacun;

TAX/ Will likely increase taxes : entraînera probablement une augmentation des impôts;

GSYS May lead to an all government-based system : peut aboutir à un système entièrement étatisé.

Le texte de la plupart des items nous a paru assez explicite pour être interprété sans hésitation (sinon sans erreur de nuance) même par un étranger. Pour le reste, on trouvera dans *PGM* les réponses aux questions précises que l'étude statistique permettra de poser. On peut noter qu'au-delà des projets eux-mêmes, les quatre derniers items relèvent de ce que *PGM* appelle (cf. *supra*): “editorial opinions” sur ce qui résulterait de la mise en œuvre des projets.

1.3 Du tableau verbal de *PGM* au tableau de correspondance

Le tableau publié par *PGM* contient des réponses verbales, que nous avons d'abord exprimées en chiffres.

On a codé, respectivement par {2, 0} les 'Oui' et les 'Non' du tableau de base; et par {1}, les mentions intermédiaires, 'encourage', 'quelque peu', 'en option'... Les 'NA', 'non applicable', ont été diversement interprétés: à l'item GSYS, pour les systèmes {≈Can, Brit}, 'NA' est accompagné du commentaire "it is": le système étatisé n'est pas une éventualité, c'est une réalité, donc 'NA' ≈ 'Oui'; à l'item CTRV, il y a de nombreux 'NA' qui semblent résulter de ce que la plupart des projets n'envisagent pas explicitement de donner aux pauvres des coupons pour l'achat de polices: nous avons pensé qu'il n'y avait pas lieu de leur attribuer cette initiative, et avons traduit 'NA' ≈ 'NON'; etc...

Il est commun de transformer un tel tableau en découpant chaque item en modalités. Mais, d'une part, il faut craindre de multiplier les variables, alors qu'il n'y a que 11 individus: les projets; et, d'autre part, à chaque item correspond, en quelque sorte, une face de la réalité, dont le revers peut, sans inconvénient, être laissé dans l'ombre.

Toutefois, le tableau analysé n'est pas exactement celui qui résulte de notre codage numérique.

Certains items {SAXV, CTRV, PRIP...} décrivent une innovation présentée par quelques projets seulement; voire adoptée par environ la moitié de ceux-ci {GATK, NREG...}: dans le tableau analysé, nous avons pris telles quelles les lignes afférentes à ces items.

D'autres items, au contraire, expriment un quasi-consensus: {ACSS, TORT, BILL, EXCL, MANG...}:

il est entendu que l'accès aux soins doit être assuré à tous;

que l'on doit soulager les médecins de la lourde charge des innombrables procès qu'on leur intente; que la facturation électronique simplifie la comptabilité des cabinets médicaux, accélère les paiements, allège l'appareil bureaucratique (ce qui est d'autant plus urgent qu'à la multitude des compagnies d'assurance correspondent, présentement, des centaines de formats différents pour les feuilles de soin!);

qu'on doit priver les assureurs de toute possibilité de refuser des clients (même si l'on ne sait comment on imposera alors que des services soient maintenus dans les zones où prolifèrent les groupes à risque);

et le système des soins intégrés "managed care" est adopté comme efficace (malgré le risque de fragmentation des soins qu'il présente, selon PGM; cf. *infra*).

Pour ces items de consensus, on a créé des lignes complémentaires, dont le signe est en minuscules, {acss, tort, bill, excl, mang...}; et qui seuls figurent au tableau analysé: on évitera ainsi que, sur les graphiques, les modalités de base ne s'accumulent au voisinage de l'origine.

De plus, quand les lignes afférentes à deux items sont identiques, nous n'en conservons qu'une seule: ainsi de {EXCL, EXCG}, refus de l'exclusion, ne

subsiste qu'une seule modalité complémentaire {excl}; de même {BUDG, GSYS} coïncident: car c'est exactement là où existe un chapitre annuel du budget qu'il y a lieu d'envisager une étatisation complète; {BUDG} nous suffira.

D'autre part, des deux lignes {PCTR, GCTR} qui sont exactement complémentaires (car, en bref, le "control" est soit au public 'P', soit au gouvernement 'G'), on n'a conservé que la première, qui est celle de plus faible poids et correspondrait à une innovation.

Le tableau ainsi constitué croise un ensemble I de 30 items avec l'ensemble J des 11 projets considérés. Mais à l'analyse, il est apparu, sur les plans (1, 2) (1, 3) et sur la CAH de I, que nombre d'autres identités entre lignes avaient échappé à notre première lecture des données. Il vaut la peine d'examiner ces coïncidences afin de mieux connaître le questionnaire: en effet, il s'agit, généralement, de rapprochements entre des parties distinctes de celui-ci; entre, d'une part, des items figurant aux programmes, et, d'autre part, ce que *PGM* en considère comme l'effet prévisible.

{JOBS EINS} : mettre l'assurance à la charge de l'employeur (EINS) est la condition nécessaire et suffisante pour que l'on doive craindre des suppressions d'emplois (JOBS);

{GATK FRAG} : c'est précisément quand la maîtrise des dépenses est placée sous la surveillance des infirmières et d'autres non-médecins qu'on craint une fragmentation dans la dispensation des soins à chacun (antithèse de la continuité des soins dispensés à chaque patient en la présence personnelle de son propre médecin; continuité, que selon *PGM*, compromet le système intégré du "managed care"; lequel fait pourtant l'objet d'un consensus étendu, cf. *supra*); il est manifeste que *PGM* regarde avec suspicion l'assimilation à des actes médicaux des prestations rendues par les divers techniciens non médecins;

{BUDG NREG} : la création par le gouvernement d'un nouvel appareil de régulation (NREG), coïncide avec l'introduction d'un chapitre de la santé au budget annuel de la nation (BUDG); et toutes deux laissent présager une étatisation générale (GSYS; cf. *supra*);

{OPAY TAXV IINS} : il s'agit de trois innovations qui ne figurent que dans le projet de la "Heritage Foundation" : dissuader la surconsommation (OPAY), donner des coupons (crédits d'impôt) à tous (TAXV), imposer aux particuliers l'achat d'une assurance de base;

{PENA SAVX} : pénaliser les employeurs qui, s'abstenant de fournir une assurance, enfreignent la règle, (PENA), et créer des livrets d'épargne non imposés réservés aux dépenses médicales, (SAVX), sont des innovations qui ne se trouvent que dans les deux mêmes projets, {PhWC, AMAh}; lesquels offrent le modèle de ce que *PGM* appelle: "non play-or-pay".

Sécu	USA	???????????									
ll	Now	Bush	Heri	PhWC	AMAh	AAFP	Lead	Jack	HAme	≈Can	Brit
accs	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
tort	2	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0
PERS	1	2	1	1	0	2	0	0	0	0	1
GATE	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
bill	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
excl	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SAVX	0	0	0	2	2	0	0	0	0	00	00
CRTV	0	2	2	00	00	00	00	00	00	00	00
MDLI	0	2	0	0	0	0	0	0	0	00	00
cpay	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	2
PPAY	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0
OPAY	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
BLUE	0	2	2	0	0	0	2	2	0	00	00
PRIP	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	00
mang	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0
schd	2	2	2	0	2	1	0	0	0	0	00
PCTR	0	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0
guid	1	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0
PLAY	0	0	0	0	0	2	2	2	2	00	00
PAYM	0	0	0	0	2	0	0	0	0	00	00
BUDG	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2
JOBS	0	0	0	2	2	2	2	2	2	0	0
FRAG	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	2
tax/	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0

Finalement, on s'est arrêté à l'analyse d'un tableau 24×11 . Ce tableau est publié ici in extenso. On voit qu'il comprend 15 items primaires (dont les sigles sont en capitales) et 9 items complémentaires (dont les sigles sont en bas de casse). Des quatre derniers items du tableau initial, conjectures de *PGM* sur ce qui résulterait de la mise en œuvre des projets, seul *tax/* est non redondant: il apparaît donc que les conjectures sont strictement déterminées par les faits; ou, du moins, par le schéma qu'en propose *PGM*.

De par le choix que nous avons fait des items complémentaires, les valeurs nulles prédominent: elles sont au nombre de 180/264. Plus précisément, 20 d'entre elles sont notées '00': elles résultent de l'interprétation que, selon les principes indiqués ci-dessus, nous avons donnée de la mention 'NA', "non applicable". Il y a 60 valeurs '2': 'Oui' du tableau initial, ou complémentaires de 'Non'; et 16 valeurs '1', introduites, ainsi qu'on l'a dit, pour interpréter des mentions intermédiaires: "somewhat", "encourages",...

2 Analyse de correspondance et classification ascendante hiérarchique

2.0 Enchaînement des analyses

Ainsi qu'on l'a expliqué au §1.3, on a d'abord considéré un tableau 30×11 (noté 'pla'); on a, sur ce tableau, effectué une analyse de correspondance; puis des classifications ascendantes hiérarchiques pour chacun des deux ensembles I et J, avec aides à l'interprétation d'après les facteurs (FACOR) ou les composantes mêmes des profils (VACOR). Il est apparu que des groupes de

lignes identiques nous avaient échappé : on a donc repris la chaîne des calculs en ne conservant, de chacun de ces groupes d'items, qu'un représentant unique; i.e. sur un tableau 24 x 11 (noté 'plax').

```
Sécu USA ?????????? 'pla', 30 items x 11 projets .
trace : 2.407e+0
rang : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
lambda : 7178 4724 3934 2266 1800 1652 1564 567 277 104 e-4
taux : 2983 1963 1634 942 748 687 650 235 115 43 e-4
cumul : 2983 4946 6580 7522 8270 8956 9606 9842 9957 10000 e-4
```

En vertu du principe d'équivalence distributionnelle, les deux analyses fourniraient des résultats identiques, si le tableau plax était obtenu, à partir de pla, en cumulant en une seule ligne chacun des blocs de lignes identiques. Mais puisqu'on a supprimé la redondance des données en éliminant des lignes, les deux analyses diffèrent par des pondérations: par exemple, {OPAY TAXV IINS}, n'étant représenté dans plax que par OPAY, a son poids divisé par 3.

```
Now F3---- F2+++ 19 20 F1---
Bush F3+ F4---- 18 F2++
Heri F3++ F1-----
PhWC 16 F2---
AMAh
≈Can 13 F2+ 17 F1+++
Brit
AAFP 15 dans 15: F2-,
Jack 14 Jack excepté.
Lead 12
HAmé
```

CAH de J
d'après 30 items

Dans la suite de l'exposé, on considérera exclusivement les résultats issus du tableau 'plax'; ici, anticipant sur ces résultats, on leur compare ceux issus de 'pla'. L'interprétation de l'axe 1 ne change pas; mais, comme on le voit sur l'étiquetage de l'arbre de la classification de J, le plan (2, 3) et le rôle des axes de rang supérieur à 3 est modifié. Cependant, sur la structure d'ensemble, il n'y a qu'une seule modification notable. Dans l'un et l'autre cas les projets "play-or-pay" et ceux "Government-based" s'agrègent en une classe; mais c'est seulement avec 'pla' que, dans l'opposition entre j13 et j15 au sein de j17, la subdivision prévue par PGM est retrouvée par la CAH.

2.1 Analyse factorielle du tableau croisant 24 items et 11 projets

```
Sécu USA ?????????? 'plax', 24 items x 11 projets .
trace : 2.436e+0
rang : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
lambda : 7001 4454 3610 2409 2172 2057 1434 712 356 158 e-4
taux : 2874 1828 1482 989 891 844 589 292 146 65 e-4
cumul : 2874 4702 6183 7172 8064 8908 9496 9789 9935 10000 e-4
```

Nous publions les plans (1, 2), (1, 3), (2, 3) et (1, 4) avec le listage des facteurs 1 à 4 pour l'ensemble J: ces informations suffisent, en effet, pour acquérir une vue d'ensemble des données.

SIGJ	QLT	PDS	INR	F 1	CO2	CTR	F 2	CO2	CTR	F 3	CO2	CTR	F 4	CO2	CTR
Now	961	88	145	-331	27	14	-1585	627	498	1076	289	283	-264	18	26
Bush	732	132	100	-562	172	60	-522	148	81	-870	411	278	-39	1	1
Heri	721	132	106	-943	456	168	-61	2	1	-662	225	161	276	39	42
PhWC	487	88	111	-861	243	93	789	204	123	331	36	27	-120	5	5
AMAh	740	103	134	-966	295	137	838	222	162	842	224	202	-4	0	0
AAFP	722	81	70	637	191	47	379	68	26	-108	6	3	-986	458	326
Lead	685	74	55	865	413	78	440	107	32	-97	5	2	539	160	89
Jack	766	118	69	814	465	111	-176	22	8	175	22	10	606	257	179
HAmé	689	59	56	1065	487	95	595	152	47	130	7	3	315	43	24
=Can	465	59	73	1064	373	95	-386	49	20	109	4	2	343	39	29
Brit	758	66	80	1027	357	100	100	3	1	-401	54	30	-1007	343	279

Partons du listage des facteurs 1 à 4 pour l'ensemble J des projets. Sur la colonne F1, apparaît une nette opposition entre d'une part les projets "Market-based" et "non play-or-pay", ($F1 < 0$); et, d'autre part, les projets "play-or-pay" et "Government-based", ($F1 > 0$). Revenant à la colonne INR, on constate que ce sont les projets ($F1 < 0$) qui apportent à l'inertie du nuage les plus fortes contributions. Si l'on met à part 'Jack', ces projets sont également ceux qui ont les PDS les plus élevés. Avec le codage que nous avons adopté (cf. §1.3) la participation au consensus relativement à un item est notée 'zéro', en sorte que PDS(proj) est d'autant plus faible que proj est plus représentatif de la tendance générale; a fortiori, un tel projet, étant proche du centre de gravité, aura une inertie faible; ce que confirme la colonne INR, où le projet du "Jackson Hole gr." lui-même, malgré une certaine originalité peu appréciée par PGM (cf. §1.1), vient après tous les projets du groupe ($F1 < 0$).

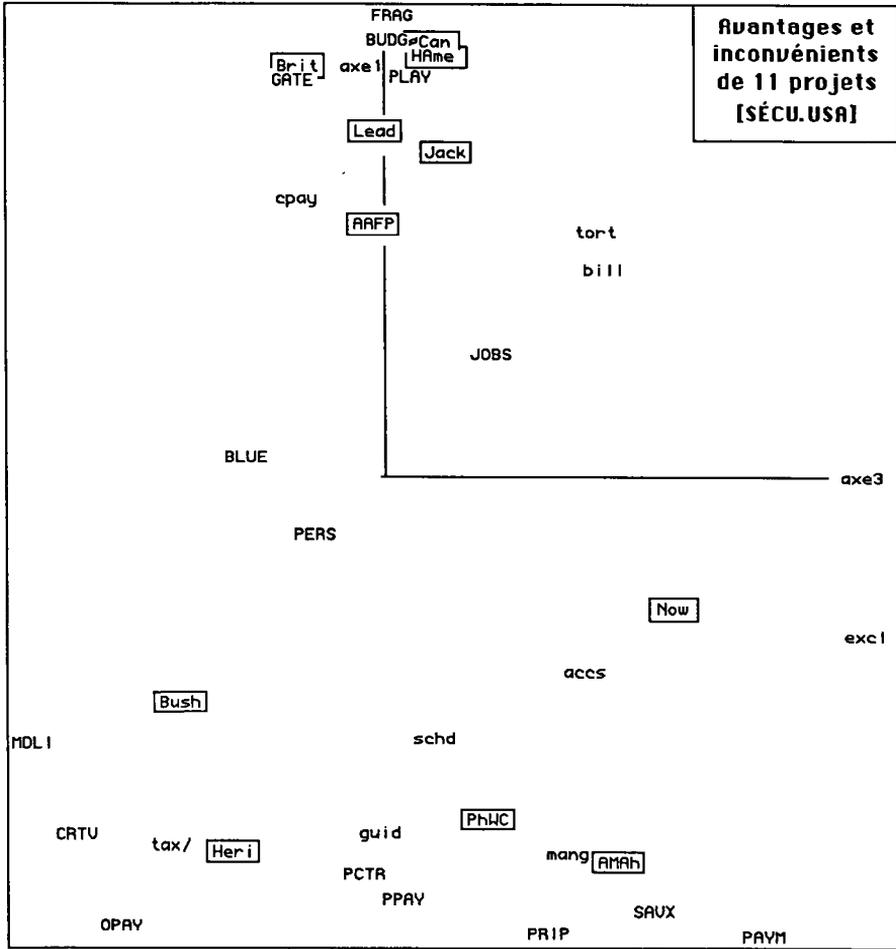
Au sein du groupe ($F1 < 0$), on a sur l'axe 2 une gradation: {Now Bush Heri PhWC AMAh}, de l'État présent ($F2 < 0$) au projet de l'American Medical Association ($F2 >> 0$). Dans le plan (1, 2), le projet du président BUSH apparaît le plus proche de l'État présent, auquel il s'oppose toutefois sur l'axe 3, ainsi que 'Heri'.

Le groupe ($F1 > 0$), quant à lui, est peu étalé sur les plans (1, 2) et (1, 3); mais, sur le demi-axe ($F4 < 0$), {Brit, AAFP} s'opposent à tout le reste.

Pour interpréter les facteurs, nous considérerons la distribution des items sur les axes. Voici les items les plus écartés sur l'axe 1, du côté ($F1 < 0$):

{ $F1 < 0$: PAYM PRIP OPAY=TAXV=IINS SAVX=PENA PPAY}

{PAYM, PENA} représentent des charges imposées aux employeurs; PRIP tend à promouvoir la concurrence entre les médecins par l'affichage du tarif des honoraires; {OPAY, PPAY} sont des modalités de ce qu'on appelle en France "ticket modérateur"; {TAXV, SAVX} visent à procurer des ressources aux particuliers pour leurs dépenses de santé; IINS impose à ceux-ci la souscription d'une police d'assurance.

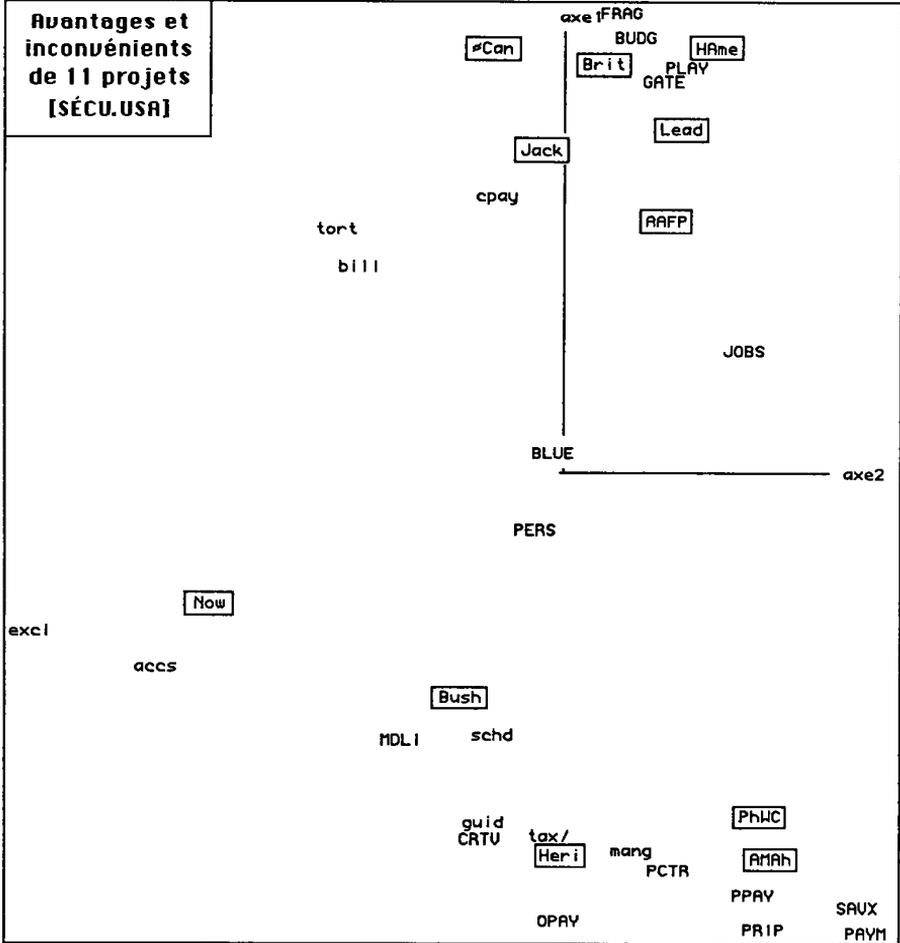


Avantages et
inconvénients
de 11 projets
[SÉCU.USA]

..... PLAY BUDG=NREG=GSYS FRAG=GATK : F1>>0)

Du côté (F1>0), {FRAG, GATK} exprime l'assimilation à des actes médicaux des prestations rendues par les divers techniciens non médecins; {BUDG, NREG, GSYS} trace la voie vers une médecine étatisée; PLAY impose aux employeurs le "play-or-pay" sous peine d'amende.

Même si, d'un côté comme de l'autre, on doit, par divers moyens, trouver des ressources, il nous paraît clair que (F1<0) prétend préserver l'exercice traditionnel de la médecine libérale en recourant à l'économie de marché; tandis

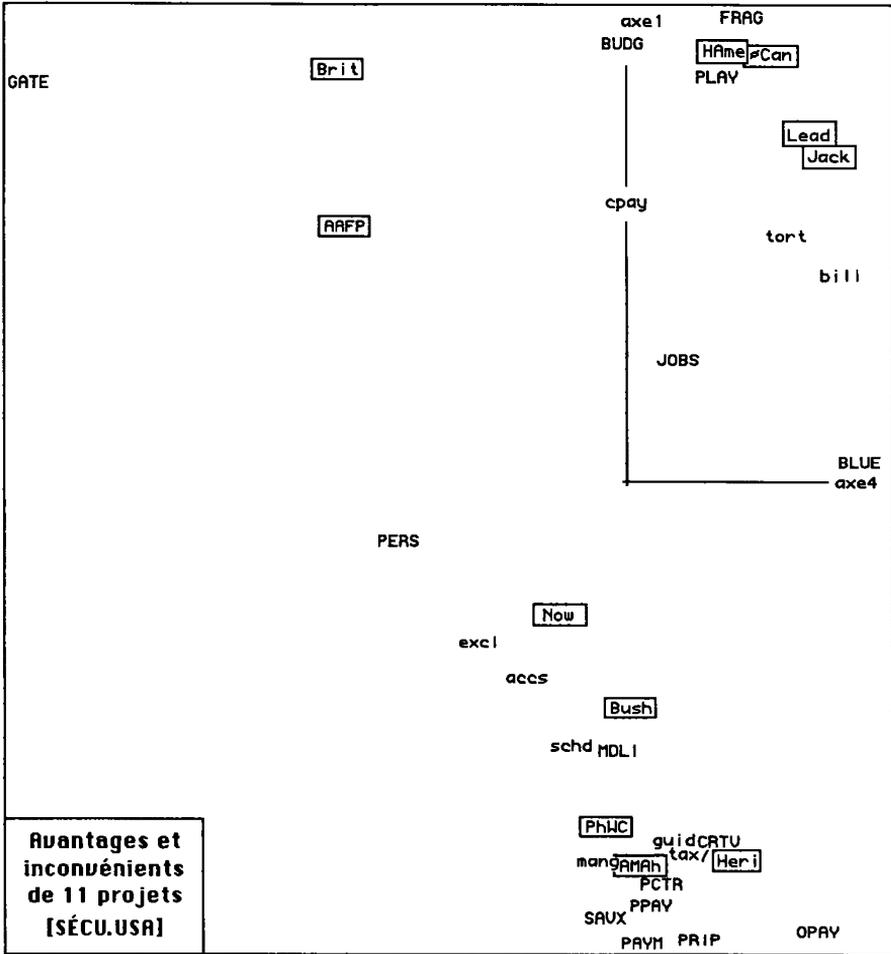


que ($F1 > 0$) instaurerait des conditions d'exercice bien différentes sous la tutelle de l'État.

Considérons de même le schéma des items qui se détachent aux extrémités de l'axe 2:

{ $F2 < 0$: excl accs tort SAVX=PENA PAYM : $F2 >> 0$ }

Du côté ($F2 < 0$) on a trois items complémentaires: ceux-ci expriment des abstentions ou oppositions exceptionnelles au consensus des projets pour réformer la situation actuelle, 'Now'. L'item 'excl', exclusion par les assureurs,



représente 'Now', mais n'est accepté par aucun des plans. Tous les plans prétendent réformer 'Now' en assurant à tous l'accès aux soins; mais l'efficacité du plan du Président BUSH semble n'être que partielle. La législation sur la responsabilité médicale pèse lourdement sur l'exercice de la médecine, mais 'Now' étant mis à part, il y a deux plans {Jack, ≈Can}, par ailleurs peu libéraux (Jack, ≈Can : $F1 > 0$), qui n'en prévoient pas explicitement la refonte.

Les items {SAVX=PENA PAYM}, situés du côté ($F2 > 0$), ont été déjà vus sur le demi-axe ($F1 < 0$): ils représentent, en bref, des moyens de financement

compatibles avec l'exercice libéral de la médecine (même s'ils imposent des contraintes à d'autres qu'aux médecins...).

C'est sur l'axe 3 que 'Bush', (F3<0), s'oppose diamétralement à 'Now', (F3>0).

(F3<<0 : MDLI CRTV OPAY=TAXV=IINS PAYM excl : F3>>0)

D'après la répartition des items sur cet axe, on voit que cette opposition s'explique parce que 'Bush' prévoit de procurer, aux individus non assurés, des ressources {MDLI, CRTV} leur permettant d'acheter des polices d'assurance.

Dans le plan (2, 3) (inséré au §2.2.3 pour illustrer la CAH des items), l'ensemble J des projets dessine un triangle. Au sommet 'Now' s'oppose un côté où s'alignent les quatre projets {Bush Heri PhWC AMAh}; tandis que les six autres projets (pour lesquels F1>0) sont étroitement groupés. À condition de prendre garde au signe de F1 pour les items, on peut retrouver, dans ce plan, tout ce qu'on a dit des moyens de financement propres aux divers projets, particulièrement à ceux qui évitent la tutelle de l'État (F1<0).

L'axe 4 est créé par l'association, du côté (F4<0), entre GATE et {Brit, AAFP}; ces deux projets ayant, selon notre tableau, l'exclusivité de l'item GATE: "maîtrise des dépenses placée sous la surveillance des médecins". Sur sur l'axe 4, plus de la moitié de l'inertie de l'ensemble I est apportée par GATE, du côté F4<0; et 60% de celle de J est apportée par Brit et AAFP, du même côté. Moins écarté que GATE, sur (F4<0), on trouve l'item PERS "que chacun ait son médecin" qui n'est au niveau maximum (OUI=2) que dans AAFP et Bush.

2.2 Classification

Sécu USA ?????????? : les 11 projets croisés avec une partition de 24 items

	14	i29	i33	i31	GATE	cpay	i28	i25	PERS	BLUE	OPAY	MDLI	i34	i27	i32
Now		4	3	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	1
Bush		1	0	0	0	2	0	3	2	2	0	2	6	0	0
Heri		0	0	0	0	0	0	4	1	2	2	0	6	1	2
PhWC		0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	6
AMAh		0	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	2	4	3
AAFP		0	0	4	2	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0
Brit		0	0	0	2	2	4	0	1	0	0	0	0	0	0
≈Can		0	2	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0
Jack		0	4	4	0	2	4	0	0	2	0	0	0	0	0
Lead		0	0	4	0	0	4	0	0	2	0	0	0	0	0
HAme		0	0	4	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0

2.2.0 Les résultats publiés

On présente sur deux arbres la hiérarchie complète de la classification construite sur chacun des ensembles I et J : items et projets.

Sur les arbres de classification sont reportées les indications du listage FACOR: on répète ainsi, pour les classes, ce qui a été dit, au §2.1, pour les éléments (ceux du moins qui occupent des positions excentriques).

Afin d'interpréter conjointement les classifications de J et de I, on publie un tableau de cumul (créé avec le listage VACOR d'aide à l'interprétation) croisant l'ensemble J des projets avec une partition Iq de l'ensemble I des 24 items en 14 classes. Par exemple, à l'intersection de la ligne 'Bush' et de la colonne i34, on lit le nombre 6 (2+2+2), total des notes du projet du Président BUSH dans la classe i34, {CRTV, tax/, PCTR}: les items {CRTV, PCTR} étant adoptés par 'Bush'; tandis que (TAX/) n'y est pas impliqué (d'où un '2' pour la note complémentaire tax/); etc.

2.2.1 Classification des 11 projets

Now	F2----		F3+++	19	20	F1----	
Bush	F2--	16	F3---				
Heri	F1-----						
PhWC		17	F2+++				
AMAh	F3++						
AAFP		14	F4----	18		F1++++	
Brit	F3--						
≈Can		13	F2-	15	F4++		
Jack							
Lead		12	F2+_				
HAmé							

CAH de J
 d'après 24 items

Au sommet de la hiérarchie, l'ensemble des 11 projets se divise en deux classes, j20 (F1<0 : les 5 lignes {Now,... , AMAh} du tableau de cumul: "Market-based" et "Employer-mandated, non play-or-pay" selon PGM); et j18 (F1>0 : les 6 lignes {AAFP,... , HAmé}: "play-or-pay" et "Government-based"). Entre j20 et j18, l'opposition est caractérisée par les items de i28: {BUDG, FRAG}. Ces items sont absents de j20; et présents dans tous les projets de j18; à une exception près: FRAG manque dans AAFP. Nous répéterons que, du point de vue économique, BUDG marque la participation financière massive de l'État, avec une perspective d'étatisation complète (cf. supra, GSYS); quant à l'exercice de la médecine, FRAG exprime une fragmentation des soins, avec, sur les dépenses, la surveillance des infirmières et d'autres non-médecins (GATK).

La classe j20 (F1<0) se subdivise en j19 (Market-based, selon PGM) et j17 (Employer-mandated, non play-or-pay; F2>>0). Les projets {PhWC, AMAh} de j17 sont les seuls à proposer conjointement les items {SAVX, PENA}; i.e. "créer des livrets d'épargne non imposés réservés aux dépenses médicales" et "pénaliser les employeurs qui, s'abstenant de fournir une assurance"; de par la charge ainsi imposée aux employeurs, "non play-or-pay" partage avec "play-or-pay" le caractère de menacer l'emploi (item JOBS). De plus j17 partage avec j20 (réforme dans le cadre exclusif de l'économie de marché), l'item PCTR: "s'en remet au public, dûment instruit, quant à l'efficacité dans l'achat des soins". Enfin, tandis que PhWC est le seul projet à ne proposer aucunement le recours au "managed care", AMAh est l'un des trois à ne pas le prôner explicitement.

On a dans j18 (F1>0) les 3 “play-or-pay” et les deux “Government-based”; mais chacune des subdivisions j14 et j15 comprend des projets relevant de ces deux systèmes. En effet, j14 = {Brit, AAFP}: comme on l'a dit au §2.1, ces deux projets sont associés à GATE sur (F4<0).

2.2.2 Classification des 24 items

accs	29	F2----	41		46	
excl						F1++, 29 excepté
bill	33	F2---				
tort						
PLAY	31	F2++		44		
JOBS						
GATE		F4----	42			
cpay	F5-	F6+	38			
FRAG	28					
BUDG						
guid	25	35	40		45	
schd			40	:	F3--,	F1--, BLUE excepté
PERS	F4---		25		excepté	
BLUE	F4+++	39				
OPAY	37					
MDLI			37	:	F3---	
CRTV	26	34			F1---	
tax/						
PCTR						
PRIP	27	F5---	43	F2++		
PAYM				F3++		
SAVX	32	F5+	F6+			
mang	30					
PPAY						

CAH des 24 items de I
 d'après 11 projets

Pour les items, la première division se fait entre i46 et i45. Cette dichotomie coïncide à peu près avec celle définie par le signe de F1. Mais il y a plusieurs exceptions mentionnées sur l'arbre de la CAH. Ceci correspond à la distribution des éléments, qu'on voit, e.g., sur le plan (1, 2): alors que les projets des deux classes j20 et j18 s'opposent nettement suivant l'axe 1; la distribution des items sur cet axe est plus uniforme: certains de ceux-ci peuvent se trouver à la fois dans des projets dont les tendances générales s'opposent.

De ce point de vue, le tableau de cumul peut être partagé en quatre blocs qu'on appellera, en bref, (j20xi46), (j20xi45), (j18xi46) et (j18xi45): e.g. (j20xi46) est formé du croisement des 5 premières lignes (projets compris dans j20) avec les 6 premières colonnes (items, ou classes d'items, constituant une partition de i46); etc... À première vue, on remarque que les deux blocs (j20xi46) et (j18xi45) contiennent quasi exclusivement des zéros; tandis que les deux autres, (j20xi45) et (j18xi46), portent l'essentiel de la masse. De façon précise, on a pour totaux:

$$k(j20xi46)=14 ; k(j20xi45)=60 ; k(j18xi46)=54 ; k(j18xi45)=8.$$

Pour la plupart des colonnes rentrant dans i46, la totalité ou la plus grande partie de la masse est dans les six projets que comprend j18; et pour les colonnes

rentrant dans i45, il en est de même relativement à j20. Mais il y a deux exceptions qui sont celles mêmes signalées pour le signe de F1.

Parce qu'avec 'Now' ils sont proches de i33={bill, tort} sur (F2<0), les items {accs, excl} de la classe i29 s'agrègent à i33 pour constituer i41, comprise dans i46; mais {accs, excl} ont chacun deux fois plus de masse dans j20 que dans j18. On notera toutefois que i41 ne contient que des exceptions, de faible poids, au consensus.

L'item 'BLUE' se partage également entre les deux classes de projets j20 et j18; et F1(BLUE)=.051 est proche de zéro mais négatif. En effet, "fournir aux consommateurs des statistiques comparatives des prix et de la qualité des soins" rentre dans le programme de l'économie de marché (F1<0); mais ce peut être une étape vers la taxation des honoraires et l'étatisation (F1>0). Étant associé sur (F4>0) à Lead et Jack, BLUE s'incorpore à i45, qui comprend les items caractérisant ces deux projets.

La subdivision de i46 en {i41, i44}, comme celle de i45 en {i40, i43} s'inscrivent dans le plan (2, 3). On a, approximativement:

i41 : (F2<0 ; F3>0) ; i44 : (F2>0 ; F3<0) ;

i40 : (F2<0 ; F3<0) ; i43 : (F2>0 ; F3>0) ;

mais à ce schéma il y a quelques exceptions qu'on voit dans le plan (2, 3), où la structure des classes est rappelée, par des dessins de sous-arbres placés dans des cadres.

3 Perspectives et conclusions

Parvenu au terme des analyses et classifications, le lecteur cherche encore le système de soins idéal. Il voudrait déceler le choix du Dr. GRIFFIN; et accepterait peut-être des suggestions des auteurs du présent article.

De l'éditorial d'Août 1992, émane la certitude que le Dr. GRIFFIN ne veut pas des projets tendant à instaurer une tutelle de l'État ou à partager la conduite des soins entre les médecins et d'autres professions; il bouscule 'Jack' et rejette absolument 'Hame' et '≈Can', dont des sénateurs démocrates sont les garants. Mais tout en témoignant un grand respect au Président BUSH, dont il loue vivement plusieurs propositions, Glen GRIFFIN reste devant le projet 'Bush' réservé, pessimiste peut-être plus encore que sceptique.

Or l'analyse du tableau descriptif des projets était terminée, quand nous parvint un n° de *PGM* daté du 15 Septembre 1992. Sous la signature du même Dr. GRIFFIN, voici un nouvel éditorial intitulé: "BUSH & his healthcare plan - Healthy!" ce que nous traduirons, d'après le contexte: "BUSH et son plan de système de santé? ils vont bien tous les deux!"; avec un sous-titre de quatre mots, discrètement tracé en caractère maigre "Some media reports - Not!" "Mais

certaines “on-dit” des media - Non!”; et la silhouette d'un Président juvénile, qui sourit, les mains dans les poches de son pantalon de toile bleue...

Le Dr. GRIFFIN rend compte d'un entretien qu'il a eu, à l'ombre de la Maison Blanche avec son confrère Burton J. LEE IIrd (entendez: troisième du nom), médecin personnel du Président. Le Dr. LEE vante, en expert, la santé de G. BUSH, nonobstant toute médisance contraire.

Puis on aborde le sujet du “Plan”. À preuve qu'on est prévenu contre ce plan le Dr. GRIFFIN évoque une conférence de presse tenue à la Maison Blanche par deux hauts fonctionnaires (senior administrator officials): “La plupart des questions qu'on posa, après l'exposé d'introduction, tombaient à côté des points forts du plan; un plan qui mettrait les soins à la disposition de tous, sans donner au gouvernement la maîtrise de tout le système.” “...a plan that would make healthcare available to everybody without setting up the government to control the whole system.”

Le Dr. LEE, quant à lui, affirme d'abord, sans craindre d'objection, que le plan du candidat démocrate instaurerait un “federal cost control” que BUSH ne prône aucunement. Quant à l'accès universel au soin, il insiste sur l'efficacité des items {MDLI, CTRV}, lesquels créent sur notre axe 3, l'opposition entre ‘Bush’ et ‘Now’.

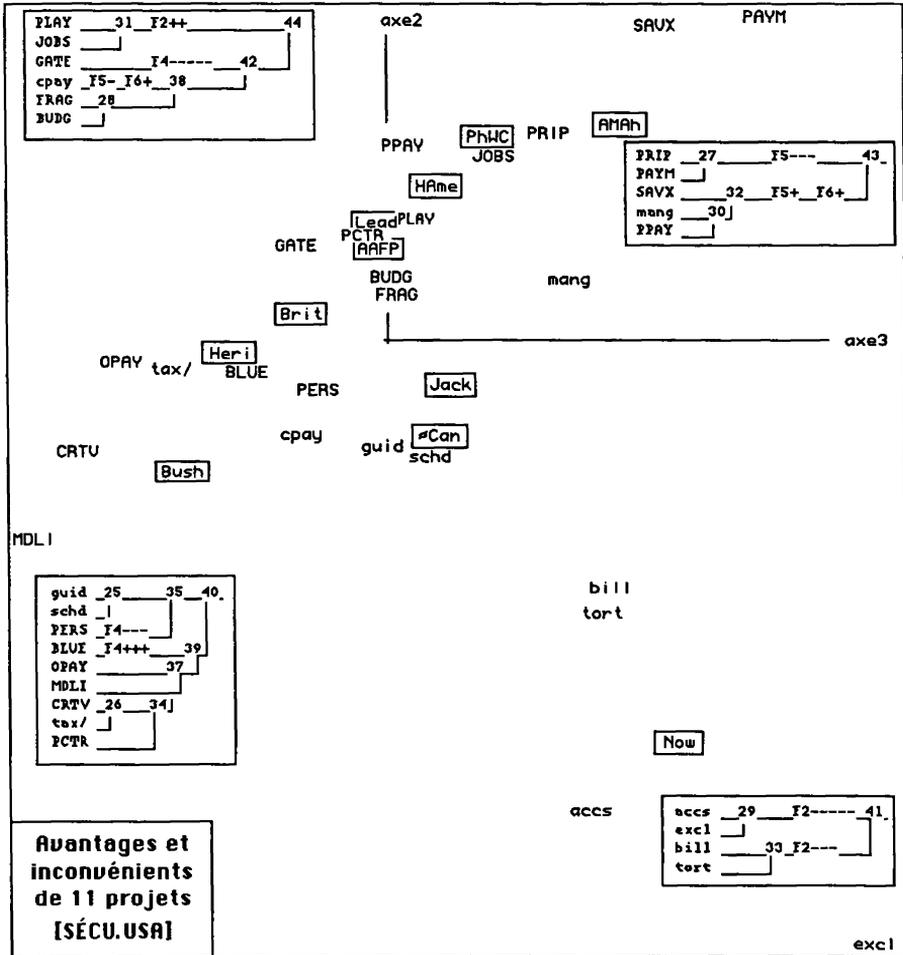
Le Dr. GRIFFIN se charge de conclure, non sans griffer au passage les instances parlementaires (“...I have watched Congress create more and more bad laws involving healthcare...”). Après avoir rappelé l'urgence d'une réforme nationale de la législation sur la responsabilité médicale (urgence, au demeurant, affirmée par presque tous les projets: cf. ‘tort’), il fait résonner ce slogan:

“To get this going, we need George Bush in the White House. We also need a Congress that will support him in cutting liability suits - and in finding market-economy answers instead of creating more regulations”.

“Pour que cela se fasse, il nous faut George Bush à la Maison Blanche. Il nous faut également un Congrès qui le soutienne dans sa lutte pour tarir les procès - et trouver des réponses dans l'économie de marché au lieu de multiplier les règlements”.

On peut croire que le Dr. LEE a des arguments très forts; on admettra moins facilement que ces arguments étaient passés inaperçus du Dr. GRIFFIN qui, ayant mis plusieurs mois à compiler sa “giant chart”, écrivait dans son premier éditorial (d'Août 1992):

“As is quite obvious, the one problem with the president's plan is that it does not reach everyone, at least not right away. It will get most of the uninsured - but not everyone.”



“Il est clair que l'unique problème à propos du plan du président est qu'il ne touche pas tout le monde; du moins, pas directement. Il s'étendra à la plupart des non assurés; mais non à tous.”

Appréciation qu'exprime, dans le tableau de *PGM*, un 'Not quite' que nous avons chiffré par un '1' (intermédiaire entre 0 et 2).

Avec cette conclusion:

“There isn't a single plan that solves all the problems. And some of the proposals would result in changes that very few people seem to understand or anticipate, let alone *like*.”

“Aucun plan ne résout tout à la fois. Certaines propositions aboutiraient à des changements que bien peu paraissent évaluer ou prévoir; goût personnel mis à part.”

Et de demander aux confrères d'inciter leurs patients et autres amis à la prudence quand ils voteront où feront appel au gouvernement pour demander une solution. Le dernier mot est digne de la Sybille:

“They may get more (and less) than they expect”.

“Ils en pourraient obtenir plus (ou moins) qu'ils ne l'espèrent.”

À la légitime perplexité des médecins, on nous pardonnera de répondre naïvement par une remarque.

Dans tous les pays techniquement développés, les dépenses de Santé croissent si vite que, devant y subvenir par de nouvelles ressources, on cherche à qui confier la collecte et la gestion de celles-ci.

Mais, comparé à celui du Canada ou des pays de l'Europe occidentale, le Système de Santé des USA se distingue par l'extrême acuité de plusieurs problèmes:

Assurer à tous l'accès aux soins;
Soulager le corps médical de la charge écrasante des procès;
Permettre aux futurs médecins de mener leurs études sans accumuler des dettes; (auxquelles s'ajouteront les frais de leur installation).

Ce dernier problème n'est pas évoqué dans le tableau compilé par le Dr GRIFFIN. Or il nous paraît conditionner tous les autres. C'est, en partie, parce que les jeunes médecins sont liés à leurs créanciers que les gestionnaires prennent la barre et que l'organisation des soins va dans la tempête.

Le Dr GRIFFIN a envisagé que la gestion soit réglée par le marché, déléguée (en quelque manière) aux employeurs, ou prise par l'État. Il n'ose prôner une gestion par les médecins. Jadis, pourtant, quand les actes médicaux étaient autres qu'ils ne sont, les médecins avaient pour règle de demander des honoraires proportionnés aux ressources de leurs clients (en témoigne un tarif datant de 1883 et reproduit dans le *Concours Médical* du 3 sept 1983); et tous dispensaient des soins gratuits. N'est-il pas possible qu'aujourd'hui la Société, prenant à sa charge non seulement la formation des médecins mais leur installation, exige, en retour, de ceux-ci, un temps partiel de service non rétribué en sorte de ne laisser personne sans soin.