

> Cet article analyse les caractéristiques et les évolutions récentes d'un système de soins japonais confronté au triple défi du vieillissement de la population, de la nécessaire amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts. L'article met l'accent sur la multiplicité des plans d'assurance maladie sur fond de couverture universelle, le déséquilibre de la relation médecin-malade et la coexistence, au Japon, de modalités privées et publiques de l'exercice de la médecine. Qu'il s'agisse de mettre en place une assurance spécifique pour les personnes âgées ou de rééquilibrer la relation avec le malade, les réformes sont mises en place de manière incrémentale (au sens de la théorie évolutionniste). Elles ont comme particularité de conforter les valeurs (l'équité), les institutions (l'administration et l'association des médecins japonais - AMJ), les procédures (la négociation continue), voire les outils (la nomenclature des actes) de la régulation du système de soins qui dominent depuis cinquante ans. De ce fait, les méthodes d'inspiration libérale, qui se développent dans les pays occidentaux, ne sauraient y trouver leur place. <

Des performances sanitaires et de santé publique parmi les meilleures du monde, un coût apparent relativement faible, une image de régulation consensuelle: l'ensemble paraît propice à faire du système de soins japonais un exemple à suivre. Pourtant, des méthodes telles que le contrat, les DRG (*diagnostic related groups*) ou la mise en concurrence des « offreurs », qui ont pourtant montré leurs limites dans d'autres pays de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économiques), semblent aujourd'hui séduire les réformateurs nippons. Les experts paraissent en effet s'accorder sur le bénéfice de l'adoption d'un ensemble de recettes visant explicitement à limiter l'autonomie de la décision médicale tout en augmentant son efficacité. *A priori* paradoxale, cette situation ne l'est plus quand l'on s'attache à mieux com-

Le système de soins japonais : l'impossible et permanente réforme

Philippe R. Mossé, Momoe Takeuchi



P.R. Mossé : LEST Cnrs UMR 6123, 35, avenue Jules Ferry, 13626 Aix-en-Provence Cedex, France.

mosse@univ-aix.fr

M. Takeuchi : OMS, Genève, Suisse.

prendre ce que sont les forces et les faiblesses du système de soins japonais. Il faut pour cela renoncer à vouloir « comparer l'incomparable » [1], et replacer ce système de soins dans son contexte économique et politique.

Ainsi, au Japon, le vieillissement de la population n'est pas seulement un constat démographique dont il convient de pallier les conséquences [2]. Il oriente l'ensemble de la politique économique et sociale, dont le système de soins n'est qu'un élément. Or, cette orientation ne peut se comprendre sans évoquer la place des « anciens » dans la société. Celle-ci, naguère essentielle, est aujourd'hui déstabilisée par la crise de confiance que traverse - depuis l'éclatement de la « bulle spéculative »* - l'ensemble de la société japonaise. Dénommée *Golden plan*,

Cet article reflète les opinions des auteurs et pas nécessairement celles de l'Organisation Mondiale de la Santé.

* Il est convenu de désigner par l'expression « éclatement des bulles financières » la fragilisation du système bancaire japonais provoquée, à la fin des années 1980, par l'apparition de créances douteuses liées à des pratiques financières risquées, sinon spéculatives. De 1990 à 1998, l'indice de la bourse de Tokyo a été divisé par deux. Combiné à d'autres causes économiques et politiques, ce phénomène a plongé le Japon dans une crise que nombre d'observateurs considèrent aujourd'hui comme profonde [22].



la réforme de la prise en charge des personnes âgées est donc d'abord un appel à la mobilisation générale [3, 6]*. On trouve trace du vieillissement de la population et de ses conséquences probables (augmentation des dépenses, diminution des recettes) comme préoccupation centrale dans la plupart des réformes mises en place ou projetées depuis vingt ans.

Si décrire la structure et l'évolution du système de soins japonais à l'aide de catégories générales est nécessaire, au moins dans un premier temps, il faut également insister sur l'articulation entre ses différentes composantes, avant de cerner les enjeux des évolutions récentes et des réformes qui l'affectent.

Anamorphose du système de soins japonais

Plutôt que de tenter de décrire le système de soins dans toutes ses dimensions (assurances, hôpital, médecine libérale, industrie pharmaceutique...) et toute sa complexité, il s'agit ici de donner quelques aperçus significatifs des articulations entre divers segments de l'offre. Chemin faisant, cette perspective permettra de mieux comprendre les logiques de fonctionnement du système de soins japonais.

La relation médecin/malade

Au Japon, comme en France, d'ailleurs, le choix du médecin par le patient est totalement libre. Mais, en contrepartie de cette liberté, la relation y est traditionnellement déséquilibrée. Le patient tient un rôle passif, au sein d'un modèle paternaliste qui n'est, aujourd'hui encore, pas fondamentalement remis en cause. Sous-informé quant à son diagnostic, aux choix et aux conséquences des décisions de son médecin traitant, le patient se contente de rendre visite à son médecin de façon régulière et fréquente, afin que son traitement lui soit non seulement renouvelé, mais également vendu. En effet, conformément à la tradition chinoise, les médicaments sont prescrits et distribués par les médecins eux-mêmes [7]. Les cachets ou ampoules sont délivrés sur la base de la durée présumée du traitement, le tout étant le plus souvent remis dans un sachet, de telle sorte que le patient ignore parfois jusqu'au nom des médicaments.

En vertu d'un accord tacite entre les protagonistes, qui maintient les marges bénéficiaires à un niveau élevé, les hôpitaux et les médecins tirent de cette pratique de substantiels revenus, évalués à environ 15 % du chiffre d'affaires d'un médecin exerçant en cabinet. Cette pratique

est certainement à rapprocher du fait que le Japon détient le record mondial de la consommation de médicaments (dont le coût est estimé à environ 365 euros par habitant et par an, contre « seulement » 275 euros en France, qui détient pourtant le record européen). Comme on le verra plus loin, des incitations diverses contribuent peu à peu à limiter cette pratique jugée à la fois dispendieuse et archaïque.

Dans ce contexte de forte asymétrie d'informations, il est par ailleurs reconnu, et plus encore écrit par des observateurs, que la pratique des « dessous-de-table » est monnaie courante dans les échanges entre médecins et malades. Pourtant, son impact financier semble négligeable, puisqu'elle représenterait moins de 3 % des dépenses de médecine ambulatoire, selon une estimation récente [8]. Sa persistance montre toutefois que, malgré un consensus sur la régulation et ses institutions, des inégalités de traitement existent, et que la transparence n'est pas totale.

En France, cette pratique, sans doute du même ordre, n'est ni combattue ni même évoquée. Elle est implicitement perçue comme le signe d'une saine concurrence, une preuve de l'existence, même résiduelle, de la souveraineté du consommateur, voire comme garantissant le maintien du secteur conventionné. Au Japon, cette même pratique est vécue comme archaïque, héritée du temps où la relation médecin-malade était d'abord personnelle et donc rétive à tout contrôle. C'est à ce titre qu'elle est à la fois fustigée, et pourtant évaluée, tout en étant maintenue dans l'illégalité.

Les clinics : une forme hybride, intégrée entre ambulatoire et stationnaire

La densité médicale au Japon est relativement faible (184,4 médecins pour 100 000 habitants, contre 270/100 000 en France, par exemple) et a eu tendance à diminuer régulièrement depuis 1970.

L'exercice médical au Japon revêt trois formes. Le cabinet libéral regroupe 34 % des médecins, qui y exercent en très grande majorité en *solo*. Les hôpitaux rassemblent environ 62 % des médecins, qui y exercent comme salariés. La plupart des soins spécialisés sont prodigués à l'hôpital, lesquels sont le plus souvent gérés par les pouvoirs publics locaux ou nationaux (ville ou région-préfecture). Entre ces deux formules classiques se trouve un cadre d'exercice, dénommé *clinic*** , que l'on doit considérer comme hybride. Dans un contexte où il est interdit à des

* Les récentes statistiques et des enquêtes d'opinion montrent que les Japonais sont, quelques trois ans après la mise en place de ce nouveau plan, à la fois de plus en plus utilisateurs et satisfaits de cette réforme (voir <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/4.html>).

** Le terme *clinic* possède un double inconvénient : il s'agit d'un anglicisme, et il risque d'opérer pour le lecteur une confusion avec les cliniques à la française. Toutefois, comme ce terme est utilisé par les Japonais eux-mêmes, y compris sur les enseignes de ces établissements, il semble préférable de garder l'appellation originelle (voir *Encadré* pour plus de détails).



investisseurs privés, s'ils ne sont pas médecins, de prendre des parts dans un établissement lucratif, ces très petites *clinics* (dont des médecins individuels sont traditionnellement les propriétaires) constituent un maillage assez complet du territoire. Elles représentent surtout un point d'atterrissage naturel pour des médecins qui, ayant fait leurs armes à l'hôpital, désirent rentabiliser leur notoriété: de fait, l'âge moyen des médecins exerçant dans une *clinic* est de 64 ans, contre 45 pour l'ensemble des médecins.

Ces *clinics* comptent, en moyenne, moins d'une dizaine de lits. De 1984 à 1999, leur nombre est passé de 79 000 à 87 000, mais leur capacité globale d'accueil a diminué, passant de 283 000 à 224 000 lits. Ainsi, bien qu'elles constituent la majorité (85 %) des établissements avec hébergement, les *clinics* ne représentent plus que 13 % des lits. Cette part va en diminuant au fur et à mesure que se développent les prises en charge sur le mode ambulatoire: à titre d'exemple, on peut noter que le nombre d'opérations de la cataracte réalisées dans ces établissements a été multiplié par dix en dix ans.

Mais le fait le plus remarquable du système hospitalier japonais est que la densité de lits par habitants (1500/100 000 en 1999) y est deux fois et demie supérieure à la moyenne observée dans l'OCDE. Pour la même raison, elle varie également fortement d'une région à l'autre (de 700 à 2300 lits/100 000 habitants).

À cette situation s'ajoute la place particulière, au regard d'autres pays développés, que tient l'hospitalisation au sein du système de soins japonais. Ainsi, alors que l'offre hospitalière a tendance à diminuer dans la plupart des pays de l'OCDE, elle continue de s'élever au Japon. De plus, même si la durée moyenne de séjour a tendance à diminuer, elle y reste 2,7 fois supérieure à celle des pays de l'OCDE (39,7 en 1980 et 33,5 en 1996). Toutefois, ce chiffre s'explique d'abord par le mode de classification des hôpitaux généraux qui, à la différence du reste des pays occidentaux, ne distingue pas les établissements de moyen séjour des établissements de court séjour: au Japon, la pratique consiste à ne pas séparer physiquement les différents lieux de prise en charge.

Mais cette durée élevée est également le résultat de choix économiques et médicaux. En maintenant un prix de journée d'hospitalisation relativement bas, le régulateur évite l'intensification des soins. En effet, ce tarif ne permet pas de couvrir toutes les dépenses importantes. De ce fait, il limite également la densité des personnels paramédicaux, ces derniers étant environ deux fois moins nombreux par lit que la moyenne OCDE. Pour maintenir le niveau des soins requis, le tout débouche sur des durées de séjours très élevées.

Par ailleurs, et malgré le nombre important de chambres

communes, la proportion de patients hospitalisés souhaitant bénéficier d'une chambre individuelle (ou à deux lits) est relativement faible; il est vrai que le surcoût en est relativement élevé et, pour des raisons d'équité, n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

De la nomenclature des actes comme langage commun

Comme dans la plupart des pays où les médecins sont essentiellement rémunérés à l'acte, la nomenclature est à la fois un enjeu et un outil pragmatique de la régulation. Depuis sa mise en place dans les années 1950, la nomenclature des actes revêt une triple caractéristique qui en fait un des piliers du système de soins: elle y est en effet exhaustive, égalitaire et... vivante.

Exhaustive, car il s'agit d'un catalogue de plus de 2000 pages contenant plus de 3000 procédures, auxquelles s'ajoutent les prix d'environ 13000 médicaments. Aucune tâche, de la plus élémentaire (comme la rédaction d'une lettre au médecin traitant) à la plus sophistiquée (comme une opération chirurgicale) ne semble échapper à cette liste. Le cas échéant, les actes qui ne figureraient pas dans l'épais volume ne font l'objet d'aucun remboursement.

Égalitaire, cette nomenclature l'est car les mêmes tarifs, exprimés en nombre de points, sont appliqués quels que soient le cadre (cabinet, *clinic*, hôpital), le type ou le niveau de couverture maladie du patient, et le lieu géographique où l'acte est pratiqué (en milieu rural comme à Tokyo, par exemple). Plus encore, aucune différence n'est instituée entre les tarifs des médecins généralistes et des spécialistes. Indépendants, *clinic* ou établissements hospitaliers trouvent là leur unique source de financement, à l'exception des hôpitaux publics qui reçoivent des subventions de l'État ou des collectivités territoriales. Ces subventions sont en particulier justifiées par le niveau peu élevé des cotations qui ne leur permet pas de développer les activités indispensables de recherche ou d'enseignement. De sorte que ces subventions, qui pèsent sur les dépenses publiques, et non sur le budget de l'assurance maladie, participent en fait du faible coût global du système.

Vivante, enfin, car la nomenclature fait l'objet, tous les deux ans, d'une révision « soignée » [9] qui poursuit deux objectifs. Le premier, explicite, est d'orienter la pratique des médecins en opérant une série de réglages fins et quasiment continus sur les services offerts. Il s'agit, par exemple, d'intégrer de nouveaux actes rémunérés (concernant, pour la période récente, l'information à donner au patient ou les liens avec les autres professionnels). Le second, implicite, est de rassembler l'ensemble des protagonistes du système de soins autour d'un objec-

tif identifié qui encadre et canalise les discussions et les conflits d'intérêt éventuels. Hormis les représentants de l'industrie pharmaceutique, considérés comme trop directement intéressés au résultat, tous les acteurs du système de santé sont présents dans le comité de la nomenclature et travaillent à la recherche du consensus. Ce consensus n'est toutefois pas incompatible avec l'existence d'acteurs dominants. Le gouvernement et son administration, d'une part, le corps médical, par l'intermédiaire de l'Association des médecins Japonais (AMJ), d'autre part, tiennent cette fonction dans le cadre d'un binôme aux jeux de rôles rodés et planifiés.

Le respect de la cadence des réunions est par ailleurs un gage de réversibilité mais aussi une opportunité pour lancer des expérimentations contribuant au dynamisme et à la solidité de l'ensemble. C'est pourquoi, de façon systématique, le débat sur la valeur du point (historiquement fixée à environ 10 yens) est délaissé au profit d'un examen minutieux de chaque item de la nomenclature.

Au cœur du système de soins japonais se trouve donc un ensemble de régulations qui le dépassent. En effet, sa légitimité, comme celle des réformes actuelles, est ailleurs que dans son équité et son efficacité. Il s'agit de permettre aux différentes parties prenantes d'organiser leur confrontation et donc la construction d'un accord.

Des réformes qui « donnent le change »*

Le contenu et les attendus explicites de ces réformes seront décrits dans un premier temps, alors qu'une analyse critique de ces tentatives sera menée dans un second temps. Elle montrera que l'essentiel est sauvegardé et que, en conséquence, la réforme est bien « impossible et permanente », double caractéristique qui, selon la conception extrême-orientale de l'efficacité, devrait en garantir la discrète efficacité [10].

À chaque période de son histoire, le Japon s'est toujours ouvert sur l'extérieur sous la pression, mais aussi de façon volontariste. En ce qui concerne le système de soins, c'est sans doute à la fin du XIX^e siècle qu'il faut faire remonter la première tentative sérieuse en la matière. Ainsi, l'ère Meiji est inaugurée par une ouverture explicite et organisée à la médecine occidentale: invitations de professeurs de médecine étrangers et visites de médecins japonais aux États-Unis ou en Europe se multiplient [11]. Suivant en cela l'ensemble de l'économie, c'est le modèle allemand qui devient la référence. Formellement, le Japon passe d'une pratique sanitaire fortement marquée par la tradition chinoise à une occidentalisation progressive, et donc partielle.

* Cette expression ramassée signifie que les réformes à la fois orchestrent le changement et en limitent les effets.

La configuration du système de soins japonais, loin d'empêcher des changements réels de voir le jour, leur donne une orientation et les inscrit dans une certaine continuité. C'est ainsi que, depuis plus de vingt ans, le système est régulièrement retouché selon un schéma, reproductible, en deux étapes. La première consiste en un changement à dose homéopathique qui modifie marginalement les équilibres financiers tout en introduisant de nouvelles habitudes et de nouveaux comportements. La seconde étape est celle de la montée en charge, l'effet économique et sanitaire se faisant sentir sans que des réticences aient eu la possibilité de se faire jour [12].

Des réformes dans plusieurs directions

Pour contenir les coûts, les solutions adoptées prennent la forme classique de la « responsabilisation ». Ainsi, un surcoût supporté par le patient pour toute ordonnance comprenant plus de cinq items a été instauré en 1997. Cette nouvelle charge vise finalement autant les patients, et leur contribution, que les médecins et leur tendance à prescrire. Dans le même temps, le ticket modérateur a augmenté de 10 % à 20 % pour les assurés, quelle que soit leur assurance, mais est demeuré inchangé (et toujours supérieur) pour les ayants droits (30 %). De même, le forfait journalier hospitalier est passé de 700 à 1200 yens (soit une dizaine d'euros). De plus, le passage du ticket modérateur de 20 % à 30 % pour les assurés a été l'une des propositions adoptées par la réforme de novembre 2001. Cette hausse correspond à un double vœu: accroître les recettes et tendre vers l'unification des différents plans d'assurance.

Par ailleurs, des mesures, il est vrai plus limitées, ont concerné certaines technologies médicales. Le Japon connaît ainsi l'une des plus grandes densités d'installations de scanner ou d'imagerie par résonance magnétique (IRM): selon les données de l'OCDE pour l'année 1994, la densité par million d'habitants était de 18 IRM et 70 scanners au Japon (contre 3 et 10 en France, respectivement). La diffusion des scanners a été facilitée par la décision du gouvernement de fixer des honoraires qui, volontairement élevés, devaient permettre de soutenir la croissance de l'industrie nationale de l'imagerie médicale. Au fur et à mesure du développement du marché, les entreprises japonaises ont commencé à vendre des modèles bon marché et à pratiquer des politiques de vente agressives. De fait, les hôpitaux mais aussi les *clinics* ont acquis scanners et IRM. Plus récemment, le gouvernement a diminué d'environ 30 % le taux des remboursements des actes impliquant l'utilisation de ces appareillages, de façon à contrôler l'extension de l'offre [13]. Toutefois, cette diminution a été appliquée sans différencier les lieux d'exercice. En effet, soumise aux deux principes du libre choix et de l'unicité des tarifs, la division du travail entre hôpitaux et *clinics* ne peut pas être

claire. Toutefois, bien que ces deux principes aient été maintenus, quelques mesures ont d'ores et déjà été prises qui tendent à instiller une distinction, sinon une hiérarchie. Par exemple, pour promouvoir le recours aux *clinics* pour les soins de première ligne, et diminuer d'autant le recours à l'hôpital, les patients devront désormais payer un surcoût pour une première visite à l'hôpital s'ils ne sont pas adressés par une *clinic* [14].

Enfin, dans le but d'éviter que le coût des soins aux personnes âgées ne grève les caisses de l'assurance maladie, et pour placer ces soins sous la responsabilité du gouverne-

ment et non des familles, une assurance obligatoire destinée à couvrir les soins de longue durée a été lancée en avril 2000. Ce programme, modulé selon le degré de dépendance, couvre les soins aussi bien en institutions qu'à domicile. Tout citoyen de plus de 40 ans y contribue. Dans le cadre de ce programme, les hôpitaux ont eu la possibilité de surclasser (c'est-à-dire de faire payer plus cher) leurs lits, en offrant, par exemple, des chambres plus spacieuses. Mais nombre de lits n'ayant pas l'agrément du programme de surclassement, une partie non négligeable des soins de longue durée est toujours remboursée par l'assurance maladie traditionnelle [15].

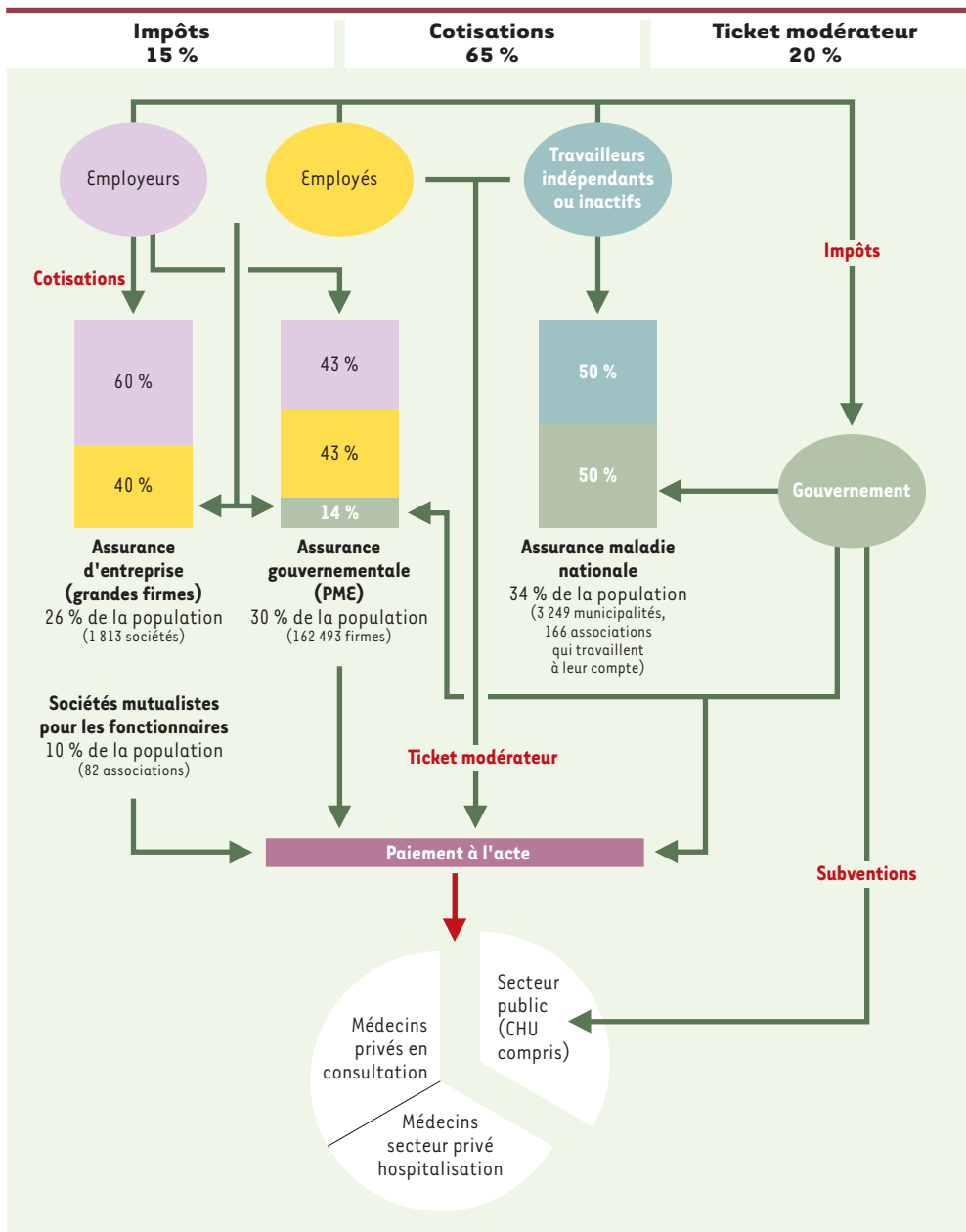


Figure 1. Mécanismes de financement du système de soins japonais (d'après [8]). Les données chiffrées sont celles de 1999 et proviennent des ministères concernés.

Ainsi, dans ces différentes directions (établissements de soins, assurance dépendance, technologies...), les changements en cours, ou projetés, visent de façon homogène à faire face à l'augmentation des besoins, tout en préservant, on va le voir, l'essentiel des principes fondateurs du système de soins japonais.

Des réformes dans la continuité

Les réformes ont, dans l'ensemble, été introduites ou proposées sans toucher aux trois niveaux de logiques (principes, outils, procédures) sur lesquels repose l'unité du système de soins.

Le principe de la couverture maladie universelle n'a ainsi jamais été remis en cause, et le secteur privé de l'assurance reste quasiment inexistant. Certes, à la fin des années 1990, l'opportunité d'introduire des méthodes de *managed care*^{*}, inspirées du modèle américain, a été discutée

* L'expression *managed care* correspond à un ensemble de techniques de gestion et de contrôle mises en place, aux États-Unis, afin de rationaliser les décisions médicales: il a pour objectif le profit et pour conséquence majeure une réduction de l'autonomie décisionnelle des médecins.

[6, 16]. Mais ce débat n'a jamais été au centre de controverses et a aujourd'hui pratiquement disparu [17]. Au contraire, depuis sa création sur le modèle allemand en 1922, l'assurance maladie nationale a été étendue de façon continue. Avec l'intégration des collectivités territoriales dans le système d'assurance nationale en 1961, la couverture universelle a été atteinte. Mais cette universalité se double de la coexistence de plans d'assurance (d'entreprises, publics ou locaux) nombreux et divers, héritage de la fondation bismarckienne du système de soins japonais. On en compte plusieurs milliers répartis en trois grandes catégories (Figure 1).

Comme l'assurance maladie - du fait du vieillissement de la population et de la transformation du marché du travail - commençait à enregistrer une détérioration de ses comptes, un premier plan consacré aux soins pour les personnes âgées a été mis en place en 1982, alimenté par l'ensemble des payeurs. Mais ce système provoqua nombre d'insatisfactions, car plus du quart des cotisations globales se trouva orienté vers le programme de financement des soins aux personnes âgées. Depuis 1992, beaucoup d'assureurs (entreprises ou collectivités) ont connu des déficits et quelques régimes ont fait faillite [18]. En conséquence, et sous l'effet de la crise économique, l'écart entre les régimes se creuse et met au défi le principe d'égalité du système de soins. Ainsi, parmi les plans d'assurance gérés par les entreprises, les cotisations peuvent varier du simple au double, et les différences de taux entre les municipalités (communes) sont encore plus importantes.

Pour corriger cette dérive dans le cadre de la couverture universelle via l'assurance obligatoire, des réformes plus fondamentales sont envisagées, qui reposeraient sur un certain niveau d'intégration des quelques 5 000 assureurs au sein d'un dispositif plus unifié.

En outre, la nomenclature des actes professionnels et des honoraires, fait depuis près de quinze ans l'objet d'un traitement particulier qui accroît son rôle. C'est en effet tous les deux ans, à l'occasion de la révision de la nomenclature, qu'est mis en place le mécanisme qui maintiendra l'ensemble des dépenses de santé sous le seuil fixé par le gouvernement. Sur le principe de la lettre flottante, et avec l'accord des partenaires, il s'agit d'augmenter le tarif des actes dont le volume diminue, mais que l'on veut maintenir (par exemple les soins de pédiatre), et de baisser le tarif des actes dont on veut maîtriser l'inflation. Il en va de même pour le prix de chaque médicament, après consultation des laboratoires pharmaceutiques concernés. Cette procédure présente un inconvénient notable, celui d'éventuellement favoriser les pratiques coûteuses (multiplication des consultations, prescriptions de médicaments

plus onéreux, multiplication des analyses biologiques...). Comme le note Ikegami [19], l'objectif de cette politique n'est pas de déterminer une rémunération équitable des professionnels de santé fondée sur le juste coût, mais de permettre un accès égalitaire à des soins jugés indispensables: l'égalité serait plus facilement obtenue, car les actes seraient plus souvent pratiqués. La procédure de révision a par ailleurs le mérite de consacrer la nomenclature, bien sûr, mais également le dispositif de négociation dont elle est la trace tangible. C'est donc d'abord d'une amélioration de la nomenclature elle-même que sont attendus des gains de productivité et une amélioration de l'efficacité. Ainsi, pour inciter les médecins à adresser leurs patients à des pharmacies indépendantes (au lieu de fournir eux-mêmes les médicaments), la rédaction d'une ordonnance a été introduite dans la nomenclature comme un acte à part entière, avec un tarif d'abord symbolique (60 yens en 1972, 800 yens aujourd'hui).

Dans ce contexte, la récente proposition de réduire la valeur du point de la nomenclature d'au moins 1 % pour les médicaments et les honoraires apparaît comme une rupture. En effet, en cas d'application, ce serait une première historique, mais qui s'inscrit dans le cadre du traditionnel bras de fer entre le gouvernement et l'association des médecins japonais.

En ce qui concerne les procédures de négociation de la nomenclature, la pression de l'AMJ sur le parti longtemps au pouvoir, le Parti démocratique libéral (PDL), a toujours été forte et la valeur du point a été augmentée d'environ 2 % par an. Mais aujourd'hui, l'AMJ doit consentir à sa diminution, du fait de la crise économique, le Japon ne pouvant plus supporter que ses dépenses de santé augmentent plus vite que son PNB (ce qui est le cas depuis 1999). Cette décision, à venir, consacrerait la victoire des bureaucrates (les payeurs) sur l'autonomie professionnelle (des producteurs). Mais ce succès devrait d'abord être attribué au volontarisme du Premier ministre Koizumi qui, sous une forte pression visant à mettre en place une réforme structurelle et budgétaire, a lui-même pesé sur son propre parti, le PDL, afin que celui-ci persuade les responsables de l'AMJ. Le récent épisode des négociations sur les enveloppes consacrées à l'assurance dépendance confirme que tout repose bien sur un compromis entre le gouvernement et l'AMJ. Au cours des deux mois d'échanges, grâce à un *lobbying* actif auprès des parlementaires, l'AMJ a réussi à faire disparaître le principe de l'enveloppe fixe qui postulait que, en cas de dépassement des prévisions de dépenses, les producteurs (hôpitaux et médecins) devraient, sur leur budget, rembourser la différence à l'État. De « contraint », le montant de



dépenses à ne pas dépasser est devenu « indicatif » *. En échange de cet assouplissement, le gouvernement a pu relever de 70 à 75 ans l'âge auquel les personnes commencent à être concernées par le dispositif, réalisant ainsi de substantielles économies.

Conclusions

La réforme s'effectuant dans la continuité peut donner l'impression d'avancer avec prudence, sinon à tâtons **. Cet apparent bricolage ne peut toutefois s'imposer que parce que reste central, dans les faits et les discours, le souci de garder le cap d'une double équité: dans les résultats (l'accès libre et égalitaire aux soins) et dans les procédures (l'institutionnalisation de la négociation organisée par l'administration).

Dans un avenir proche, on peut donc penser que seront adoptés et adaptés, dans le même esprit, des outils dont l'implantation semble programmée, tels les démarches qualité, les systèmes d'information hospitalière de type DRG (*diagnosis related groups*, voir *Encadré*) ou bien encore une nouvelle classification des hôpitaux, fondée sur une distinction répandue en Occident (courte durée ou MCO - médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique; longue durée...). Mais l'instauration de mécanismes concurrentiels ou contractuels aurait pour conséquence de substituer la versatilité du marché, et la recherche explicite de l'intérêt individuel, au consensus sociétal. Celui-ci, représenté jadis par la figure de « l'État-famille », est aujourd'hui symbolisé par le sentiment unanime d'appartenance à une classe moyenne vouée au maintien de l'égalité sociale et économique [20]. En phase avec cette logique, l'ensemble de l'équilibre dynamique du système de soins japonais repose sur la continuité et la qualité des relations entre des protagonistes institués.

Pour conclure, il faut noter que cette configuration est rendue possible non par le cloisonnement du secteur des soins et de la santé [21], mais au contraire par l'affichage explicite de ses interdépendances avec un ensemble de contraintes, d'opportunités et de politiques macro-économiques; interdépendances qui s'inscrivent dans le long terme de l'économie japonaise [22]. Ainsi, c'est parce que la politique industrielle était une priorité des années 1980 que le tarif des scanners a été artificiellement relevé; c'est parce que faire face au vieillissement de la population doit rester l'affaire de tous que l'État

finance l'assurance dépendance; c'est parce que la réforme économique, budgétaire et bancaire doit être menée au tournant du siècle pour préserver l'économie japonaise que les dépenses de santé seront contenues; c'est parce que les équilibres politiques exigent que le PDL négocie des compromis avec les autres partenaires et les acteurs clés de la société civile que les récentes réformes doivent composer avec l'AMJ.

Cependant, avec la crise économique et un certain durcissement des relations sociales, l'exemple du secteur de la santé permet de prévoir que les Japonais devront peu à peu passer de la culture du consensus à la pratique du compromis; la démocratie ne devrait pas perdre au change. ♦

SUMMARY

The Japanese health system: an ongoing yet impossible reform

This article analyses the main features of the Japanese health care system. It also analyses its recent changes facing the aging of the population, the need to improve quality of care and the necessity to contain cost. As far as the main characteristics are concerned, the accent is first put on the information asymmetry in the physician-patient relationships. Then the so-called «clinics» are described as the symbol of the coexistence of private and public health service provision. Finally, the «fee schedule» is presented as one of the main regulation tools. As for the recent reforms, it is shown that they are implemented in an incremental way. That is to say that the recent changes maintain the core of the health care system. They comfort the main value (such as equity) and the main institutions involved in the regulation process (such as the central administration or the Japanese Medical Association). They also maintain the regulation process (*i.e.* the continuous negotiation). As examples of such reform strategies, the article deals with the creation of a new insurance for aged people (named long term care insurance), the changes in the health seeking behavior, the division of labor between health care providers and some preparative steps for possible unification of multiple insurance. It is for example shown that the collective management of the «fee schedule» leads to an actual incentive. It pushes forward some medical practices (such as the use of high technology screening) or slow down others (such as selling drugs). But it is also a symbol of the regulation process itself. In effect, as this list is regularly revised, it gives to all the partners the opportunity to meet each other, to build a rather broad consensus and, thus, to enhance the strength of the whole system. As a result it is shown that the market logic that many western countries try to implement, through managed care techniques, do not fit the Japanese system and must be seen as inefficient. ♦

* Ce faisant, et selon l'expression japonaise: « Du poisson de la réforme, les dangereuses arêtes ont été retirées ».

** « De l'importance de la débrouille » pourrait être la traduction du titre de l'article *The virtues of muddling through* d'Ikegami et Campbell (1999, emprunté à Lindblom [23]), consacré à la réforme du système de soins japonais.

QUELQUES DÉFINITIONS

• **Association des médecins japonais (AMJ)**: créée en 1922, elle est le résultat de conflits entre différents segments de la profession (pro-occidentaux contre traditionalistes, médecins privés contre médecins publics...). L'AMJ est supposée parler au nom de tous les médecins mais défend, en réalité, davantage les intérêts des médecins privés. C'est la raison pour laquelle l'AMJ, qui compte 155 000 membres (soit 60 % des médecins japonais), regroupe 91 % des médecins exerçant en pratique privée et moins de la moitié des praticiens exerçant dans un hôpital. Son pouvoir politique, qui est grand, s'exerce surtout au travers de participations nombreuses et actives aux divers comités chargés de contrôler l'ensemble du système de soins.

• **Clinics**: Au Japon, les *clinics* (ou *general clinics*) sont les lieux d'exercice de médecins libéraux qui en sont les propriétaires. La pratique en *solo* y est très majoritaire, même si un intérêt pour la pratique en groupe est notée dans les établissements les plus récents. Au total, en 1999, on comptait 224 000 lits situés dans 14 000 *general clinics*. Implantées en zone rurale, elles fonctionnent comme de petits hôpitaux, sans toutefois dépasser le seuil de 19 lits par établissement. Les *clinics* sans hébergement sont au nombre de 73 000 et fonctionnent davantage comme des cabinets libéraux.

• **DRG (diagnosis related groups, ou groupes apparentés par diagnostic)**: constituent un moyen de classifications des séjours hospitaliers. Il est destiné à faciliter une allocation des ressources fondée sur l'activité médicale réelle, et non sur une enveloppe globale ou sur des prix de journée forfaitaires. Cette méthode, lancée aux États-Unis, est utilisée presque partout dans le monde, sous des formes plus ou moins adaptées aux situations nationales. En France, cette technique se trouve être à la base du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) et de ses GHM (groupes homogènes de malades).

RÉFÉRENCES

1. Maurice M. Méthode comparative et analyse sociétale. *Sociologie du Travail* 1989; 2: 175-91.
2. Estienne JF. *Vieillesse et retraites au Japon*. Paris: La Documentation Française, 1996.
3. Ministry of health and welfare. Social insurance agency. Outline of social insurance in Japan, 1999.
4. Ministry of health and welfare. Health and welfare statistics in Japan. Tokyo, 1996: 208 p.
5. Ministry of health and welfare. Annual report on health and welfare, 1994-1995. Tokyo, mars 1996.
6. Mayer G, Tanaka S. Health care reform system innovations in the Managed care era in the US. *Keio Business Forum* 1999; 17: 19-38.
7. Sauvaget C. La pharmacie: un conflit d'intérêt permanent. *Prescrire* 1998; 18: 787-8.
8. Ikegami N, Campbell J. Medical care in Japan. *N Engl J Med* 1995; 19: 1295-9.
9. Mossé P. Une réforme soignée. *France Japon Économie* 1997; 72.
10. Jullien F. *Traité de l'efficacité*. Paris: Grasset, 1996.
11. Chaperon J, Marimbu J. Le système de soins du Japon. *Prescrire* 1994; 14: 380-3.
12. Niki R. Recent medical care financing reform for Japan's ageing society. *J Policy Studies* 1996; 2: 69-82.
13. Campbell J, Ikegami A. *The art of balance in health policy*. New York: Cambridge University Press, 1998.
14. Akiyama H. Health care reform in Japan. *World Hospitals Health Services* 2001; 37: 3-6.
15. Campbell J, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs* 2000; 19: 26-39.
16. Kameda T. The present stage of managed care and the feasibility of its application to Japan. *Keio Business Forum* 1999; 17: 53-82.
17. Niki R. 21 Seiki Syotou no Iryou / Syakai Hoshou Kaikaku (health and social security reform at the beginning of the 21st century). *Shakai Hoken Junpo (social insurance report)* October 2001; 2112: 12-8 (japonais).
18. Takeuchi M. *Iryou-hi Yokusei e Muke Kowaru Gyousei* (Government policy for health care cost containment), Sijyou Yosoku Report (market forecast report), vol. 1. Japan Management Association Research Institute, 1999.
19. Ikegami N. Public long term care insurance in Japan. *JAMA* 1997; 278: 21-9.
20. Vié M. *Le Japon contemporain*. Paris: PUF, 1995: 128 p.
21. Tokita T. Problems of the medical service market in Japan. *The Japanese Economy* 1997; 25: 60-78.
22. Nohara H. Des limites du modèle de développement de l'économie japonaise: examens institutionnels et historiques. *Économie Appliquée* 2002; 60: 133-66.
23. Lindblom A. The science of muddling through. *Public Administration Review* 1959; 16: 79-88.

TIRÉS À PART
P.R. Mossé