

Résumé

Durant les décennies écoulées, la santé de la population des pays de l'OCDE a marqué des progrès spectaculaires. Entre 1960 et 2008, l'espérance de vie à la naissance s'est allongée de dix années en moyenne. L'espérance de vie à 65 ans est aujourd'hui de 20 ans pour les femmes et de 17 ans pour les hommes. Si des inégalités socio-économiques persistent en ce qui concerne l'état de santé et l'accès aux soins, la diminution de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé des populations se poursuivent à un rythme régulier. Ces résultats peuvent être en partie attribués à l'élévation des niveaux de revenu et d'instruction. Mais ils tiennent aussi pour beaucoup à l'amélioration des soins de santé eux-mêmes – évolutions technologiques et traitements basés sur la médecine fondée sur les preuves.

Les systèmes de santé peuvent se prévaloir d'une efficacité et d'une qualité inégalées jusqu'à présent. L'accès aux soins va lui aussi en s'améliorant. Des réformes récemment instaurées au Mexique et en Turquie donnent une couverture aux personnes démunies ou non assurées. Les États-Unis viennent d'adopter une législation qui va rendre l'assurance maladie obligatoire pour pratiquement tous les citoyens. Les pays de l'OCDE sont plus proches que jamais d'une couverture maladie universelle, ou presque, pour un ensemble de base de services de soins. Les réformes en la matière revêtent d'autant plus d'importance en période de récession que certaines familles voient diminuer leurs revenus, et que les coûts liés à un mauvais état de santé sont particulièrement difficiles à supporter.

La crise économique est lourde de conséquences pour les finances publiques. Celles-ci étant les premières sollicitées pour assumer les dépenses de santé, les difficultés budgétaires vont amener davantage les autorités à maîtriser les coûts et à mieux utiliser les deniers consacrés à la santé. Toutefois, ces objectifs immédiats s'inscrivent dans des tendances plus longues : les pressions à la hausse sur les dépenses de santé sont un phénomène inéluctable, alimenté par les innovations technologiques, les attentes de la population et le vieillissement démographique.

Les pouvoirs publics disposent d'un large éventail d'instruments pour maîtriser les coûts. Des mesures réglementaires de court terme peuvent provisoirement endiguer les dépenses, mais elles ont fréquemment des répercussions fâcheuses à long terme. En outre, elles ne contribuent guère à atténuer les pressions sous-jacentes qui, à moyen terme, orientent les dépenses de santé à la hausse. Des pistes intéressantes sont à explorer pour maîtriser les dépenses de santé à plus longue échéance en améliorant l'utilisation des ressources, notamment par une meilleure qualité des soins. Par ailleurs, il faut souvent consentir un investissement important au départ pour obtenir les résultats escomptés. D'où un dilemme pour beaucoup de pays, car les orientations ne sont pas toujours les mêmes selon qu'elles correspondent à des priorités de court ou de long terme.

Le présent ouvrage vise à dégager les politiques de santé les plus susceptibles d'apporter les meilleurs résultats au regard des moyens investis, en proposant une analyse

approfondie de l'évolution des dépenses de santé et des solutions qui s'offrent pour optimiser ces dépenses à court et long termes. Il passe en revue plusieurs pistes nouvelles pour une meilleure utilisation des ressources dans le secteur de la santé.

Quelles sont les caractéristiques des dépenses de santé dans la zone OCDE ?

Étant donné que les dépenses de santé sont financées aux trois quarts sur les budgets publics, l'allocation des ressources et l'efficacité des dépenses arrivent au premier plan des préoccupations, surtout en période de vaches maigres, compte tenu des difficultés rencontrées par les pays pour financer les déficits publics. Le chapitre 1 montre que la part des dépenses de santé dans l'économie atteint en moyenne 9 % pour la zone OCDE (2008). Elle est supérieure à 10 % dans sept pays membres – États-Unis, France, Suisse, Autriche, Allemagne, Canada et Belgique. Malgré un ralentissement entre 2003 et 2008, les dépenses de santé ont progressé plus vite que la croissance économique dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE durant les 15 dernières années. Les facteurs d'augmentation (progrès technologique, attentes de la population, accroissement des revenus et, à des degrés divers d'un pays à l'autre, vieillissement démographique) vont continuer d'orienter les dépenses de santé à la hausse. D'après les projections de l'OCDE, selon les hypothèses retenues, les dépenses publiques de santé pourraient croître de 50 à 90 % d'ici à 2050.

Que font actuellement les pays de l'OCDE pour parer aux difficultés financières et comment devraient-ils procéder ensuite ?

Cet examen intervient dans un contexte marqué par une des plus graves récessions de tous les temps, à un moment où les pays de l'OCDE s'attachent avant tout à concilier la recherche de gains d'efficacité et d'efficacités dans les systèmes de santé avec les objectifs d'accès aux soins et de qualité des prestations. Le chapitre 2 fait le point sur les solutions qui s'offrent aux pouvoirs publics pour assurer la viabilité financière des systèmes de santé, en évaluant leur impact possible.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les pouvoirs publics exercent un contrôle important sur les moyens mis en œuvre et les tarifs pratiqués dans les systèmes de santé. Le contrôle des intrants, le plafonnement des budgets ou le gel des tarifs peuvent, de façon significative, faire baisser les coûts ou modérer le rythme de croissance des dépenses de santé. Ces instruments ont été largement utilisés, avec une intensité qui a cependant varié dans le temps et d'un pays à l'autre. Les budgets de santé sont plafonnés presque partout, en particulier dans le secteur hospitalier. Les résultats s'avèrent surtout concluants dans les systèmes à payeur unique ou dans les pays où le financement et l'offre des services de santé sont intégrés.

L'encadrement des rémunérations – sur fond de modération salariale dans la fonction publique, en général – a été plus répandu dans les pays caractérisés par des systèmes de santé intégrés et là où les professionnels de santé sont salariés (dans le secteur hospitalier au Danemark, au Royaume-Uni et en Irlande, mais aussi en Finlande, en Espagne et en Suède). Dans les dispositifs de paiement à l'acte, les pays de l'OCDE ont pour la plupart maintenu un contrôle sur la tarification ou recouru à la fixation administrative des prix

(Japon et Corée), parfois à la suite d'un échec des négociations avec les prestataires (Australie, Belgique, Canada, France et Luxembourg).

S'ajoute l'utilisation généralisée d'instruments axés sur la demande. Par exemple, des révisions à la baisse de l'étendue des services couverts et du taux de couverture peuvent atténuer les pressions exercées sur les dépenses publiques. Cela suppose que les autorités compétentes opèrent des choix quant aux prestations couvertes ou exclues, et qu'une plus grande participation aux frais soit imposée aux patients. Or les dépenses à la charge du patient pèsent surtout sur les pauvres, au risque de limiter l'accès aux soins. Des programmes ciblés peuvent être indispensables pour protéger les plus démunis.

À en juger par l'exemple des pays qui ont rapidement réduit les dépenses de santé après les récessions antérieures, ces réductions n'ont qu'un temps. Il se pourrait même que les mesures prises pour limiter les coûts à court terme augmentent les dépenses à long terme – dès lors que les investissements nécessaires sont reportés à plus tard et que les initiatives de prévention souhaitables ne se concrétisent pas. Le prix à payer pour atténuer, même temporairement, les tensions sur les dépenses de santé peut être élevé. Bon nombre de mesures à court terme risquent de se répercuter négativement sur l'accès aux soins, l'équité de l'offre de services, l'adéquation aux besoins, la qualité de la prise en charge et l'adoption de nouvelles technologies intéressantes.

Les traitements médicaux : sont-ils efficaces et leur financement est-il opportun ?

Les patients, les prestataires et les payeurs ont tous intérêt à s'assurer que les systèmes de santé ne gaspillent pas les ressources. Beaucoup d'études ont mis en évidence de grandes variations dans les pratiques médicales, à l'échelle nationale et internationale, que des contextes épidémiologiques différents ne suffisent pas toujours à expliquer. Aux États-Unis, d'après l'Institute of Medicine, la moitié des soins sont encore dispensés en l'absence de toute preuve d'efficacité. Parallèlement, là où l'efficacité semble solidement étayée, les patients ne bénéficient pas toujours des traitements voulus. À titre d'illustration, la RAND Corporation a estimé en 2001 que plus de la moitié des soins prodigués aux adultes américains, pour un ensemble de 30 affections aiguës et chroniques, n'étaient pas conformes aux recommandations fondées sur des preuves.

Les éléments recueillis sur l'inadéquation des soins laissent entrevoir l'ampleur des gains d'efficacité à attendre d'une prise de décisions rationnelles en matière de soins cliniques. La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de santé (ETS) peuvent venir éclairer le processus de décision au niveau du patient (recommandations de pratique clinique) ou du système (détermination de la couverture). La MFP et l'ETS aident à répondre à deux questions fondamentales pour un traitement médical : est-il efficace et son financement est-il opportun ?

Bien que les pays s'y intéressent de plus en plus, nombre d'entre eux n'ont pas encore tiré pleinement parti des possibilités offertes par la MFP et l'ETS. Certains seulement élaborent et diffusent activement des recommandations de pratique clinique pour éclairer les décisions des médecins et des patients. Même dans les pays où l'ETS est ancrée dans les institutions et les pratiques, les recommandations cliniques ne sont pas toujours communiquées de manière suffisamment efficace pour recueillir l'adhésion des médecins et des patients. Beaucoup de pays de l'OCDE ont adopté des structures ou des processus expressément conçus pour étayer les décisions des acheteurs concernant la prise en charge de médicaments ou de nouvelles technologies coûteuses, mais d'autres

types de services ne sont pas examinés d'aussi près. Si la MFP et l'ETS ont d'ores et déjà amélioré la transparence du processus de décision et contribué à vérifier que le coût de nouveaux investissements se justifie, il ne faudrait pas s'arrêter là.

Les incitations peuvent-elles améliorer les performances et l'efficience ?

Le chapitre 4 est consacré aux pays de l'OCDE qui expérimentent des méthodes inédites de rémunération des prestataires, et parfois des patients, pour améliorer la qualité des soins de santé, telles que le paiement à la performance (PàP) ou le paiement aux résultats. Les dispositifs qui testent de nouveaux modèles de récompense de la qualité se multiplient : dans des pays de l'OCDE comme les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Allemagne ; dans des pays à revenu intermédiaire comme le Brésil, la Chine et l'Inde ; et dans des pays à bas revenu comme le Rwanda. Il s'agit de voir, à l'aide d'indicateurs synthétiques de qualité, si d'autres modalités de rémunération des prestataires (hôpitaux, soins primaires, systèmes intégrés) apportent des améliorations sous l'angle à la fois de la *qualité* des soins et de l'*efficience* des sommes investies dans la santé.

Des programmes de PàP ont été largement instaurés dans les pays de l'OCDE, mais, bien souvent, les paramètres retenus pour les évaluer ne permettent pas de se prononcer définitivement sur leur impact en termes de qualité et de coût. Paradoxalement, c'est dans des pays à bas revenu que les dispositifs de PàP ont été le mieux évalués, grâce au fonds Health Results Innovation administré par la Banque mondiale. Les mécanismes incitatifs s'avèrent efficaces pour des interventions de santé publique prioritaires telles que le dépistage du cancer. Par ailleurs, le PàP peut semble-t-il amener les médecins à suivre des recommandations de pratique clinique scientifiquement fondées concernant des affections chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires. Cependant, des problèmes ardu de mesure et de conception restent à résoudre.

La coordination des soins peut-elle influencer sur le cours des choses ?

Le chapitre 5 porte sur la complexité croissante des systèmes de soins de santé dans les pays de l'OCDE – prise en charge à différents niveaux, dans des cadres très divers et selon des formules compliquées de paiement associant des fonds d'assurance publics et privés. La multiplicité des prestataires, le non-respect des protocoles de soins, les incohérences des remboursements et la décentralisation des dossiers médicaux perdurent dans la plupart des systèmes de santé de la zone OCDE. À mesure qu'augmente le nombre de malades chroniques recevant des soins de plusieurs prestataires, le cloisonnement des systèmes de santé est de plus en plus problématique. D'où des désagréments pour les patients, conjugués à des soins inefficaces et peu sûrs.

Les problèmes de santé que les systèmes doivent gérer ont évolué eux aussi. Les affections chroniques, notamment les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, le diabète et les troubles mentaux, représentent maintenant le segment le plus important de la charge de morbidité et un pourcentage élevé des dépenses de santé. L'OMS a estimé que 60 % des décès à travers le monde étaient dus à des affections chroniques (hors VIH/SIDA), le pourcentage étant de 86 % pour la Région européenne. Les progrès économiques et médicaux permettant de vivre plus longtemps sont allés de pair avec certaines évolutions des modes de vie qui contribuent à

l'augmentation de maladies chroniques telles que le diabète, les cardiopathies et les cancers. En fait, les soins de santé peuvent désormais garder en vie des personnes souffrant de maladies qui leur auraient été fatales dans un passé parfois récent.

Jusqu'à présent, la complexité des circuits de financement et les difficultés de transmission électronique des dossiers médicaux entre prestataires font obstacle à la coordination des soins. Par ailleurs, les incitations à proposer pour que les soins hospitaliers et les soins primaires soient mieux coordonnés ne vont pas de soi. Pour remédier à ces problèmes, plusieurs formules novatrices ont été expérimentées, de façon notamment à intégrer les soins de premier recours et les hôpitaux, et à rétribuer les médecins qui parviennent à coordonner plus efficacement la prise en charge. Toutefois, les résultats s'avèrent mitigés. Certaines initiatives ont fait quelque peu baisser les coûts, mais elles ont plus souvent contribué à améliorer la qualité des soins (et, par conséquent, à mieux utiliser les ressources).

Des perspectives intéressantes se dessinent concernant la santé mentale, en particulier la prise en charge de la dépression et de la schizophrénie, ainsi que les soins palliatifs destinés aux patients souffrant de pathologies multiples. Les modèles concluants dans ces domaines se caractérisent par des équipes pluridisciplinaires articulant soins primaires et soins spécialisés, un coordonnateur de soins et une plus grande responsabilisation du patient. Par ailleurs, l'utilisation de « modèles prédictifs » pour réserver les programmes de gestion thérapeutique coûteux aux patients les plus susceptibles d'en tirer profit peut améliorer le rapport coût-efficacité des programmes en question. Dans d'autres domaines, l'impossibilité de réduire les coûts peut s'expliquer comme suit : d'une part, la coordination elle-même a un prix, et, d'autre part, il n'est pas réaliste d'espérer réaliser des économies en traitant des patients qui présentent de lourdes co-morbidités.

Le rôle des patients dans le processus de soins a également pris beaucoup plus d'importance ces dernières années. Pourtant, le meilleur moyen de les impliquer est très difficile à déterminer, ne serait-ce que parce que la réceptivité aux informations, aux conseils et aux consignes de traitement varie grandement d'une personne à l'autre.

Comment peut-on optimiser les dépenses de médicaments ?

Les politiques pharmaceutiques des pays de l'OCDE cherchent à concilier trois grands objectifs : favoriser l'accès des patients à des médicaments d'un coût abordable, contenir la progression des dépenses publiques et proposer des incitations propices à de futures innovations.

Les dépenses pharmaceutiques représentent, en moyenne, 17 % de l'ensemble des montants consacrés à la santé par les pays de l'OCDE, les pourcentages allant de 8 % en Norvège à 32 % en Hongrie. Elles ont longtemps progressé plus vite que les dépenses totales en santé (DTS), mais cette tendance s'est aujourd'hui inversée : entre 2003 et 2008, les dépenses réelles de médicaments ont augmenté, en moyenne, de 3.1 % par an dans les pays de l'OCDE, contre 4.5 % pour les DTS. La croissance des dépenses de médicaments a dépassé celle des DTS dans neuf pays membres seulement.

Les décideurs se sont efforcés de contenir la progression des dépenses de médicaments par une régulation visant à la fois les prix et les volumes, ainsi que par des mesures axées sur des produits particuliers (notamment par le biais de rabais) ou augmentant la part des coûts à la charge des usagers. Il y a peu, des réductions de prix ont

été annoncées pour certains médicaments remboursés dans plusieurs pays (par exemple en Irlande et en Grèce).

Aujourd'hui, le souci majeur des décideurs est que les politiques actuelles de prix et de remboursement ne conduisent pas toujours à une utilisation efficiente des ressources. Ainsi par exemple, plusieurs pays n'exploitent pas pleinement le potentiel qu'offrent les marchés hors brevet. En 2008, la part des génériques sur les marchés des médicaments ne dépassait pas 15 % en Irlande, tandis qu'elle atteignait 75 % en Pologne. Les pays de l'OCDE ont pris des dispositions pour promouvoir l'utilisation des génériques : presque tous ont donné aux médecins la possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (DCI), et aux pharmaciens le droit de remplacer les produits de marque par des génériques. Toutefois, là où le taux de pénétration des génériques est faible, des incitations plus convaincantes sont peut-être indispensables en direction des fournisseurs et des patients. Par ailleurs, sur certains marchés des génériques plus développés, les consommateurs et les payeurs ne profitent pas toujours de la concurrence par les prix parce que les remises accordées aux pharmaciens par les fabricants de génériques ne sont pas répercutées. Quelques pays ont tenté d'y remédier par des procédures d'appels d'offres (Allemagne, Pays-Bas) ou par la révision périodique des prix de remboursement en fonction de l'évolution du marché (Australie).

Les décideurs s'inquiètent aussi, à juste titre, de l'arrivée de nouveaux médicaments très coûteux dont l'efficacité clinique est faible ou incertaine. Si ces produits peuvent avoir une importance pour l'innovation à venir, les payeurs publics ne sont pas toujours disposés à supporter le prix de médicaments présentant un rapport coût-efficacité peu favorable et/ou apportant des bienfaits incertains. D'un autre côté, les usagers exercent souvent de fortes pressions en faveur de la prise en charge de nouveaux traitements. Face à ce dilemme, les payeurs publics emploient désormais des méthodes de paiement originales : des accords sont conclus pour certains produits de manière à partager le risque (de réaction clinique négative) avec les fabricants ou à plafonner les dépenses publiques. Ces accords sont prometteurs, mais ils devraient faire l'objet d'une évaluation rigoureuse accessible à tous.

En quoi les technologies de l'information peuvent-elles être un bon investissement en matière de santé ?

Alors que les technologies de l'information et des communications (TIC) devraient améliorer l'utilisation des ressources, le secteur de la santé a beaucoup de retard à rattraper, par rapport à d'autres composantes de l'économie, pour en tirer des gains de productivité. Le chapitre 7 montre que les TIC peuvent grandement moderniser la prestation des soins de santé – en réduisant les erreurs médicales, en améliorant les soins cliniques par l'observance de recommandations fondées sur des preuves scientifiques, et en évitant les doublons et le gaspillage pour les trajectoires de soins complexes. Il passe en revue les obstacles qui empêchent de tirer le meilleur parti des TIC, notamment les impératifs de protection de la vie privée, l'absence de normes communes et le manque de coordination entre les systèmes, ainsi que les raisons expliquant la lenteur de la mise en place des dossiers de santé électroniques dans la plupart des pays.

Parmi les applications d'emblée les plus prometteuses, il faut citer la coordination de la prise en charge des maladies chroniques, les professionnels pouvant partager les

informations pour appréhender des cas complexes, et la possibilité donnée aux patients de se prendre davantage en main.

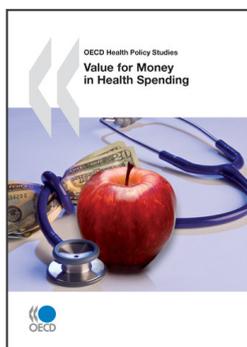
Il importe de définir un nouveau modèle économique pour les TIC, afin que les financements aillent là où les coûts se font sentir, au lieu de rester du côté des bénéficiaires. Dans les conditions actuelles, les prestataires supportent la plus grande partie des coûts, voire la totalité, sans guère en recueillir les avantages, en tête desquels arrivent l'amélioration des résultats pour les patients et la réduction des coûts liés aux soins aigus.

La gouvernance des TIC laisse à désirer. La gestion de projets complexes pose des problèmes considérables, et les ministères de la santé ne s'en sont pas très bien sortis. L'objectif ultime, à savoir changer la manière dont les soins de santé sont prodigués, est occulté par des détails de conception technique. Les autorités doivent instaurer des normes arrêtées en commun et appliquées de manière uniforme pour assurer la communication entre les prestataires de soins de santé. Alors que les organismes de santé ont accès à des produits informatiques toujours plus nombreux, dans bien des cas leurs systèmes ne peuvent pas communiquer, ce qui empêche de partager les informations. Les « liaisons » continuent de soulever de sérieuses difficultés. Les systèmes de dossiers de santé électroniques doivent être interopérables, et l'information clinique doit rester exploitable après transmission, que ce soit entre des systèmes différents ou entre différentes versions d'un même logiciel. Il faut aussi que cette information soit collectée d'une manière systématique si l'on veut réaliser une analyse secondaire efficace. Les TIC ne pourront porter tous leurs fruits, en termes d'amélioration de la santé des patients à moindre coût, que si les informations sont largement partagées.

Conclusions

Étant donné l'état de leurs finances publiques, certains pays peuvent être amenés à limiter de toute urgence les dépenses de santé. L'expérience passée montre que c'est possible. Elle montre également que la démarche peut avoir des conséquences fâcheuses, en sacrifiant d'importants objectifs de la politique de santé, et en reportant simplement les dépenses à plus tard. Lorsqu'ils définissent la marche à suivre pour parer au plus pressé, à savoir réduire les dépenses, les pays ne doivent pas perdre de vue les enjeux à long terme.

Ces enjeux à long terme sont en réalité bien plus préoccupants que la conjoncture budgétaire. La montée en puissance des dépenses de santé est inévitable. Les décideurs en la matière doivent veiller à ce que les ressources supplémentaires soient utilisées à bon escient. Car il n'en va pas automatiquement ainsi ; les systèmes de santé ne sont pas une composante « normale » de l'économie, dans laquelle les mécanismes du marché parviennent plus ou moins à promouvoir l'innovation, la réactivité, l'efficacité et la qualité. Pour que l'amélioration des résultats en termes de santé se poursuive à un coût raisonnable, les autorités compétentes doivent faire en sorte que les soins médicaux s'inscrivent dans un cadre propice, d'où la nécessité de revoir sérieusement le fonctionnement des systèmes de santé. Comme indiqué dans cet ouvrage, certains des changements à apporter supposent que l'on dépense plus aujourd'hui, pour obtenir des gains d'efficacité accrus demain. Il reste aux décideurs, et ce n'est pas la moindre difficulté, à voir comment de tels gains peuvent se concrétiser dans un contexte où l'argent manque pour la santé.



Extrait de :
Value for Money in Health Spending

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264088818-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2010), « Résumé », dans *Value for Money in Health Spending*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264088832-3-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.