

V. G. Rodwin et  
C. Vladescu

L'ÉTAT ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ

**Cette communication propose une typologie de systèmes de santé selon l'importance du rôle de l'Etat dans l'organisation et le financement des systèmes. Que les systèmes de santé soient de tendance libérale, de tendance nationalisée ou de tendance intermédiaire, l'Etat joue un rôle considérable – aussi bien dans l'organisation hospitalière que dans le financement par l'impôt fiscal ou les cotisations sociales.**

**Mots-clés :** système de santé • rôle de l'Etat • organisation hospitalière • financement

Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et surtout après la Deuxième Guerre mondiale, dans les pays industrialisés, l'Etat a progressivement étendu son emprise sur le secteur de la santé. Ce qui a été autrefois du ressort de la profession médicale, des institutions caritatives et des collectivités locales tombe maintenant sous la coupe de l'Etat (1). Que les systèmes de santé soient de tendance libérale (Etats-Unis, Suisse), de tendance nationalisée (Grande-Bretagne et Suède) ou de tendance intermédiaire (France, Allemagne, Japon, Canada, Pays-Bas), il est possible de distinguer les rôles de l'Etat par rapport à l'organisation et au financement des systèmes. Dans la matrice ci-dessous (tableau 1), il n'existe aucun système pur : ni un système entièrement socialisé (boîte 1) ni un système entièrement privatisé (boîte 12).

Les systèmes libéraux se caractérisent essentiellement par une adhésion volontaire à l'assurance maladie, une décentralisation importante des politiques de santé, et une organisation pluraliste de la médecine dominée, dans le secteur ambulatoire, par la médecine libérale (médecins travaillant dans leurs cabinets individuels et rémunérés à l'acte). Cependant, même dans les systèmes libéraux, il reste un rôle important pour le secteur public.

Les systèmes nationalisés se caractérisent par l'universalité de leur couverture, une structure organisationnelle qui permet de budgétiser les dépenses de santé, ce qui mène, en général, à une réglementation de l'accès aux médecins spécialistes, et à un financement largement supporté par les impôts d'Etat (le système fiscal). En outre, il existe dans ces systèmes un secteur privé à but lucratif – aussi bien sur le plan de l'assurance mala-

die que sur le côté de l'offre des soins médicaux.

Les systèmes intermédiaires, par définition, combinent certaines caractéristiques des systèmes libéraux et nationalisés, à savoir l'universalité de la couverture, une organisation pluraliste de la médecine, dominée dans le secteur ambulatoire, par la médecine libérale, et un financement pluraliste (colonnes A à D) mais surtout (le plus souvent) sur la base de cotisations sociales (colonne B).

La thèse que nous soutiendrons ici comporte deux parties : premièrement, que l'étude de l'organisation et du financement des systèmes de santé permet de distinguer le rôle de l'Etat en ce qui concerne le poids relatif du secteur privé et du secteur public ; deuxièmement, que les perceptions les plus courantes des systèmes de santé ne correspondent pas toujours à la complexité des systèmes à savoir le pluralisme aussi bien en ce qui concerne les systèmes de tendance libérale, nationalisée ou intermédiaire.

Organisation des soins médicaux

Systèmes libéraux : Etats-Unis et Suisse

Un tiers des lits hospitaliers aux Etats-Unis relève du secteur public à ses différents niveaux : gouvernement fédéral, Etats fédéraux, départements (*counties*) et municipalités (tableau 2). Le gouvernement fédéral possède et fait fonctionner un service hospitalier national pour tous les anciens combattants et leurs dépendants – la Veterans Administration (VA). Quant aux Etats fédéraux, ils sont propriétaires et assurent le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques de long sé-

HEALTH SYSTEMS AND THE ROLE OF THE STATE

*This paper proposes a typology of health care systems based on the importance of the state's role (public and private sectors) in the organization and financing of health care. Whether health care systems tend toward free enterprise, nationalized, or mixed models, the state plays a considerable role in patterns of hospital organization as well as in financing through general revenue taxation or compulsory health insurance premiums.*

Financement

Organisation	Par impôt	Par cotisations	Par primes d'AM *	A la charge
	Système fiscal Etat A	Système parafiscal Sécurité sociale B	Système privé ou mutuelles C	Directement par les usagers D
Publique	1	2	3	4
Privée à but non lucratif	5	6	7	8
Privée à but lucratif	9	10	11	12

\* Assurance Maladie

Tableau 1. L'organisation et le financement des systèmes de santé

	Systèmes publics		Systèmes intermédiaires				Systèmes libéraux		
	Grande-Bretagne	Suède	Allemagne	Canada	France	Japon	Pays-Bas	Suisse	USA
Public	92%	92,4%	51%	98% <sup>1</sup>	63%	33%	15%	85% <sup>2</sup>	33%
Privé à but non lucratif	—	7,6%	35%	2%	11%	67%	85%	6%	56%
Privé à but lucratif	8%	—	14%	—	26%	—	—	8%	11%

<sup>1</sup> Bien que les lits hospitaliers soient classés publics par l'OCDE, il faut bien noter que tous les hôpitaux canadiens sont dotés d'un conseil d'administration de statut juridique privé.

<sup>2</sup> Ce chiffre comprend le secteur public (64%) et parapublic (21%).

Sources : Allemagne, Grande-Bretagne et Pays-Bas : *La réforme des systèmes de santé*. Paris : OCDE, 1993. Etats-Unis : *Hospital Statistics*. AHA, Chicago, 1991.

France : *ECO-SANTE, version 3*, Paris : CREDES, 1991.

Japon (1990) : Yoshikawa A., ch. 5 in Okimoto D. and Yoshikawa A. *Japan's Health System*. New York : Falkner and Gray, 1993.

Suède et Canada : OCDE, *La réforme des systèmes de santé*. Paris : OCDE, 1993.

Suisse : Association suisse des établissements hospitaliers (VESKA).

Tableau 2. Organisation hospitalière des systèmes de santé en % de lits publics/privés

jour. Enfin, les *counties* et les municipalités possèdent et font fonctionner des hôpitaux locaux publics pour ceux qui n'ont aucune couverture assurance maladie (environ 15% de la population) (2).

A la différence de la Suisse où 85% des lits relèvent du secteur public et parapublic, la grande majorité des lits hospitaliers aux Etats-Unis (56%) se trouve dans le secteur privé à but non lucratif (tableau 2). Par rapport à la Suisse, il y a légèrement plus de lits hospitaliers aux Etats-Unis qui relèvent du secteur privé à but lucratif (11%). Cependant, contrairement à l'organisation suisse où la grande majorité du secteur commercial est organisé en cliniques privées, aux Etats-Unis ce secteur est depuis environ cinq ans organisé, en grande partie, en chaînes nationales cotées en bourse. Les hôpitaux privés à but non lucratif aux Etats-Unis – aussi bien qu'en Suisse – sont associés à des collectivités locales, des fondations, des associations ou des ordres religieux.

Les soins ambulatoires aux Etats-Unis et en Suisse sont dispensés essentiellement par des généralistes et des spécialistes travaillant dans le secteur privé en cabinets individuels et aussi dans les consultations externes des hôpitaux ainsi que dans les services hospitaliers d'urgence. Il existe, de plus, des centres de santé dans la plupart des zones urbaines ainsi qu'un réseau de dispensaires pour les services de santé publique, y compris les soins primaires.

L'innovation la plus importante dans l'organisation des soins aux Etats-Unis est la croissance de réseaux de soins coordonnés (*Health Maintenance Organizations* – HMO). Cette structure organisationnelle permet de fusionner les fonctions assurance et production des soins. Des groupes de médecins, travaillant avec un certain nombre d'hôpitaux, se mettent d'accord pour inscrire une population payant une cotisation forfaitaire. La forme la plus connue de HMO est la Kaiser Permanente, au sein de laquelle les médecins sont rémunérés sur une base salariale avec la possibilité

d'obtenir un bonus annuel selon le succès de l'organisation à assurer des taux très bas d'admission à l'hôpital et des durées de séjour très courtes.

Dans d'autres modèles de HMO – ceux qui sont actuellement en pleine croissance aux Etats-Unis (*Independent Practitioner Associations* – IPA), les médecins sont payés à l'acte avec un partage des risques. Quarante-cinq millions d'Américains (environ un assuré social sur cinq) sont actuellement couverts et fournis en soins médicaux par des HMO (3). Cette formule est aussi digne d'intérêt pour les Européens qui souhaitent l'intégrer dans un système national d'assurance maladie (4).

### Systèmes nationalisés : l'exemple de la Grande-Bretagne

Comme en Suède, l'organisation hospitalière en Grande-Bretagne est largement publique. Contrairement à la Suède où le secteur privé est largement non lucratif, en Grande-Bretagne, il existe un secteur commercial ainsi qu'un secteur privé à l'intérieur des hôpitaux publics.

Depuis la création du Service National de Santé (NHS) en 1948, à peu près tous les hôpitaux à caractère non commercial furent nationalisés et, tout comme les hôpitaux municipaux, placés sous le contrôle du NHS. D'un compromis passé avec les médecins hospitaliers en 1948 a résulté la poursuite de deux formes de pratique hospitalière privée en Grande-Bretagne : les lits payants dans le cadre des hôpitaux NHS et les hôpitaux privés à l'extérieur du NHS. Les lits payants représentent environ 2% de l'ensemble des lits du NHS et 2% de l'ensemble des cas (non psychiatriques) traités par le NHS (5). Le nombre de lits aigus dans les hôpitaux privés va en augmentant et comporte, en 1989, 9772 lits dans 192 hôpitaux, ce qui représente trois fois le nombre de lits payants à l'intérieur du NHS en Grande-Bretagne (6). Pour ces deux types de lits (8% de la capacité hospitalière), environ 11% de la population en Grande-Bretagne est

couverte par une assurance privée, mais l'ensemble des dépenses médicales couvertes par une assurance privée ne représente qu'à peine 4% des dépenses nationales de santé en Grande-Bretagne. Les patients tendent à utiliser ces moyens privés pour des traitements de routine plutôt que pour des techniques de pointe. En Grande-Bretagne, toutefois, le secteur privé permet de répondre aux demandes non satisfaites dans le cadre du NHS.

Enfin, dans la mesure où le NHS est gratuit, les gestionnaires ont introduit un rationnement sur la base de critères médicaux, ce qui a conduit à des listes d'attente tant pour la consultation de spécialistes que pour l'admission de certaines catégories de patients. En d'autres termes, le secteur privé offre un mécanisme permettant d'éviter les files d'attente.

Les soins ambulatoires dans le NHS sont organisés autour du généraliste qui sert en quelque sorte de filtre vis-à-vis des soins hospitaliers. Après la création du NHS, tous les résidents avaient la possibilité de se faire inscrire sur la liste de patients du généraliste de leur choix. Les autorités locales continuèrent à offrir toute une gamme de services de santé publique, y compris certains soins à domicile et l'aide ménagère.

Depuis 1991, le NHS s'est engagé dans une réforme importante de son organisation. L'idée clef est d'introduire des mécanismes de marché à l'intérieur d'un système qui reste largement public. Ainsi, les 190 districts verront leur rôle évoluer d'un gestionnaire/producteur de services vers celui d'acheteur de soins. En outre, à titre expérimental, des groupes de généralistes sont actuellement chargés de gérer des budgets d'hospitalisation courante. Enfin, beaucoup d'hôpitaux publics sont devenus autonomes (*hospital trusts*) dotés d'un conseil d'administration indépendant et libre de gérer leur personnel et d'engager des contrats de services aussi bien avec les districts qu'avec les groupes de généralistes.

### Les systèmes intermédiaires

Entre les systèmes de tendance libérale et ceux de tendance nationalisée, les systèmes intermédiaires sont tous caractérisés par la coexistence d'une couverture universelle et d'une médecine libérale pour les soins ambulatoires. Quant aux soins hospitaliers, les systèmes intermédiaires se caractérisent par une grande diversité de partage entre secteur public et secteur privé (tableau 2). Ainsi, le rôle du secteur public varie d'un maximum au Canada – encore moins que dans les systèmes de tendance libérale – jusqu'à un minimum aux Pays-Bas. D'autre part, le secteur privé à but lucratif atteint son maximum en France (26%).

Prenons l'exemple du modèle français qui représente une part importante pour l'hospitalisation publique – 63% des lits hospitaliers (7). Ces hôpitaux ne constituent ni un service d'Etat, comme l'éducation nationale, ni une entreprise nationalisée comme l'Electricité de France. Ils ont le statut juridique d'établissements publics, dotés de la personnalité morale et d'une certaine autonomie locale.

Le secteur public hospitalier comprend les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers généraux, ainsi que les petits centres hospitaliers.

L'autre part des lits hospitaliers, en France (37%), relève du secteur privé, où (pour ce qui concerne les lits aigus) 68% de ces lits sont dans des cliniques à but lucratif. Une partie des établissements privés non lucratifs accepte certaines obligations du service public et participe, selon les règlements de la loi hospitalière de 1970 au «service public hospitalier».

Les soins ambulatoires en France, encore plus qu'aux Etats-Unis, sont dispensés essentiellement par des médecins libéraux travaillant dans leurs cabinets privés. On trouve, aussi, des consultations externes dans les hôpitaux publics, dispensés aussi bien par des médecins «attachés» du secteur privé que par des médecins hospitaliers. Enfin, il existe un réseau de dispensaires municipaux et quelques petites expériences avec les centres de santé, souvent accusés de constituer une «médecine de caisse» par les syndicats de médecins en cabinets privés.

## Le financement des dépenses de santé

### Systèmes libéraux : Etats-Unis et Suisse

Il est bien connu qu'il n'existe pas, aux Etats-Unis, un système national et universel d'assurance maladie. En Suisse, la quasi-universalité de la couverture existe grâce aux subventions données aux caisses-maladie.

Les usagers américains paient directement 23% des dépenses de santé ; en Suisse, le chiffre équivalent est de 31% (tableau 3). Les assurances privées américaines financent 31% des dépenses de santé ; en Suisse, le chiffre équivalent est de 41%. Pour ce qui est du système fiscal – niveau fédéral, cantonal (Etats fédéraux pour les Etats-Unis) et communal – sa part des dépenses de santé aux Etats-Unis (42%) dépasse de loin celle de la Suisse (25%).

Pour ce qui concerne l'organisation de l'assurance maladie, prenons l'exemple des Etats-Unis. Les systèmes privés d'assurance maladie comprennent les grosses compagnies à but lucratif, telles que Metropolitan Life, Aetna, Travellers, Prudential et Cigna ; et les associations à but non lucratif qui correspondent aux mutuelles européennes et qui sont représentées par la Blue Cross Association pour l'assurance en hospitalisation et par la Blue Shield Association pour l'assurance maladie.

Pour ce qui est du rôle du gouvernement fédéral, sa participation aux dépenses de santé est gérée par la Health Care Financing Administration (HCFA) à travers deux programmes nationaux d'assurance maladie : Medicare, qui couvre la population âgée de plus de 65 ans, ainsi que les invalides ; et Medicaid qui couvre les couches sociales les plus défavorisées.

Medicare et Medicaid sont financés sur la base de cotisations sociales, ainsi que par des contributions de l'Etat fédéral, des Etats fédéraux et de primes volontaires pour les services de médecins.

		Par impôt Système fiscal Etat	Par cotisations Système parafiscal Sécurité sociale	Par primes d'AM Système privé ou mutuelles	A la charge Directement par les usagers
Systèmes publics	Grande-Bretagne	79,0%	16,0%	—	5,0%
	Suède	78,5%	13,1%	—	8,4%
Systèmes intermédiaires	Allemagne	21,0%	60,0%	7,0%	11,0%
	Canada	74,0%	11,0%	—	15,0%
	France	1,1%	74,0%	6,1%	18,8%
	Japon	31,2%	56,3%	—	12,2%
	Pays-Bas	14,0%	60,0%	16,0%	11,0%
Systèmes libéraux	Suisse	25,0%	4,0%	41,0%	31,0%
	USA	42,0%	—	31,0%	23,0%

Sources : Allemagne, Grande-Bretagne et Pays-Bas : *La Réforme des Systèmes de Santé*. Paris : OCDE, 1993.  
 Canada : *Canada's Health System*. New York : Falkner and Gray, 1993.  
 États-Unis : *Health United States*, 1991.  
 France : *ECO-SANTE*, version 3. Paris : CREDES, 1991.  
 Japon : Rodwin V. et al., *Japan's Universal and Affordable Health System : Lessons for the United States*. New York : Japan Society, 1994.  
 Suède : Appleby, J. *Financing Health Care in the 1990's*. Open University Press, 1992 ; 12.  
 Suisse : Frei A., Hill S. *Le Système suisse de Santé*. Bâle : Ed. Krebs SA, 1992.

Tableau 3. Financement des systèmes de santé

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 ■ Baily A, Périat M. *L'Etat et la santé*, ch. 1. Paris : Economica, 1991.
- 2 *Current population survey*. Washington. DC : U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census, 1993.
- 3 *HMO Industry Profile*. Washington, DC : Group Health Association of America, 1993.
- 4 Launois R, Majnoni d'Intignano B, Rodwin V, Stéphan JC. *Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : propositions pour une réforme profonde du système de santé*. *Revue Française des affaires sociales*, (1) janvier-mars, 1985.
- 5 ■ ■ OCDE. *La réforme des systèmes de santé*. OCDE, Paris : 1992 ; 124.
- 6 Maynard A, Propper C. «Whither the Private Health Care Sector», *Center for Health Economics, University of York*, 1990.
- 7 Rodwin V, Sandier S. «Health Care under French National Health Insurance». *Health Affairs (Washington D.C. : project Hope)* Fall, 1993.
- 8 En Grande-Bretagne, 88% des dépenses de santé proviennent du National Health Service (NHS). Sur les 12% de dépenses privées à la charge directement par les usagers, 30% sont pour les primes d'assurance maladie privée ; 70% sont pour les dépenses directes des usagers.
- 9 ■ Rodwin V. «New Ideas for Health Policy in France, Canada and Britain». In : Field M ed. *Success and Crisis in National Health Systems : A comparative approach*. New York : Routledge, 1989 ; Saltman R. *Planned markets and public competition*. London : Open University Press, 1992.

■ à lire  
 ■ ■ à lire absolument.

Les assurances privées, pour leur part, sont financées par des primes volontaires payées par les employeurs et les employés (colonne C du tableau 1). D'une manière générale, l'employeur négocie avec l'assureur pour offrir à ses employés une bonne couverture. L'employé a ensuite le choix, soit de payer une cotisation minimale assise sur son salaire pour bénéficier des avantages obtenus par l'employeur, soit de payer plus pour avoir droit à une meilleure couverture.

### Systèmes nationalisés : l'exemple de la Grande-Bretagne

Comme la Suède, le système en Grande-Bretagne est financé largement par le secteur public. Cependant, contrairement au modèle britannique caractérisé par un centralisme hiérarchique, la Suède se caractérise par une plus grande décentralisation au niveau de chaque département. Le financement du NHS (tableau 3) provient surtout du système fiscal (79%). La contribution des assurances sociales prélevée sur la base de cotisations est de 16% et 5% sont financés directement par l'utilisateur ainsi que par d'autres sources privées (8).

Le NHS couvre toute la population résidente de la Grande-Bretagne. Il n'existe pas de franchise, ni de participation de l'utilisateur pour les soins médicaux et hospitaliers. Par contre, une participation minimale est demandée pour les médicaments prescrits.

Les généralistes, pour leur part, depuis l'adoption en 1911 de la loi sur l'assurance maladie, ont été rémunérés largement sur la base d'un paiement par capitation. Après la création du NHS, les généralistes sont rémunérés sur la base du nombre de patients inscrits sur leurs listes. Les paiements par capitation, comme les salaires, sont négociés entre

les associations professionnelles et le Ministère de la Santé. Toutefois, en plus de ces rémunérations qui dépendent de l'âge du patient, les généralistes tirent une proportion de plus en plus importante de leurs revenus de rémunérations non associées à la capitation. D'une part, ils reçoivent une allocation de base (*basic practice allowance*) qui varie selon le lieu de leur pratique ; d'autre part, près de 30% des revenus du généraliste proviennent d'une tarification à l'acte pour les services de médecine préventive ainsi que certains services tels que les visites à domicile ou les visites de nuit.

Comparés à la France et aux États-Unis, les soins médicaux et hospitaliers en Grande-Bretagne représentent un système contrôlant beaucoup mieux la rémunération des médecins et des institutions parce que le montant global des dépenses du NHS est indépendant du coût et du volume des soins fournis.

### Les systèmes intermédiaires

Par rapport aux systèmes de tendance libérale ou nationalisée, en ce qui concerne le financement, la charge supportée directement par les usagers dans les systèmes intermédiaires est inférieure à celle dans les systèmes de tendance libérale et supérieure à celle des systèmes de tendance nationalisée (tableau 3). Aussi, à l'exception du Canada, le rôle des cotisations sociales obligatoires est dominant dans le financement des systèmes intermédiaires. Cette part dominante varie d'un maximum de 74% en France, 60% en Allemagne et 56% au Japon. Le rôle de l'Etat dans le financement des systèmes intermédiaires varie d'un maximum de 74% au Canada, à 31% au Japon, 21% en Allemagne et 1,1% en France.

Prenons encore une fois l'exemple de la France. Le Régime général de l'assurance mala-

**Adresse des auteurs :**

Dr Victor G. Rodwin,  
Director, Office of  
International Programs  
R. F. Wagner Graduate  
School of Public Service  
New York University  
4, Washington Sq. North  
New York, NY 10003  
USA

Dr Cristian Vladescu  
Département de gestion et  
d'analyses des politiques  
de santé

Institut National pour les  
Services de Santé  
Bucarest  
Roumanie

die géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) est financé sur la base de cotisations sociales (12,6% pour les employeurs ; 5,9% pour les employés). Les deux autres caisses nationales pour les régimes des travailleurs non salariés et agricoles sont financées par cotisations directes (sur la base des déclarations de revenus des assurés). Ces trois caisses nationales sont à la tête d'un réseau «d'organismes de bases», les caisses-maladie.

**Conclusions**

Les comparaisons internationales des systèmes de santé sont toujours difficiles à faire car les concepts même de secteur public et privé, voire les définitions de lits hospitaliers sont rarement comparables même entre les pays de l'OCDE. Néanmoins, l'analyse des sys-

tèmes de santé présentée ci-dessus permet de constater que l'Etat joue un rôle considérable. Dans les systèmes de tendance libérale, aux Etats-Unis, par exemple, l'Etat finance presque la moitié du système et un tiers des lits hospitaliers font partie du secteur public.

Le Projet de Loi du président Clinton propose d'augmenter le rôle de l'Etat dans la macro-gestion du système. Parallèlement, dans les systèmes de tendance nationalisée on observe une orientation vers l'introduction des mécanismes de marché et un plus grand rôle pour le secteur privé, aussi bien dans l'organisation que dans le financement des systèmes. Cette hypothèse de convergence entre systèmes de tendance libérale, nationalisée et intermédiaire est d'autant plus importante à étudier aujourd'hui car la réforme des systèmes de santé est à l'ordre du jour dans la plupart des pays de l'OCDE ainsi que dans l'Europe Centrale et l'Europe de l'Est (9).

**NOUVEAUTÉS PHARMACEUTIQUES**

*Cette rubrique n'engage pas la responsabilité de la rédaction*

**PIPÉRACILLINE/TAZOBACTAM (TAZOBAC®) : NOUVELLE SPÉCIALITÉ**

(Lederle, Adliswil - Zurich)

**1. Pipéracilline/tazobactam (Tazobac®)**

Il s'agit d'une association d'une pénicilline et d'un inhibiteur des bêta-lactamases.

Composition (préparation à usage intraveineux) :

- 1 flacon de Tazobac® 2,5 g contient : praeparatio cryodesiccata : piperacillinum 2 g, ut piperacillinum natricum 2,085 g et tazobactamum 0,5 g, ut tazobactamum natricum 0,5366 g pro vitro (Frs 39,70) ;
- 1 flacon de Tazobac® 4,5 g contient : praeparatio cryodesiccata : piperacillinum 4 g, ut piperacillinum natricum 4,17 g et tazobactamum 0,5 g, ut tazobactamum natricum 0,5366 g pro vitro (Frs 75,70).

**2. Ses indications**

Indications reconnues.

Le Tazobac® est indiqué dans le traitement des infections généralisées et/ou localisées dues aux germes reconnus sensibles, telles que les infections :

- des voies respiratoires
- des reins et des voies urinaires descendantes
- intra-abdominales (infections hépato-biliaires incluses)

- de la peau et des parties molles
- chez les patients immunodéprimés et/ou neutropéniques
- bactériémiques, y compris septicémie.

**3. Ce qui est nouveau**

Le Tazobac® est une préparation à usage intraveineux associant la pipéracilline (pénicilline semi-synthétique à large spectre) et le tazobactam (inhibiteur des bêta-lactamases).

La pipéracilline sodique est un dérivé de la D(-)-aminobenzyl-pénicilline. 1,0425 g de pipéracilline sodique (sel monosodique) correspond à l'activité de 1 g de pipéracilline et contient 1,85 mEq (42,6 mg) de sodium. La pipéracilline exerce son activité bactéricide en inhibant la synthèse du septum et de la paroi cellulaire. Comme toutes les pénicillines, la pipéracilline est plus ou moins sensible aux bêta-lactamases ; c'est pourquoi on lui a associé le tazobactam.

Le tazobactam (une sulfone de l'acide triazolyméthylpénicillanique) est un inhibiteur actif des bêta-lactamases les plus répandues, y compris des plasmides et des enzymes médiateurs chromosomiques qui sont normalement responsables de la résistance à la pénicilline et aux céphalosporines (céphalosporines de la 3<sup>e</sup> génération incluses).

L'association du tazobactam à la pénicilline renforce l'effet de cette dernière et intensifie, in vitro, l'activité antibactérienne en présence de germes résistants à la pipéracilline.

N° OICM : 2,5 g - 50991 03  
4,5 g - 50991 04