Le Projet de l'OCDE sur la santé

Vers des systèmes de santé plus performants

OCDE

Le Projet de l'OCDE sur la santé

Vers des systèmes de santé plus performants

OCDE

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1er de la Convention signée le 14 décembre 1960, à Paris, et entrée en vigueur le 30 septembre 1961, l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) a pour objectif de promouvoir des politiques visant :

- à réaliser la plus forte expansion de l'économie et de l'emploi et une progression du niveau de vie dans les pays membres, tout en maintenant la stabilité financière, et à contribuer ainsi au développement de l'économie mondiale ;
- à contribuer à une saine expansion économique dans les pays membres, ainsi que les pays non membres, en voie de développement économique ;
- à contribuer à l'expansion du commerce mondial sur une base multilatérale et non discriminatoire conformément aux obligations internationales.

Les pays membres originaires de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse et la Turquie. Les pays suivants sont ultérieurement devenus membres par adhésion aux dates indiquées ci-après : le Japon (28 avril 1964), la Finlande (28 janvier 1969), l'Australie (7 juin 1971), la Nouvelle-Zélande (29 mai 1973), le Mexique (18 mai 1994), la République tchèque (21 décembre 1995), la Hongrie (7 mai 1996), la Pologne (22 novembre 1996), la Corée (12 décembre 1996) et la République slovaque (14 décembre 2000). La Commission des Communautés européennes participe aux travaux de l'OCDE (article 13 de la Convention de l'OCDE).

Also available in English under the title:
THE OECD HEALTH PROJECT
Towards High-Performing Health Systems

© OCDE 2004

Les permissions de reproduction partielle à usage non commercial ou destinée à une formation doivent être adressées au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France, tél. (33-1) 44 07 47 70, fax (33-1) 46 34 67 19, pour tous les pays à l'exception des États-Unis. Aux États-Unis, l'autorisation doit être obtenue du Copyright Clearance Center, Service Client, (508)750-8400, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA, ou CCC Online : *www.copyright.com*. Toute autre demande d'autorisation de reproduction ou de traduction totale ou partielle de cette publication doit être adressée aux Éditions de l'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, France.

Avant-propos

Le Projet de l'OCDE sur la santé a été lancé en 2001 dans le but de répondre aux principaux défis qu'ont à relever les différents pays pour améliorer les performances de leurs systèmes nationaux de santé. En effet, soucieux de véritablement progresser et conscients d'importantes lacunes dans les informations sur lesquelles se fonder pour opérer des changements, les pays ont décidé de soutenir un effort international sur ce sujet. Ce projet, d'une durée de trois ans, a donné aux pays membres de nombreuses occasions de participer à des études centrées sur des problèmes urgents des politiques de santé. En même temps, ils ont pu bénéficier des informations et des échanges qui se sont succédé à l'occasion de la conférence inaugurale d'Ottawa (Canada) en novembre 2001, puis de la vingtaine de réunions de responsables et d'experts qui se sont tenues ultérieurement à Paris, à La Haye et à New York.

Améliorer la performance des systèmes de santé nécessite de s'attaquer à des questions difficiles. Comment faire en sorte que les dépenses de santé soient supportables aujourd'hui comme demain ? Que faire pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et faire en sorte que les systèmes de santé répondent aux besoins des patients et des autres acteurs ? Comment assurer un accès équitable et en temps voulu aux soins nécessaires ? Enfin, la question peut-être la plus difficile de toutes : que faire pour optimiser l'utilisation des ressources ?

Le Projet sur la santé a permis aux responsables des pays membres de tirer les enseignements de leurs expériences respectives, de faire appel aux meilleures compétences aussi bien des pays que du Secrétariat de l'OCDE et d'ouvrir de nouvelles pistes pour l'amélioration des performances des systèmes de santé. Une dizaine d'études ont été menées sur de grandes questions – effectifs de personnel de santé, technologies médicales nouvelles et émergentes, soins de longue durée, assurance-maladie privée, maîtrise des coûts de santé, équité d'accès aux soins pour toutes les catégories de revenus, délais d'attente pour la chirurgie non urgente – qui sont au cœur des préoccupations des pays membres de l'OCDE. Il n'était pas possible, dans le temps imparti pour le projet, d'aborder toutes les questions qui avaient une importance pour les ministères de la Santé, mais celles qui ont été retenues sont celles qui paraissaient les plus urgentes.

Le Projet sur la santé s'est inscrit dans le prolongement des travaux déjà réalisés par l'OCDE dans le domaine des statistiques et des politiques de santé sous l'égide de différents Comités et Groupes de travail. L'approche transversale adoptée a été un facteur important de sa réussite. Au fur et à mesure de l'avancement, les travaux ont été examinés par des experts et des groupes de délégués représentant des angles d'approche très divers. Le projet a bénéficié des avis et de l'aide d'un Groupe ad hoc sur la santé composé de délégués des pays membres, et des compétences de diverses directions de l'OCDE. La Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales en a assuré la coordination. Le Département des affaires économiques, la Direction de la science, de la technologie et de l'industrie, et la Direction des affaires financières et des entreprises ont également collaboré au projet.

Fort de ma propre expérience politique, je sais quelle importance les résultats de ce projet auront pour les responsables au plus haut niveau des États membres. Alors qu'ils font face à des défis importants dans le domaine de la santé, je suis persuadé que tous les gouvernements dans, ou hors de, l'OCDE en tireront partie. Il existe peu de solutions idéales ou toutes faites. Mais le Projet de l'OCDE sur la santé montre que les échanges d'informations et les comparaisons entre pays et à l'intérieur d'un même pays peuvent faire surgir de nouvelles idées et aider les autorités responsables à relever ces défis.

Donald J. Johnston
Secrétaire général de l'OCDE

Préface

Vers des systèmes de santé plus performants, le rapport final du Projet de l'OCDE sur la santé, présente les principales conclusions des études effectuées dans le cadre de ce projet ainsi que d'autres travaux récents de l'OCDE en la matière. La structure de ce document de synthèse reflète les principaux objectifs communs des pays de l'OCDE dans le domaine de la politique de santé : des soins de santé accessibles et de haute qualité, des systèmes de santé qui répondent aux attentes et besoins des patients, qui sont abordables et efficients. Ce rapport offre des enseignements sur l'impact de différentes politiques visant à gérer l'adoption et la diffusion des technologies médicales, à faire face à la pénurie d'infirmières et d'autres personnels médicaux, à réduire les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, et à promouvoir une offre d'assurance-maladie privée abordable. De plus, il apporte un éclairage nouveau sur des problèmes auxquels les décideurs politiques font face, comme l'estimation du niveau adéquat des dépenses de santé, le rôle approprié du financement privé des soins de santé et de longue durée, et l'évaluation des conséquences des temps d'attente pour les interventions non urgentes sur la performance des systèmes de santé.

Ce rapport tire partie de l'analyse des statistiques et des politiques de santé réalisée dans plusieurs Directions de l'OCDE au cours des trois années du Projet sur la santé ; il fait référence à plusieurs publications et documents de travail produits durant cette période. Le principal auteur de ce rapport est Elizabeth Docteur. Gaëlle Balestat et Gabrielle Hodgson ont fourni de l'aide statistique, tandis que Victoria Braithwaite et Marianne Scarborough ont apporté un soutien administratif. D'autres collègues du Secrétariat de l'OCDE ont aussi offert des contributions et des commentaires utiles. Ce rapport a également tiré profit des suggestions et commentaires émis par les participants lors des réunions du Groupe *ad hoc* sur la santé.

Table des matières

Résumé 11

Introduction 21

Chapitre 1. **Une meilleure santé grâce à de meilleurs soins : la recherche de la qualité** 23

Des améliorations spectaculaires de l'état de santé des populations 24
Variation des résultats sanitaires d'un pays à l'autre. 28
Problèmes importants dans le domaine de la qualité des soins. 29
Outils et stratégies d'amélioration de la qualité des soins 32
Développer l'information sur les différences de qualité des soins entre les pays 39
Pistes possibles pour améliorer la santé et la qualité des soins : résumé des conclusions 41

Notes 42

Chapitre 2. **La recherche de l'amélioration et de la préservation de l'accès aux soins**. . . . 43

La couverture d'un régime public ou d'une assurance privée est importante pour l'accès aux soins et la sécurité financière. 45
Certaines barrières à l'accès subsistent 55
Garantir une offre adéquate de prestataires de soins 59
Garantir l'existence d'une gamme appropriée de services de soins de longue durée 66
Accès aux nouvelles technologies liées à la santé 70
Pistes possibles pour assurer un accès suffisant et équitable : résumé des conclusions 72

Notes 73

Chapitre 3. **Satisfaction des patients et des consommateurs : la recherche d'une meilleure capacité de réponse** 75

Mesures visant à remédier aux problèmes des délais d'attente excessifs en chirurgie non urgente 76
Des soins de longue durée qui répondent mieux aux choix et aux attentes des patients et des soignants. 78
La diversification des options d'assurance-maladie peut améliorer la réactivité des systèmes de santé. 79
Pistes possibles pour améliorer la réponse des systèmes de santé : résumé des conclusions 81

Notes 81

Chapitre 4. **Dépenses de santé : la recherche de coûts raisonnables et d'un financement durable** 83

L'augmentation des coûts et ses conséquences 84
Bilan des efforts de maîtrise des coûts de santé 88
Financement durable des soins de santé et de longue durée 95
Pistes pour la recherche de coûts supportables et d'un financement durable : résumé des conclusions 98
Notes 99

Chapitre 5. **Améliorer le rapport coûts/résultats des systèmes de santé : la recherche de l'efficience** 101

Les inefficiences avérées dans les systèmes de santé 102
Rapport coûts/efficacité des investissements dans la prévention des maladies et la promotion de la santé 104
Mesures d'amélioration de l'efficience axées sur la demande 104
Mesures d'amélioration de l'efficience axées sur l'offre 105
L'efficience du déploiement des ressources en personnel de santé 106
Améliorer l'efficience du secteur hospitalier 108
Améliorer l'efficience des soins de longue durée 111
Promouvoir l'utilisation efficiente des technologies médicales 112
Le rôle de l'assurance-maladie privée dans l'amélioration de l'efficience 118
Pistes possibles pour améliorer l'efficience : résumé des conclusions 122
Notes 123

Conclusions du Projet de l'OCDE sur la santé : des pistes d'avenir pour améliorer les performances d'ensemble des systèmes de santé 125

Bibliographie 131

Liste des encadrés

1.1. L'obésité : une menace pour la santé publique 27
1.2. Les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes se traduisent-ils par de moins bons résultats en termes de santé ? 29
1.3. Amélioration de la qualité des soins : les options 33
1.4. Mécanismes de surveillance de la qualité : quelques exemples dans les pays de l'OCDE 34
1.5. L'effort d'amélioration de la qualité des soins de longue durée 35
1.6. Application des technologies de l'information et de la communication dans le domaine des soins de santé 37
1.7. Difficultés et intérêt des comparaisons internationales de la qualité 40
2.1. Accroître l'accès aux soins : initiatives récentes dans les pays de l'OCDE 49
2.2. Politiques visant à encourager l'offre, à un prix abordable, d'une couverture d'assurance-maladie privée 50
2.3. L'expérience du Royaume-Uni en matière de politiques encourageant l'immigration de médecins 63
2.4. Différences entre pays concernant la rapidité d'adoption et de diffusion des technologies de la santé 71

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

2.5. Problèmes posés aux décideurs par les technologies de demain 72
3.1. Pourquoi y a-t-il dans certains pays de l'OCDE des délais d'attente excessifs pour la chirurgie non urgente ? 77
4.1. Effet du copaiement sur la maîtrise des dépenses de santé en Corée 90
4.2. Les délais d'attente indiquent-ils une insuffisance des dépenses publiques de santé ? 94
4.3. Assurance sociale pour les soins de longue durée dans les sociétés vieillissantes : l'expérience récente en Allemagne et au Japon 97
4.4. Assurance-dépendance privée : bilan et problèmes 98
5.1. Gains d'efficience récents réalisés par la Veterans Health Administration aux États-Unis 106
5.2. Le rôle de l'évaluation des technologies médicales dans le processus de décision des systèmes de santé de trois pays de l'OCDE. 115
5.3. La concurrence entre assureurs : l'expérience des pays de l'OCDE. 121
Des pistes intéressantes pour la politique de santé 127

Liste des graphiques

1.1. Augmentation de l'espérance de vie à la naissance, population totale, 1960-2000. . . . 25
1.2. Mortalité infantile en 2000 et baisse annuelle moyenne de la mortalité infantile entre 1970 et 2000 26
1.3. Taux de mortalité à un an après un accident vasculaire cérébral, 1998 28
2.1. Équité d'accès aux consultations de médecins, 2000 56
2.2. Nombre de médecins pour 1 000 habitants, 2000. 60
2.3. Augmentation du nombre de médecins pour 1 000 habitants, 1980 à 2000. 60
2.4. Densité de médecins et délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, 2000 61
2.5. Proportion de nouveaux diplômés dans la population de médecins, 2000 62
2.6. Utilisation des soins de longue durée parmi les personnes âgées dans une sélection de pays de l'OCDE, 2000 67
4.1. Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 2001. 85
4.2. Variation des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 1990-2001 85
4.3. Proportion de la population âgée de 80 ans et plus, 2000 85
4.4. Dépenses publiques en soins de longue durée en proportion du PIB dans une sélection de pays de l'OCDE, 2000 86
4.5. Dépenses de santé par habitant, 2001 87
4.6. Dépenses en soins de longue durée par source de financement dans certains pays de l'OCDE, 2000. 87
4.7. Dépenses de santé et PIB par habitant, 2001 93
5.1. Cardiopathie ischémique, population totale, taux de mortalité normalisé en fonction de l'âge, 2000 103
5.2. Interventions de revascularisation coronaire pour 100 000 habitants, 2000 103
5.3. Nombre de consultations de médecins par habitant, 2000 107
5.4. Variation du nombre de consultations de médecins par habitant, 1990-2000. 107

Liste des tableaux

2.1. Couverture des régimes d'assurance publics et privés de santé dans les pays de l'OCDE, 2000 46
2.2. Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE 52
2.3. Source principale de financement public des soins de longue durée dans une sélection de pays de l'OCDE, 2003 55

Résumé

Les pays de l'OCDE peuvent être fiers des progrès accomplis dans l'amélioration de l'état de santé de leurs populations. Un enfant né en 2000 dans l'un de ces pays peut espérer vivre neuf ans de plus en moyenne qu'un enfant né en 1960. La mortalité infantile a été divisée par cinq, et le taux de décès prématurés – mesuré par le nombre d'années de vie perdues avant 70 ans – a diminué de moitié.

Certes, la croissance économique et l'élévation du niveau d'instruction ont été propices à l'amélioration de l'état sanitaire, mais l'amélioration des soins de santé y a aussi contribué. Le passé récent a vu des avancées considérables dans le domaine de la prévention et du traitement de pathologies telles que les cardiopathies, le cancer, les accidents vasculaires cérébraux et les naissances prématurées, pour n'en citer que quelques-unes, et les nouveautés en matière de médicaments, d'appareils et d'interventions permettent d'obtenir de meilleurs résultats. C'est ainsi par exemple que les nouvelles techniques chirurgicales peu invasives permettent une récupération plus rapide et moins douloureuse, et que certains cas qui naguère n'étaient pas opérables peuvent maintenant être traités.

Dans la plupart des pays, la couverture maladie universelle – qu'elle soit financée par le secteur public ou privé – n'offre pas seulement une sécurité financière contre les coûts d'une maladie grave, mais favorise l'accès aux traitements et aux soins préventifs les plus modernes. En 2001, plus des deux tiers des pays de l'OCDE affichaient des taux de vaccination des enfants contre la rougeole supérieurs à 90 %, contre un tiers seulement dix ans plus tôt. Effet direct de ces améliorations des soins, on vit plus longtemps et en meilleure santé.

Ces gains ont évidemment un coût. Les données les plus récentes montrent que les dépenses de santé atteignent en moyenne plus de 8 % du PIB pour la zone de l'OCDE, et dépassent 10 % aux États-Unis, en Suisse et en Allemagne, alors qu'en 1970, ces dépenses représentaient à peine 5 % du PIB en moyenne. Une grande partie de cette augmentation s'explique par les progrès de la médecine et par une hausse concomitante des attentes à l'égard des soins de santé. En clair, avec les avancées technologiques on peut faire beaucoup plus, et on peut s'attendre à plus, mais il faut payer plus aussi.

Dépenser plus n'est pas nécessairement un problème, surtout si les bénéfices supplémentaires qu'on en tire dépassent les coûts, mais comme les dépenses de santé des pays de l'OCDE sont financées aux trois quarts par les fonds publics, cela pèse sur les budgets des États. Même aux États-Unis, où le secteur privé occupe une place exceptionnellement importante dans le financement, les dépenses publiques de santé représentent 6 % du PIB, ce qui est comparable au niveau moyen des pays de l'OCDE.

Le problème est que, compte tenu des progrès constants de la médecine et de l'augmentation de la demande due au vieillissement des populations, les pressions à la hausse des dépenses de santé ne se relâchent pas. En même temps, la proportion d'actifs va diminuer, rendant encore plus difficile la situation des finances publiques.

Si les pays riches tendent à dépenser davantage pour la santé, il y a néanmoins de grandes différences, même entre des pays dont les revenus sont comparables. Par ailleurs, les systèmes qui dépensent le plus ne sont pas nécessairement ceux qui obtiennent les meilleures performances.

Mis à part ces problèmes de coûts et de financement, le public étant de plus en plus conscient qu'il existe de multiples possibilités d'améliorer encore les performances des systèmes de santé, les autorités compétentes se trouvent confrontées à une demande forte et sans cesse croissante d'accroître la capacité de réponse des systèmes de santé aux besoins des consommateurs et des patients, d'améliorer la qualité des soins et de remédier aux disparités de l'état de santé et de l'accès aux soins. Dans ce domaine, est-il possible de faire mieux sans augmenter les coûts ?

Certes, les systèmes de santé diffèrent aussi bien par les montants et les types de ressources utilisées que par les résultats qu'ils atteignent. Mais les responsables des politiques de santé ont des objectifs communs dans tous les pays et ils peuvent tirer profit de leur expérience mutuelle quant à l'efficacité ou non des réformes visant à améliorer les performances. Le projet triennal de l'OCDE sur la santé a eu pour but d'enrichir la base d'information que les autorités responsables pourront adapter à leur contexte national dans leur recherche d'amélioration de leurs systèmes de santé.

Qualité des soins et prévention

L'importance des écarts constatés d'un pays à l'autre sur le plan de l'espérance de vie et d'autres indicateurs de la santé montre bien que des gains additionnels sont possibles dans beaucoup de pays, sinon tous. L'importance de ces écarts pose question, en même temps qu'elle suscite des attentes. Par exemple, pourquoi en 1999 la Suède et le Japon ont-ils affiché des taux de mortalité infantile d'à peine 3.4 pour 1 000 naissances vivantes, alors qu'en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis, ces taux étaient plus du double (7.2 et 7.7 respectivement) ? Pourquoi en Irlande ou en Pologne, les femmes de 65 ans avaient-elles une espérance de vie moyenne de moins de 18 ans en 2000, alors qu'au Japon, en Suisse et en France, cette espérance de vie était plus longue de trois ans ou davantage ?

On constate aussi d'importantes disparités de l'état de santé à l'intérieur d'un même pays, selon les catégories de population. Celles-ci peuvent être dues en partie à des difficultés d'accès aux soins nécessaires, qui peuvent être plus grandes pour les catégories sociales défavorisées.

Il importe de ne pas négliger les possibilités d'améliorer l'état de santé par des mesures qui ne relèvent pas des compétences traditionnelles des autorités chargées de la santé. À titre d'exemple, compte tenu de l'impact des accidents ou des maladies résultant en partie de facteurs environnementaux et de facteurs de risque, améliorer la santé implique aussi de s'attaquer aux problèmes de violence, à la prévention des accidents et à la sécurité au travail, à la sécurité routière et aux problèmes de drogue, d'alcool et de tabac.

Par ailleurs, des systèmes axés sur la guérison des maladies aujourd'hui peuvent négliger des possibilités de prévenir des maladies et des incapacités demain. En fait, 5 %

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

seulement des dépenses sont consacrées à des mesures visant à maintenir les gens en bonne santé. Pourtant, des mesures préventives telles que des campagnes de sensibilisation, réglementation et taxation ont permis d'améliorer la santé de la population (dans le cas, par exemple, du tabagisme). Pour preuve, la réduction spectaculaire du tabagisme observée dans la plupart des pays de l'OCDE depuis les années 60, qui a permis de réduire la fréquence du cancer du poumon. Mais de nouvelles menaces sont apparues, et le développement considérable de l'obésité que l'on observe est à cet égard particulièrement inquiétant. En effet, l'obésité augmente le risque de maladies chroniques diverses, du diabète à la démence, de sorte que la croissance rapide de la prévalence de l'obésité laisse présager des problèmes de santé dans les années à venir. Compte tenu de la difficulté qu'il y a à traiter l'obésité, il est souhaitable que l'on accorde davantage d'attention aux stratégies de prévention.

L'un des faits les plus importants de la dernière décennie est la prise de conscience générale des problèmes de qualité dans le domaine des soins de santé. En fait, on voit se multiplier dans les pays de l'OCDE les signes de manquements graves à la qualité qui se traduisent par des morts, des incapacités ou des séquelles de santé qui n'auraient pas dû se produire et qui ne font qu'ajouter aux coûts. Ces problèmes sont de trois sortes. Premièrement, certaines interventions sont pratiquées alors que, selon les normes médicales en vigueur, elles ne devraient pas l'être. Les études relatives à des interventions non urgentes telles que les pontages coronariens montrent qu'une minorité non négligeable des interventions sont pratiquées alors que l'état du patient ne le justifie pas. Il s'ensuit des risques inutiles et un gaspillage de ressources. Un deuxième type de problème de qualité provient de ce que les patients qui pourraient tirer profit de certains soins de base n'en bénéficient pas toujours. Par exemple, il est fréquent que les médicaments anti-hypertenseurs ne soient pas prescrits alors qu'ils le devraient, ce qui a des répercussions sur l'état de santé ultérieur et par conséquent sur les coûts. Et l'aspirine n'est pas assez souvent prescrite après une crise cardiaque, alors que c'est un moyen peu cher et efficace de réduire le risque d'une nouvelle crise. Un troisième type de problème de qualité est posé par la manière médiocre techniquement ou erronée dont certains soins sont dispensés : erreurs sur l'organe à opérer, erreurs de médication, etc.

Les différences selon les pays des résultats des traitements pour des maladies comme les accidents vasculaires cérébraux, les crises cardiaques et les cancers du sein s'expliquent peut-être par l'intensité des traitements, la qualité technique des soins, leur organisation et leur coordination, et d'autres facteurs extérieurs aux systèmes de santé. Des informations supplémentaires sur les facteurs explicatifs potentiels, par exemple la prévention et le dépistage, sont nécessaires pour étudier ces diverses hypothèses.

De nombreux pays de l'OCDE ont commencé à faire un suivi des indicateurs de qualité des soins, souvent pour pouvoir établir des référentiels dans le cadre d'une politique générale de suivi des performances de leurs systèmes de santé. Dans la plupart des cas, on s'est d'abord penché sur la qualité des soins hospitaliers, mais des mesures visant à évaluer d'autres structures de soins et de prise en charge de longue durée sont également mises en place. Cette action pourra être renforcée par la mise au point d'outils tels que des guides des pratiques cliniques et normes de performances, qui encouragent l'exercice d'une médecine fondée sur l'expérience et les résultats.

De meilleurs systèmes d'enregistrement et de suivi des données relatives aux patients, leur santé, et les soins qui leur sont dispensés sont indispensables si l'on veut

faire des progrès importants dans l'amélioration de la qualité. Les dossiers médicaux, ordonnances et comptes-rendus d'examens sur papier ne favorisent pas la précision, l'accessibilité ou le partage des informations. Là où ils ont été mis en place, les systèmes automatisés d'information ont eu un impact positif aussi bien sur la qualité des soins que sur leur coût. En Australie et aux États-Unis, par exemple, les hôpitaux qui ont adopté les systèmes automatisés de traitement des ordonnances ont considérablement réduit le pourcentage d'erreurs de médication et des séquelles qui en résultent pour les patients, ce qui a permis des améliorations mesurables de la qualité et un raccourcissement de la durée d'hospitalisation.

Les médecins et les hôpitaux doivent être incités à investir dans des systèmes informatiques et autres dispositions nécessaires pour améliorer la qualité des soins. Or, les incitations économiques et administratives qui existent actuellement ne font parfois que dissuader les prestataires d'appliquer les meilleures méthodes. C'est ainsi que dans certains pays, le système de responsabilité pour faute médicale pousse à prescrire beaucoup d'examens inutiles et inadaptés. Optimiser la qualité des soins nécessite de remédier à ces incitations contre-indiquées et de les remplacer par d'autres qui encouragent la pratique d'une médecine fondée sur les meilleures pratiques.

Accessibilité des soins de santé

Dans plusieurs pays de l'OCDE, on note des inquiétudes concernant un écart grandissant entre la demande et l'offre de médecins et d'infirmières. De fait, des pénuries de professionnels de la santé sont déjà apparues dans plusieurs pays. Malgré l'accroissement prévu de la demande pour les services de santé, on prévoit que l'offre va diminuer, ou au mieux qu'elle va augmenter lentement (en l'absence de mesures correctives), compte tenu des tendances sociales à la réduction des heures de travail et aux départs hâtifs à la retraite, au vieillissement de la population des médecins, et à une moindre attractivité du métier d'infirmières par rapport à d'autres professions.

Certains pays essaient déjà d'accroître le nombre et la productivité des médecins et des infirmières. Des stratégies ayant trait à la formation, au maintien en activité dans le secteur de la santé, et au recrutement à l'étranger ont obtenu des succès variables pour atteindre cet objectif. Augmenter le nombre d'infirmières s'est révélé particulièrement difficile, mais il y a place à l'expérimentation en jouant sur des leviers tels que la hausse des salaires, l'amélioration des conditions de travail et l'amélioration des programmes d'éducation et de formation.

Si le fait d'assurer une couverture globale des soins de base et de réduire les obstacles financiers et autres à leur accès a effectivement favorisé une utilisation plus équitable des services de santé, il subsiste des inégalités dans certains pays. Celles-ci, qui peuvent être dues à l'impact du ticket modérateur pour les catégories à faible revenu, à des différences de couverture, etc., peuvent se traduire par une détérioration de l'état de santé qui ne fait qu'accroître l'isolement économique et l'exclusion sociale. D'autres types d'inéquité, par exemple au niveau du délai d'accès aux soins, peuvent découler de politiques visant à promouvoir une plus grande liberté de choix pour les consommateurs.

Les amendements à la politique de santé peuvent ne pas suffire à rattraper les retards sanitaires dont souffrent certaines catégories sociales défavorisées, dans la mesure où ces disparités sont symptômes de problèmes comme la pauvreté et l'exclusion sociale.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

L'expérience montre toutefois que l'action publique peut atténuer les inéquités d'accès aux soins liés aux revenus, lorsqu'elles existent, même si cela peut coûter cher. En France, par exemple, la mise en place pour les personnes à faible revenu d'un financement public du ticket modérateur a considérablement réduit les disparités de recours aux médecins spécialistes.

Les progrès de la médecine offrent des chances d'améliorer les soins et par conséquent les résultats sanitaires, mais ils peuvent aussi alourdir les dépenses totales. Les incertitudes fréquentes au sujet des coûts et des avantages des nouvelles technologies constituent un dilemme pour les décideurs qui doivent déterminer quelle est la meilleure utilisation des crédits dont ils disposent. Les processus de décision concernant l'acquisition des nouvelles technologies diffèrent beaucoup selon les pays, et la diffusion de ces technologies en dépend. Certaines, comme la thérapie génique, posent des problèmes éthiques qui peuvent rendre la décision encore plus difficile. L'approbation conditionnelle de technologies prometteuses dans l'attente d'études complémentaires, des pratiques rigoureuses d'évaluation des technologies, et l'application de processus de décision transparents peuvent aider à faire face au problème de décision dans un contexte d'incertitude.

Une capacité de réponse qui satisfasse les patients et les consommateurs

Les systèmes de santé peuvent améliorer la réponse aux attentes et aux choix des patients et des consommateurs. Les travaux de l'OCDE ont permis d'identifier des mesures qui réduisent les délais d'attente pour la chirurgie non urgente et qui améliorent les soins de longue durée, deux sources majeures d'insatisfaction dans plusieurs pays. Par ailleurs, proposer un choix entre différents produits d'assurance-maladie peut rendre le système de santé plus adapté aux besoins des patients.

Dans une douzaine au moins de pays, les temps d'attente en chirurgie non urgente sont jugés excessifs. Des temps d'attente modérés ne semblent pas nuire aux résultats, mais ils nuisent à la qualité de vie ; en outre, quelqu'un qui attend dans l'inconfort a moins de chance d'être pleinement productif au travail.

Pour réduire les délais d'attente, il faut de manière générale accroître soit la capacité, soit la productivité des systèmes de soins de santé. Cependant, cela entraînera probablement des coûts supplémentaires. Les pays où les délais d'attente sont longs ont en général une dépense de santé plus faible et moins de lits d'hôpital en soins aigus. Ils tendent aussi à ne pas appliquer la rémunération à l'acte pour les médecins et à l'activité pour les hôpitaux, qui sont deux moyens d'encourager la productivité. Et c'est dans les pays qui ont le moins de médecins par habitant que les délais d'attente tendent à être les plus longs. Néanmoins, si l'offre d'interventions est jugée adéquate, on peut aussi réduire les délais d'attente en s'assurant que les patients ne soient pas ajoutés aux listes à moins que (ou jusqu'à ce que) leurs besoins dépassent un certain seuil minimum et que ceux qui ont les besoins les plus grands accèdent en temps opportun aux services.

Un certain nombre de pays expérimentent actuellement des mesures visant à donner aux consommateurs plus de choix pour les soins de longue durée et à aider les personnes à recevoir des soins à domicile, au lieu de les placer en établissement, lorsque cela est possible. Certains pays versent des allocations directes aux bénéficiaires pour les aider à payer ces services, au lieu de payer les services aux prestataires, et ces allocations peuvent être utilisées dans la plupart des cas pour rémunérer des membres de la famille qui

fournissent des soins. Pour les bénéficiaires, il en résulte plus de souplesse et de maîtrise des services reçus et un sentiment moins grand de dépendance. Cependant, les politiques de dépenses qui laissent plus de liberté au consommateur risquent fort d'être plus onéreuses que les approches traditionnelles.

La possibilité de choisir des options à financement public ou privé pour la couverture maladie peut par elle-même élargir le choix du consommateur. Qui plus est, un système de santé dans lequel de multiples assureurs sont libres d'innover peut évoluer en fonction des préférences des consommateurs. Mais comme pour les autres avantages, le choix a un coût. Comparés aux régimes à payeur unique ou à système intégré de financement et de production des soins, les régimes à payeurs multiples peuvent accroître la pression sur les dépenses et rendre difficile le maintien de l'équité d'accès et de financement.

Des coûts raisonnables et un financement durable

Les systèmes dont le financement repose sur les cotisations des actifs rencontrent de plus en plus de difficultés à mesure que la population vieillit et que la proportion des actifs diminue. Le recours à l'impôt pour financer l'accroissement du volume de soins alourdit la charge du contribuable, ou oblige à renoncer à d'autres services ou programmes financés sur fonds publics. Pour alléger la pression future sur le budget de l'État, les individus peuvent être appelés à financer une plus grande part de leurs propres soins de santé.

La quote-part des frais laissée à la charge des usagers peut alléger la charge des systèmes de financement public. Mais il est peu probable que cela se traduise par des économies importantes, d'autant que les populations vulnérables doivent être exonérées de cette quote-part afin d'éviter des restrictions d'accès qui pourraient à long terme se révéler coûteuses. Ces exonérations impliquent aussi des coûts administratifs. En outre, les consommateurs risquent de négliger les soins préventifs et les traitements appropriés s'ils ne sont pas incités à faire autrement. Les assurances complémentaires privées peuvent aider à assurer l'accès aux soins lorsque la part laissée à la charge de l'usager est importante, mais elles peuvent aussi amplifier la demande et par conséquent les coûts globaux.

L'assurance-maladie privée peut prendre en charge une partie des coûts qui, sans cela, seraient supportés par les fonds publics. Toutefois, il faut parfois prévoir des subventions pour encourager l'achat d'assurance privée, et d'autres mesures peuvent être nécessaires pour favoriser l'utilisation de prestations financées de manière privée par les personnes qui ont une assurance privée en plus d'une assurance publique. Même dans les pays où une part importante de la population a une assurance privée, ce type d'assurance tend à représenter une proportion relativement faible des dépenses totales de santé, car elle est souvent axée plus sur les risques mineurs que sur les traitements coûteux.

Les primes d'assurance-maladie privée représentent un moyen de financement régressif comparé à l'impôt ou aux cotisations d'assurance sociale assises sur le revenu. Lorsque les primes sont calculées en fonction de l'état de santé, elles peuvent être aussi régressives que des paiements directs par l'usager ; néanmoins, elles permettent à celui-ci de bénéficier d'une mutualisation des risques et d'éviter les dépenses trop lourdes. Les mesures gouvernementales visant à promouvoir l'accès à l'assurance-maladie privée par la restriction de la sélection des risques ou par des subventions ciblées peuvent améliorer l'équité sur les marchés de l'assurance-maladie privée aussi bien sur le plan du financement que de l'accès aux soins, mais cela a un coût.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Lorsque les marchés de l'assurance-maladie privée jouent un rôle dans le financement de la santé, il faut que les autorités compétentes mettent au point une réglementation ou des incitations fiscales soigneusement conçues pour assurer le respect de leurs objectifs, faute de quoi les marchés de l'assurance-maladie privée ne favoriseront pas l'accès des malades chroniques et autres personnes à haut risque, non plus que celle des personnes à bas revenu. Des mesures supplémentaires comme la normalisation des produits d'assurance ou autres actions permettant aux consommateurs de bien juger des coûts et avantages d'une assurance, peuvent accroître les chances que les marchés de l'assurance privée apportent une contribution positive aux performances du système de santé.

Les gens ont besoin de protection contre le risque d'avoir à faire face à de gros frais en cas de dépendance, comme c'est le cas pour les soins aigus et l'invalidité. Différentes approches peuvent être efficaces, comme par exemple une assurance publique obligatoire (au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Japon), une structure mixte d'assurance publique et d'assurance privée obligatoire (en Allemagne), des allocations financées par l'impôt (en Autriche) et des prestations en nature financées par l'impôt (en Suède et en Norvège). Le marché de l'assurance-dépendance privée est restreint, mais des mesures appropriées pourraient lui permettre de se développer.

Les pays ont pu ralentir la croissance des dépenses en conjuguant maîtrises budgétaire et administrative des paiements, des prix et de l'offre de prestations. Même s'il peut être techniquement difficile d'appliquer des systèmes de paiement sophistiqués, il existe de nombreux systèmes – comme les systèmes de tarification en fonction des sorties pour les hôpitaux – qui permettent d'accroître la productivité sans nuire aux résultats sanitaires. D'un autre côté, les systèmes qui maintiennent artificiellement bas les salaires des professionnels de santé et les prix risquent fort de poser un jour des problèmes de nivellement de la qualité par le bas, de difficultés de recrutement et de maintien en activité dans la profession, ou d'insuffisance de l'offre de prestations et de produits médicaux innovants.

L'efficience des systèmes de santé

En fin de compte, accroître l'efficience est peut-être le seul moyen de concilier l'augmentation de la demande de soins et les contraintes du financement public. Les données internationales indiquent qu'il y a possibilité d'améliorer le rapport coût/efficacité des systèmes de soins. En effet, le secteur de la santé se caractérise généralement par des imperfections du marché et une intervention publique massive, deux facteurs qui peuvent être générateurs de dépenses excessives ou mal réparties. Il peut en résulter un gaspillage de ressources et des occasions manquées d'améliorer la santé. En d'autres termes, ce n'est pas simplement en réduisant les coûts, mais en changeant la manière de dépenser que l'on pourra améliorer l'efficience.

D'une façon générale dans les pays de l'OCDE, pour la rémunération des hôpitaux, médecins et autres prestataires, on a abandonné le système du remboursement des coûts, qui encourage l'inefficience, pour un système de tarification à l'activité qui encourage la productivité. Mais celui-ci n'est pas sans risques, notamment celui d'encourager un volume de prestations trop élevé dans certains domaines, et celui d'un bénéfice marginal faible. Il peut sous-valoriser les services et traitements préventifs qui réduisent la nécessité d'interventions ultérieures coûteuses. Il vaudrait beaucoup mieux des modalités de rémunération qui incitent

à fournir les prestations voulues au moment voulu et qui récompensent les prestataires ou organismes qui contribuent à la réalisation d'objectifs de performances tels que l'amélioration des résultats sanitaires. Mais cela est techniquement difficile. Certains pays commencent à prendre des mesures pour améliorer les incitations en offrant des bonifications aux prestataires qui respectent certaines normes de qualité, par exemple.

Dans les systèmes où le financement et la prestation des soins sont de responsabilité publique, les mesures prises pour bien séparer les rôles des payeurs et des prestataires, de façon à permettre aux marchés, par le jeu de la concurrence, de produire des gains d'efficience, se sont d'une manière générale révélées efficaces. Dans tous les types de systèmes, les transferts de responsabilité en matière de gestion ou d'administration des soins peuvent aussi réduire les gaspillages et augmenter la productivité. Ainsi, par exemple, certaines infirmières qualifiées pourraient, lorsque les conditions de sécurité sont réunies, remplir certaines fonctions qui sont également celles des médecins.

Les infirmières ou les médecins généralistes peuvent assurer un filtrage, évaluer la nécessité d'un traitement et orienter les patients vers le prestataire de soins le plus approprié. Avec l'Internet, les patients peuvent être mieux informés des coûts, des risques et des résultats attendus des traitements. Une meilleure information des patients peut soit freiner, soit augmenter la demande. Pour encourager une utilisation judicieuse, on pourrait moduler la quote-part à la charge des patients de façon qu'ils aient un intérêt financier à choisir les traitements les plus efficaces par rapport à leur coût.

En théorie, la concurrence entre assureurs (privés ou sociaux) devrait favoriser l'efficience du système de santé. En pratique, il s'est révélé difficile d'instaurer entre les assureurs une concurrence basée sur la valeur des soins, car ils ont tendance à essayer d'attirer les populations en bonne santé, qui leur coûtent moins cher. Des mesures peuvent être prises pour empêcher cela, par exemple l'interdiction de la sélection des risques et la mise en place d'un système de péréquation entre assureurs des risques en fonction de l'expérience, mais ces mêmes mesures réduisent leur incitation à gérer les coûts et peuvent nécessiter des réglementations complexes.

Les instruments de pure et simple maîtrise des coûts peuvent ne viser que des effets à court terme, sans tenir compte des possibilités d'accroître l'efficacité à plus long terme en investissant dans les nouvelles technologies médicales. Une gestion des technologies axée sur leur utilité peut consister à appliquer des programmes d'évaluation des technologies et à utiliser des mécanismes tels que « les conventions utilité-coût » entre acheteurs et fournisseurs, qui prennent en compte les effets des nouvelles technologies sur les résultats sanitaires et sur les coûts.

En route vers une meilleure performance des systèmes de santé

Les responsables des politiques de santé des pays membres de l'OCDE ont maintenant une assez bonne idée des outils et des approches qui peuvent permettre de remplir beaucoup de leurs objectifs – maîtrise du rythme de croissance des dépenses publiques, équité d'accès aux soins, amélioration de la santé et prévention des maladies, et mise en place d'un financement viable et équitable des prestations de santé et de dépendance. Ces outils et ces approches ont été appliqués avec un succès variable dans le cadre des réformes effectuées depuis quelques décennies, ce qui a permis d'accumuler toute une expérience, composée à

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

la fois de réussites et d'échecs. Il importe maintenant d'en tirer des enseignements afin de progresser et d'anticiper les nombreux obstacles qui se dressent sur le chemin de la réussite.

La politique de santé implique de bien mesurer les arbitrages à réaliser en fonction des poids relatifs attribués à divers objectifs et en tenant compte d'une marge importante d'incertitude. L'objectif ultime est évidemment la bonne santé de la population, mais la promotion de la santé n'est pas le seul souci. Les décisions en la matière peuvent avoir des conséquences économiques considérables, du fait que le secteur de la santé est une composante majeure des économies des pays de l'OCDE, qui représente de nombreux emplois et une activité rentable. Même lorsqu'on a fait les choix les plus difficiles, modifier les systèmes pour en améliorer les performances n'est jamais facile, car la réussite dépend de l'attitude des diverses parties prenantes face aux réformes proposées. Compte tenu de la rapidité d'évolution de la médecine et des objectifs de soins, la réforme des systèmes de santé est nécessairement un processus permanent ; il existe peu de solutions rapides ou définitives.

Les travaux récents de l'OCDE ont comblé un certain nombre de lacunes dans nos connaissances. Mais beaucoup de questions importantes restent sans réponse. En voici quelques-unes parmi les plus urgentes : Comment peut-on favoriser la poursuite des avancées dans le domaine des technologies médicales et en assurer l'accès en temps voulu tout en gérant les ressources publiques de façon responsable ? Comment peut-on mieux promouvoir l'innovation afin qu'elle réponde aux besoins et priorités en matière de santé ? Quel est le meilleur moyen de garantir une offre future suffisante de professionnels de santé ? Comment peut-on mieux accorder les motivations économiques des prestataires de soins aux objectifs d'une production de soins efficace par rapport à son coût ? Comment peut-on mieux exploiter les forces concurrentielles du marché pour accroître l'efficience des systèmes de santé ? Quelles sont les approches de la responsabilité médicale qui pourront le mieux tout à la fois empêcher les négligences, indemniser les victimes et encourager un bon usage des services ?

Optimiser le rapport coût/résultats est un objectif mouvant qui exige à la fois d'expérimenter et de mesurer soigneusement les performances à l'aide d'indicateurs spécifiques et opérationnels, d'effectuer des évaluations comparatives tant à l'intérieur de chaque pays qu'entre les pays, et de partager les informations. L'observation mutuelle permet de mettre en lumière les pratiques efficaces et les conditions dans lesquelles elles le sont. La poursuite des travaux à l'échelle internationale aidera les autorités nationales compétentes, en réunissant les expériences, les données et les idées nouvelles, à répondre aux défis auxquels elles sont confrontées.

Introduction

Les pays de l'OCDE peuvent être fiers des progrès accomplis au cours des trente dernières années, où se sont mis en place et développés les systèmes de santé modernes. La plupart des pays ont atteint la couverture universelle des prestations de santé de base et pris des mesures importantes pour en assurer l'accessibilité à leurs populations. L'état de santé de ces dernières s'est amélioré de façon régulière, voire spectaculaire, en grande partie grâce au développement économique et social, mais aussi à des efforts pour réduire les facteurs de risque et promouvoir une vie saine. Les progrès de la médecine et des soins ont eu des effets positifs directs en termes non seulement de guérison mais aussi de prévention des maladies.

On peut néanmoins encore beaucoup améliorer la performance des systèmes de santé. Des insuffisances graves dans la qualité des soins – à un degré qui ne serait pas toléré dans d'autres branches d'activité à haut risque – ont récemment été mis en lumière. Les patients et les consommateurs de soins exigent de meilleures réponses à leurs attentes et à leurs préférences. Dans un certain nombre de pays, il existe encore des obstacles qui font qu'il est difficile aux catégories sociales défavorisées d'avoir un accès équitable aux soins et aux améliorations de la santé que cela permet.

Les systèmes de santé font par ailleurs face à des problèmes majeurs de coût et de financement. La croissance des coûts y est plus rapide dans de nombreux pays que celle de l'économie générale, ce qui pose problème pour les finances publiques en particulier, mais aussi pour certaines catégories de personnes dans les pays où une part importante des coûts relève du financement privé. Tout indique que les pays doivent s'attendre à la poursuite de cette croissance des coûts de la santé, avec l'émergence de nouveaux traitements qui ont des incidences sur l'offre, sur la demande et sur les prix. Le vieillissement de la population va lui aussi avoir des répercussions sur le financement des soins de santé et de la dépendance, et risque fort d'accroître la demande dans ces deux domaines, ce qui pose la question de l'accès et de la viabilité des systèmes de santé. L'efficience de ces systèmes pourrait être considérablement améliorée en accroissant la productivité, en réduisant les gaspillages ou en améliorant le rapport entre l'efficacité et le coût des soins. Pourtant améliorer l'efficience se révèle une tâche difficile.

Ce rapport présente les travaux menés par l'OCDE pour aider les responsables nationaux à s'attaquer à ces problèmes et à saisir les possibilités d'améliorer les performances de leurs systèmes de santé. Pour chacun des cinq grands objectifs communs à tous les pays, il décrit les progrès réalisés en termes d'amélioration des performances, analyse les problèmes actuels et répertorie les différentes approches possibles et les meilleures méthodes pour y répondre. Il commence par examiner les possibilités d'améliorer encore la santé grâce à la prévention et à une meilleure qualité des soins. Il envisage ensuite différentes approches pour résoudre les problèmes d'accès aux soins. Puis il explore les moyens d'accroître la réactivité des systèmes de santé. La section suivante examine le problème des coûts et du financement. L'avant-dernière considère les perspectives d'amélioration de l'efficience. Le rapport se termine par un exposé des principales conclusions et avis à l'intention des autorités nationales qui souhaitent améliorer la performance de leurs systèmes de santé.

ISBN 92-64-01557-4
Vers des systèmes de santé plus performants
© OCDE 2004

Chapitre 1

Une meilleure santé grâce à de meilleurs soins : la recherche de la qualité

Dans tous les pays, on vit plus longtemps et en meilleure santé, grâce en partie à la performance des systèmes de santé. L'accès aux soins est généralement très bon, facilité par l'abondance des services et la couverture assez complète des coûts des soins dans la plupart des pays. Ceux-ci touchent maintenant les dividendes de leurs efforts de santé publique, notamment dans le domaine de la lutte contre le tabagisme. De plus, il apparaît sans cesse de nouveaux médicaments, de nouvelles techniques et de nouveaux matériels pour prévenir et traiter.

Pourtant, les maladies chroniques – dont certaines, comme l'obésité, sont liées à des problèmes comportementaux et à des facteurs de risques et d'autres, comme la démence, tiennent au vieillissement de la population – sont en augmentation, et constituent une menace pour la santé publique. Par ailleurs, on constate des exemples de plus en plus nombreux de graves problèmes de qualité des soins – problèmes qui se traduisent par des décès, des incapacités et d'autres séquelles qui auraient pu être évitées, mais aussi par des gaspillages et des disparités très sensibles des résultats sanitaires entre les pays aussi bien qu'à l'intérieur d'un même pays. Les pays de l'OCDE font le constat qu'il est possible d'améliorer encore la santé de leurs populations en améliorant les soins fournis par leurs systèmes de santé.

Des améliorations spectaculaires de l'état de santé des populations

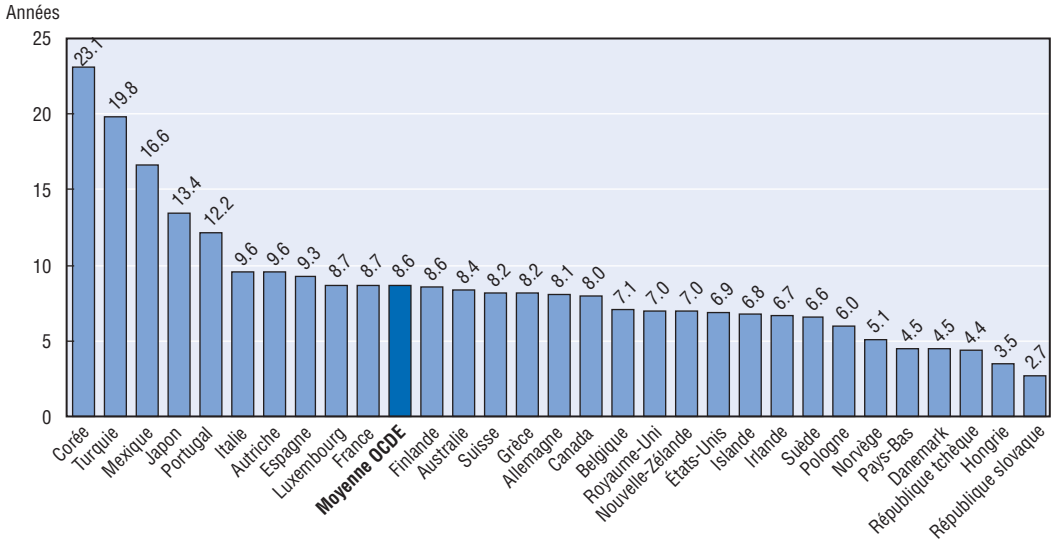
La plupart des indicateurs montrent une amélioration régulière, au fil des ans, de l'état de santé des populations des pays de l'OCDE. À titre d'exemple, l'espérance de vie à la naissance a augmenté en moyenne de 8.6 ans entre 1960 et 2000 dans l'ensemble des pays de l'OCDE (graphique 1.1). La mortalité infantile a chuté de façon spectaculaire, passant d'une moyenne de 36.4 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1960 à 7.0 en 2000, soit une baisse annuelle moyenne de 4.6 % depuis 1970 (graphique 1.2). Et le taux de décès prématurés – mesuré par le nombre d'années de vie perdues avant 70 ans – a diminué de moitié au cours des quarante dernières années (OCDE, 2003c).

Ces progrès ont été obtenus grâce à l'élévation des niveaux de vie et d'instruction, mais aussi à l'amélioration de l'accès aux soins et aux progrès de la médecine[1]. Alors que l'on peut considérer que l'amélioration de la santé est la principale raison d'être des systèmes de santé des pays de l'OCDE, les mesures de l'état de santé de la population tendent à n'être que des mesures indirectes de leur efficacité. L'espérance de vie, la mortalité infantile et autres mesures de ce type sont en effet fortement influencées par des facteurs de risque sociaux, environnementaux et comportementaux qui échappent au contrôle direct des prestataires de soins et des responsables des politiques de santé.

Compte tenu des écarts sensibles qui subsistent d'un pays à l'autre au plan de l'état de santé de la population, on peut penser que de nouveaux progrès sont possibles dans de nombreux pays, sinon tous. L'une des approches possibles consiste à évaluer le potentiel de changement du contexte dans lequel fonctionnent les systèmes de santé. Beaucoup de pays de l'OCDE pourraient prendre des mesures importantes pour l'amélioration de la

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Graphique 1.1. **Augmentation de l'espérance de vie à la naissance, population totale, 1960-2000**



Note : Chaque pays calcule l'espérance de vie de sa population selon des méthodologies qui peuvent varier d'un pays à l'autre. Ces différences méthodologiques peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays, car en fonction de la méthode, l'espérance de vie calculée d'un pays peut varier d'une fraction d'année. Le Secrétariat de l'OCDE estime l'espérance de vie de la population totale pour tous les pays, sur la base de la moyenne non pondérée de l'espérance de vie des hommes et des femmes.

Source : Éco-santé OCDE 2003.

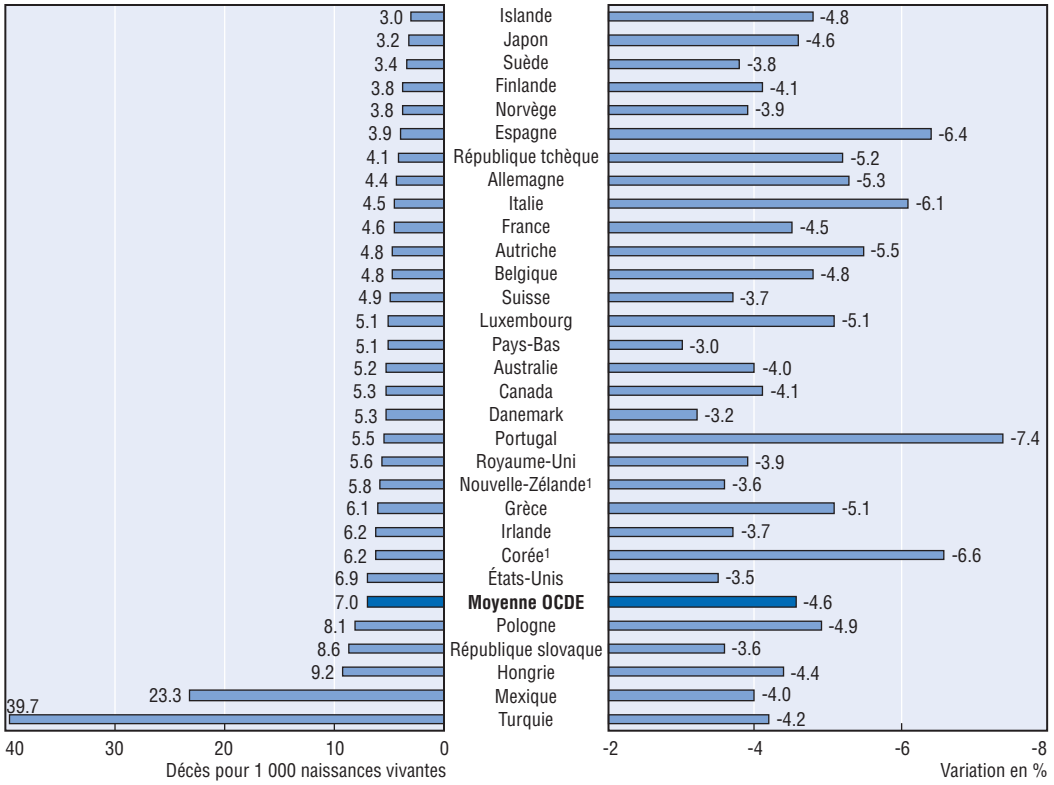
santé en dehors du cadre strict de la politique de santé, en modifiant leurs politiques dans les domaines de la lutte contre la violence, de la prévention des accidents, de la sécurité sur le lieu de travail, de la réglementation de la conduite automobile et de la circulation, de la consommation de drogue, d'alcool et de tabac.

En outre, les disparités importantes de l'état sanitaire observées au sein d'un même pays selon les catégories de population sont un sujet important de préoccupation pour les pays où ces phénomènes sont patents. Aux États-Unis, par exemple, les mesures de l'état de santé font apparaître des différences très notables selon les origines raciales et ethniques. Au Mexique et en Australie, on observe de grandes disparités entre les populations autochtones et les autres. Modifier la politique de santé ne suffira probablement pas à combler l'écart dont souffrent certaines catégories défavorisées, dans la mesure où il tient à d'autres facteurs, comme la pauvreté et l'exclusion sociale. Il faudra alors apporter des réponses coordonnées pour s'attaquer aux causes profondes.

Mesures de prévention des maladies et de promotion de la santé

Certaines améliorations récentes (mais aussi futures prévues) de la santé de la population découlent probablement des grandes initiatives de santé publique prises par les pays de l'OCDE pour prévenir quelques-unes des maladies dont le coût humain et financier est le plus élevé. Par exemple, plus des deux tiers des pays de l'OCDE affichaient des taux de vaccination des enfants contre la rougeole supérieurs à 90 % en 2001, contre un tiers seulement dix ans plus tôt, reflétant des efforts ciblés dans plusieurs pays pour accroître ces taux de vaccination (OCDE, 2003c). La proportion de fumeurs réguliers parmi la population adulte a aussi nettement diminué au cours des dernières décennies dans la

Graphique 1.2. **Mortalité infantile en 2000 et baisse annuelle moyenne de la mortalité infantile entre 1970 et 2000**



Note : Certaines des variations internationales relatives au taux de mortalité infantile entre pays peuvent s'expliquer par les différentes manières d'enregistrer les prématurés (déclarés naissances vivantes ou non). Dans plusieurs pays tels que les États-Unis, le Canada et les pays nordiques, les grands prématurés (avec relativement peu de chances de survie) sont enregistrés comme naissances vivantes, ce qui augmente les taux de mortalité, alors que dans d'autres pays, ils ne le sont pas.

1. 1999.

Source : Éco-santé OCDE 2003.

plupart des pays de l'OCDE, passant en moyenne de 36 % en 1980 à 26 % en 2000 (OCDE, 2003d). Cette baisse peut être en grande partie attribuée aux politiques mises en œuvre, face à l'augmentation des maladies liées au tabac, pour lutter contre le tabagisme par des campagnes de sensibilisation, l'interdiction de la publicité et l'alourdissement de la fiscalité (Banque mondiale, 1999). En outre, la plupart des pays de l'OCDE ont élaboré des stratégies nationales d'amélioration de la santé publique qui englobent la vaccination, le dépistage, et diverses autres mesures visant à réduire le risque de diabète, des cancers et des maladies cardiovasculaires (Kalisch *et al.*, 1998). Néanmoins, les actions de promotion de la santé peuvent être contestées et difficiles à mener. Dans la mesure où un mauvais état de santé est la conséquence d'un choix de mode de vie, de l'abus d'alcool et de drogues et de circonstances environnementales et socio-économiques, l'intervention des pouvoirs publics implique invariablement des problèmes complexes et des arbitrages difficiles (Bennett, 2003).

Augmentation de l'incidence des maladies chroniques

Dans la zone OCDE, l'amélioration générale de la santé s'est accompagnée d'une montée de l'incidence de certaines maladies chroniques, notamment l'asthme et le

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

diabète, et l'on s'attend dans l'avenir à des augmentations importantes de leur prévalence. Les causes de ce phénomène sont multiples. Le niveau élevé et en progression rapide de l'obésité, qui est un facteur de risque de nombreuses maladies chroniques (voir encadré 1.1), en est une. Le vieillissement de la population en est une autre, les personnes âgées étant plus susceptibles d'avoir une, et souvent plusieurs, maladies chroniques. De plus, les progrès dans le domaine de la technologie médicale permettent maintenant de traiter des maladies graves, entraînant une augmentation du nombre de personnes vivant avec des maladies chroniques (Partnership for Solutions, 2002). Enfin, le dépistage plus fréquent et plus efficace des maladies chroniques permet une identification plus précoce des problèmes. Par conséquent, un plus grand nombre de personnes vivent avec des maladies chroniques aujourd'hui qui, auparavant, avaient tendance à se manifester à des stades plus graves avant d'être diagnostiquées.

Encadré 1.1. **L'obésité : une menace pour la santé publique**

Dans de nombreux pays, l'obésité est un problème de plus en plus préoccupant. Sur les vingt dernières années, la proportion d'obèses a plus que doublé en Australie et aux États-Unis, tandis qu'elle a triplé au Royaume-Uni (OCDE, 2003d). Aux États-Unis, on considère aujourd'hui que plus de 30 % de la population adulte est obèse. En Australie, au Mexique et au Royaume-Uni, la proportion d'obèses dépasse maintenant 20 %. Dans les pays d'Europe continentale, les proportions sont moins importantes mais elles aussi ont fortement augmenté depuis dix ans.

L'obésité est un facteur de risque connu pour des maladies telles que le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires (comme l'asthme), les maladies musculo-squelettiques (notamment l'arthrose) et même les maladies cognitives, comme la maladie d'Alzheimer. Les conséquences, économiques et non économiques, de l'obésité sont considérables. Aux États-Unis, une étude récente a estimé que les dépenses annuelles moyennes de santé associées à l'obésité sont supérieures à celles liées au tabac (Sturm, 2002). Au Canada, les coûts directs totaux de l'obésité ont été estimés à plus de 1.8 milliard de dollars canadiens, soit 2.4 % des dépenses totales de santé en 1997 (Birmingham *et al.*, 1999). Et au Royaume-Uni, on estime que l'obésité occasionne chaque année 30 000 décès qui auraient pu être évités (UK National Auditors Office, 2001).

Les politiques de prévention ou de traitement de l'obésité visent à s'attaquer à ses causes profondes, notamment à une mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique. Les gouvernements des pays de l'OCDE en sont à des stades divers d'expérimentation d'une série de mesures et de programmes visant à promouvoir l'activité physique et une meilleure alimentation. Il ne fait guère de doute qu'il sera difficile de faire tomber les barrières comportementales et environnementales aux changements souhaités.

Impact du vieillissement des populations sur l'état de santé et les incapacités

Le point de savoir si l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne chez les populations vieillissantes d'un bon état de santé fonctionnel est important pour l'avenir des systèmes de santé. Fort heureusement, on constate que dans certains pays de l'OCDE au moins, l'accroissement de l'espérance de vie ne s'est pas accompagné d'une progression des cas d'invalidité : en fait, dans ces pays, les taux d'incapacité grave diminuent (Jacobzone *et al.*, 1998). Les tendances ne sont toutefois pas homogènes d'un

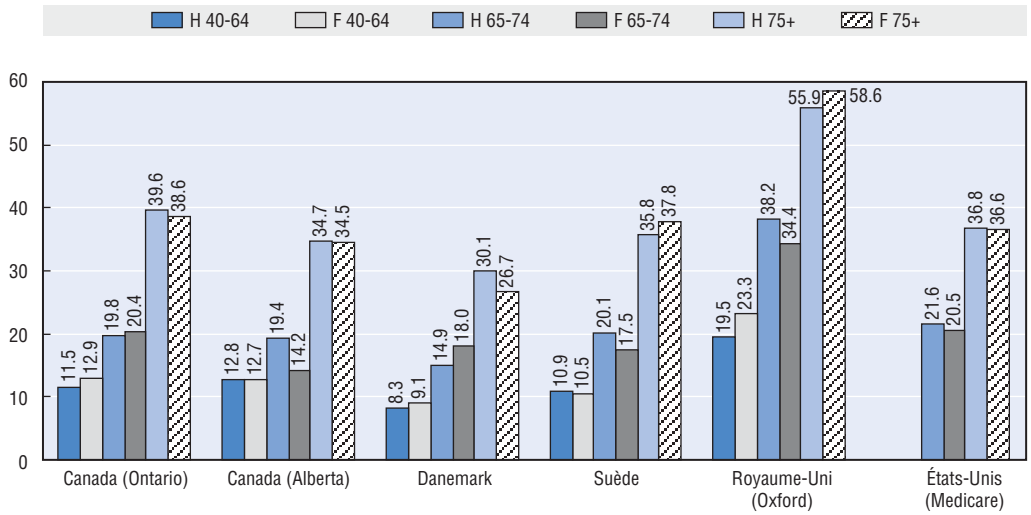
pays à l'autre et l'analyse en fonction de l'âge et du sexe fait apparaître quelques augmentations des taux d'incapacité. Les pays de l'OCDE concentrent de plus en plus leur attention et leurs recherches sur les maladies qui touchent surtout les personnes âgées, notamment les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiaques et la démence[2].

Variation des résultats sanitaires d'un pays à l'autre

Les résultats en termes de santé, tels que les taux de survie au cancer et les taux d'incapacité parmi les personnes souffrant de maladies chroniques, rendent compte de l'efficacité des soins reçus plus directement que ne le font les mesures générales de l'état de santé. De fait, il n'y a pas nécessairement d'association entre des mesures générales de l'état de santé relativement élevées et la performance des systèmes de santé, telle que mesurée par des indicateurs comme la mortalité évitable par des soins de santé (Nolte et McKee, 2003). Par rapport aux mesures d'état de santé de la population, l'intérêt des responsables politiques pour les *résultats* des interventions médicales est relativement nouveau. Certaines études donnent à penser que les améliorations des résultats pour un certain nombre de maladies sont imputables aux progrès technologiques (Cutler et McClellan, 2001). Bien que l'on ne dispose actuellement que d'un nombre limité de données comparables, les études de l'OCDE établissant des comparaisons internationales de résultats font apparaître des différences importantes pour l'infarctus aigu du myocarde (taux de décès et taux de récidive), les accidents vasculaires cérébraux (taux de décès) (voir graphique 1.3) et le cancer du sein (taux de survie et taux de mortalité) (Moïse, 2003 ; Moon, 2003a ; Hughes, 2003). D'autres études de la mortalité post-chirurgicale et de la survie au cancer ont également montré des différences entre pays (Roos *et al.*, 1990 ; Roos *et al.*, 1992 ; US General Accounting Office, 1994). Les différences de résultats peuvent être liées à des différences d'intensité de traitement, de qualité technique des soins, à l'organisation et à la coordination des soins ou à des facteurs extérieurs au système de santé (voir encadré 1.2). Pour explorer ces possibilités, il est essentiel de disposer de meilleures

Graphique 1.3. **Taux de mortalité à un an après un accident vasculaire cérébral, 1998**

Pourcentage des patients décédés au cours de la première année suivant l'admission



Note : Les données pour le Canada concernent l'Alberta et l'Ontario, celles pour le Royaume-Uni la région d'Oxford, et celles pour les États-Unis les bénéficiaires de Medicare seulement qui couvre les personnes de 65 ans et plus, ainsi que les personnes handicapées de moins de 65 ans.

Source : OCDE (2003b).

Encadré 1.2. **Les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes se traduisent-ils par de moins bons résultats en termes de santé ?**

En général, les personnes en attente d'une intervention chirurgicale non urgente présentent des pathologies qui, bien que ne nécessitant pas un traitement urgent, sont évolutives, comme les maladies coronaires stables, l'arthrose de la hanche et la cataracte. Pendant ce délai d'attente, les candidats à la chirurgie peuvent souffrir de douleurs, d'incapacité, d'anxiété et risquent même de décéder. Les dégradations de la qualité de vie associées à cet état de fait et les pertes de productivité dues à une incapacité de travailler doivent être prises en compte dans l'évaluation de l'impact économique et social de cette attente.

Les études de patients effectuées dans les pays où les délais d'attente sont modérés (trois à six mois, selon la pathologie) n'incitent guère à penser que pour les interventions non urgentes[1] ces délais d'attente aggravent l'état de santé des patients ou les résultats de l'acte chirurgical. En revanche, des délais d'attente plus longs peuvent poser problème. Ainsi, une étude réalisée sur des patients en liste d'attente pour une prothèse de la hanche dans un hôpital britannique a montré une dégradation importante de leur état au fil du temps. Dans ce cas, le délai d'attente médian était de l'ordre d'un an (Kili *et al.*, 2003). De même, une étude britannique sur des patients en liste d'attente pour une opération des varices a montré une dégradation considérable de leur état pendant le délai d'attente (Sarin *et al.*, 1993). Dans ce cas, le délai d'attente médian était de 20 mois. Aucune de ces deux études n'a cherché toutefois à établir si le fait d'attendre longtemps avait eu un impact sur le résultat final du traitement.

Les pays peuvent réduire les risques pour la santé associés à des délais d'attente « excessifs » en augmentant la capacité et la productivité des services de chirurgie et en laissant aux chirurgiens la faculté de surveiller l'état des patients et de revoir les priorités en fonction des nécessités cliniques[2] (Hurst et Siciliani, 2003). Le Danemark, par exemple, a fortement accru sa capacité d'interventions de revascularisation vers le milieu des années 90, dans le cadre de son « Plan cardiaque ». Les délais d'attente ont fortement baissé et dans les six années qui ont suivi, la mortalité à 28 jours des crises cardiaques a chuté d'environ 30 % (même si l'arrivée de médicaments plus efficaces a probablement contribué à ce résultat).

1. Voir, par exemple, une étude canadienne de Cox *et al.* (1996) et une étude suédoise de Nilsdotter et Lohmander (2002).
2. Il est courant de plafonner les délais d'attente lorsqu'il y a des files d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes mais cela risque d'interférer avec la faculté pour les chirurgiens de déterminer les priorités en fonction de la nécessité clinique.

données, notamment d'informations plus nombreuses et plus pertinentes concernant les résultats pour tout le continuum de soins, mais aussi d'un plus grand nombre de données décrivant les facteurs explicatifs potentiels, comme la prévention et le dépistage (Moon, 2003b).

Problèmes importants dans le domaine de la qualité des soins

Un large faisceau d'indices, d'ailleurs de plus en plus nombreux, met en évidence des problèmes importants de qualité des soins, qui témoignent d'une sur-utilisation, d'une sous-utilisation ou d'une mauvaise exécution technique des prestations (Chassin et Galvin, 1998 ; Newhouse, 2002). Même si en médecine l'incertitude et le manque de données expliquent en partie les variantes de pratique[3], le degré d'arbitraire et de manque de cohérence que l'on observe dans les décisions médicales et leur exécution dépasse de

loin cette explication. Même lorsqu'il existe des normes de pratique valides et bien connues, il arrive très souvent qu'elles ne soient pas respectées ; c'est ce que montrent les exemples suivants.

Interventions injustifiées

Les études menées depuis les années 80 ont montré qu'une proportion importante d'interventions chirurgicales comme les pontages coronariens ou les angioplasties coronaires sont effectuées pour des indications pour lesquelles, d'après les données scientifiques, les risques sont supérieurs au bénéfice escompté. Une des premières études effectuées dans ce domaine a montré, par exemple, que dans trois hôpitaux américains choisis de manière aléatoire, 14 % des pontages coronariens pouvaient être considérés comme injustifiés (Winslow *et al.*, 1988)[4]. Des résultats comparables ont été observés dans d'autres pays, bien que le nombre total d'interventions par habitant tend à y être très inférieur. En Suède et au Royaume-Uni, les chercheurs ont classé 10 % et 16 %, respectivement, des pontages coronariens comme injustifiés (Bernstein *et al.*, 1999 ; Gray *et al.*, 1990).

Sous-utilisation de traitements admis

Dans la pratique médicale quotidienne, on observe que des normes de traitement universellement admises et largement reconnues ne sont pas systématiquement suivies. À titre d'exemple, il est prouvé qu'après un infarctus aigu du myocarde l'administration d'aspirine et de bêta-bloquants est très bénéfique pour les patients. Or, aux États-Unis, ces médicaments ne sont prescrits respectivement qu'à 84 % et 72 % des patients à leur sortie de l'hôpital (Jencks *et al.*, 2000). Une étude récente a par ailleurs constaté des différences importantes entre cinq pays d'Europe (Angleterre, Italie, Allemagne, Espagne et Suède), les États-Unis et le Canada dans le traitement et le contrôle de l'hypertension (Wolf-Maier *et al.,* 2004). Au point de coupure 140/90 mm Hg, par exemple, deux tiers à trois-quarts des hypertendus n'étaient pas traités au Canada et en Europe, contre un peu moins de la moitié aux États-Unis. Les chercheurs considèrent que les faibles taux de traitement et de contrôle en Europe, conjugués à des taux supérieurs de prévalence de l'hypertension, pourrait contribuer à alourdir le risque de maladie cardiovasculaire imputable à l'hypertension par rapport à ce qu'il est en Amérique du Nord.

Erreurs médicales

La découverte d'un taux alarmant d'erreurs dans la dispensation des soins a beaucoup sensibilisé les pouvoirs publics, les professionnels de santé et l'opinion aux problèmes de qualité. Selon des études menées dans différents pays, des événements indésirables tels qu'erreur sur l'organe à opérer ou erreur de médication surviennent dans 1 à 3 % des hospitalisations (Leape, 1994 ; Institute of Medicine, 1999 ; Schiøler, 2001). Selon des estimations américaines, les erreurs médicales tueraient plus que les accidents de la circulation ou le cancer du sein (Institute of Medicine, 1999). Un tel taux d'erreur serait considéré comme catastrophique dans d'autres branches d'activité à haut risque comme l'aviation. Dans ce secteur, en effet, même un taux de défaillance de 0.1 % est jugé inacceptable, car il se traduirait, par exemple, par deux atterrissages à risque chaque jour à l'aéroport O'Hare de Chicago (Deming, 1987 cité dans Leape, 1994).

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Causes systémiques des problèmes de qualité des soins

On estime que les problèmes de qualité des soins sont de nature essentiellement systémique et qu'une minorité seulement résulte de fautes intentionnelles ou de négligences d'individus, d'organismes ou d'institutions (Institute of Medicine, 2001). Depuis cinquante ans, les progrès des sciences médicales ont été sans précédent. Les soins sont devenus de plus en plus complexes, impliquant plus de connaissances, de tâches à effectuer, de choses à gérer et à surveiller et d'intervenants que jamais auparavant. Face à la rapidité de ces changements, la capacité des systèmes de santé à mettre les connaissances en pratique et à appliquer les nouvelles technologies à bon escient et dans des conditions de sécurité, s'est révélée très insuffisante.

Les systèmes actuels de production de soins ne sont pas organisés de façon à optimiser la qualité. Ils souffrent d'un grand manque de coordination, impliquent un certain nombre d'étapes au cours desquelles les patients passent de main en main, ce qui ralentit les soins et diminue la sécurité au lieu de l'améliorer. Ces transferts sont source de gaspillage de ressources, de déperdition d'informations et ne permettent pas de s'appuyer sur tous les atouts que possèdent les divers intervenants pour faire en sorte que les soins soient appropriés, dispensés en temps voulu et dans des conditions de sécurité. Ces problèmes d'organisation sont particulièrement manifestes dans le cas de maladies chroniques. La prévalence de patients atteints de pathologies chroniques multiples montre qu'il y aurait tout intérêt à mettre en place des mécanismes plus sophistiqués de coordination des soins. Or, les organismes de soins, hôpitaux et médecins travaillent généralement chacun de leur côté, sans disposer d'informations complètes sur l'état du patient, ses antécédents médicaux, les soins reçus par ailleurs ou les médicaments prescrits par d'autres cliniciens.

Un certain nombre de facteurs se conjuguent pour entraver le changement. De façon générale, la rémunération des prestataires de soins est fonction du volume des prestations fournies ou des frais exposés et ne tiennent pas compte de l'adéquation des soins ou de leurs résultats sur le plan de la santé. Les incitations économiques des prestataires ne sont généralement pas alignées sur les objectifs de prévention des maladies et de maintien de la santé. Dans quelques pays en particulier, une médecine défensive motivée par la crainte de poursuites judiciaires peut se traduire par une surconsommation d'examens par rapport aux besoins réels, et inciter à taire les erreurs médicales, au lieu d'en faire état pour qu'à l'avenir on évite de commettre des fautes semblables.

L'impact sanitaire et économique des problèmes de qualité des soins

Le coût sanitaire et économique des problèmes de qualité des soins est probablement important, mais en partie caché. Parmi les facteurs de coûts, on peut citer les interventions et les examens injustifiés, qui alourdissent les charges pour un bénéfice potentiel minime, voire nul. Et lorsqu'il s'agit d'un acte invasif, on expose en outre le patient à des risques inutiles. Les erreurs entraînent bien souvent pour les patients des effets indésirables qui prolongent leur séjour à l'hôpital ou nécessitent un traitement de plus, générateur de coûts supplémentaires. À titre d'exemple, le montant annuel des dépenses que génère pour les hôpitaux américains le traitement de patients victimes d'événements iatrogènes médicamenteux survenus en cours d'hospitalisation est estimé se situer entre 1.56 et 5.6 milliards de dollars (Agency for Health Care Research and Quality, 2001). Et cette estimation ne tient pas compte des coûts liés aux réhospitalisations, aux poursuites judiciaires pour faute médicale, ou aux séquelles dont souffrent les patients. Il se peut

également que d'autres coûts, liés notamment à la perte de productivité et aux journées de travail perdues, n'apparaissent pas clairement dans les comptes des systèmes de santé.

D'un autre côté, l'amélioration de la qualité a incontestablement son propre coût, du moins à court terme. Permettre aux patients de recevoir les soins appropriés plus rapidement implique soit des moyens supplémentaires soit une meilleure productivité. Et opérer les changements nécessaires à l'amélioration de la qualité suppose des investissements initiaux et des moyens de fonctionnement pour les organisations et les programmes consacrés à cette amélioration. Mais, à terme, le retour sur investissement est potentiellement important et devrait compenser ces coûts initiaux.

Outils et stratégies d'amélioration de la qualité des soins

Le fait même que les décideurs ressentent la nécessité de s'attaquer au problème de la qualité des soins représente un changement de paradigme, car auparavant on considérait comme acquis que les organismes d'autorégulation professionnelle garantiraient une qualité adéquate. Toutefois, un certain nombre d'événements médiatisés comme de faits scientifiquement recensés ont conduit à se demander si cet arrangement sociétal traditionnel était encore viable compte tenu du changement de nature de la médecine et de l'évolution des idées sur la transparence (voir encadré 1.3). En conséquence, de nombreux pays ont entrepris de mettre en place de nouveaux programmes, de nouvelles activités et de nouvelles normes dans le domaine du suivi et de l'amélioration de la qualité dans le but de rendre les soins de santé plus sûrs et plus efficaces.

Des initiatives majeures, comme l'élaboration de systèmes d'indicateurs pour l'évaluation comparative des prestataires et la création de nouvelles institutions pour la surveillance et l'amélioration de la qualité, ont été lancées dans les pays de l'OCDE (voir encadré 1.4). Si elles donnent souvent un rôle accru aux pouvoirs publics mais aussi aux acheteurs et au public, la profession médicale et ses institutions restent généralement des acteurs clé.

De nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des stratégies nationales pour entreprendre la collecte d'indicateurs de la qualité des soins, souvent pour servir de référentiel dans un système de mesure des performances. Ces efforts ont permis des progrès importants dans la mise en place d'indicateurs de la qualité des soins fournis par type de prestataire – hôpitaux et/ou médecins –, et au niveau national. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les initiatives de mesure et d'amélioration de la qualité ont été d'abord axées sur le secteur hospitalier, mais d'autres sont en cours au niveau des médecins et des structures de soins post-aigus et de longue durée (voir encadré 1.5). Ces différentes actions se trouvent renforcées par des investissements récents dans des outils qui peuvent faciliter l'amélioration de la qualité des soins, notamment des applications informatiques qui aideront aux décisions médicales et offriront d'importantes bases de données pour les études de la qualité. D'importants travaux sont notamment en cours pour traduire les résultats de la recherche clinique et de la recherche sur les prestations de santé, et les conclusions de l'évaluation des technologies, en directives de pratique clinique et normes de performance destinées à promouvoir l'exercice d'une médecine fondée sur les meilleures pratiques. On n'a pas encore assez de recul pour pouvoir juger véritablement de l'impact de ces initiatives, mais il est permis d'espérer que la dynamique ainsi créée débouchera sur des modèles innovants et des pratiques exemplaires dans le domaine du suivi et de l'amélioration de la qualité.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 1.3. **Amélioration de la qualité des soins : les options**

Les scandales qui ont éclaté dans plusieurs pays de l'OCDE ont jeté le doute sur les organismes d'autorégulation professionnelle. Si, dans un premier temps, la profession médicale a soutenu que ces scandales étaient dus à des fautes individuelles et n'étaient pas imputables aux organisations professionnelles, des indices de plus en plus nombreux montrent que les problèmes sont de nature systémique et qu'ils doivent être traités comme tels. Cela conduit à se demander si la meilleure réponse à ces problèmes consiste à réformer les organismes d'autorégulation professionnelle, à introduire des intermédiaires-experts (par exemple des régulateurs, entités agissant pour le compte des acheteurs) pour sauvegarder la qualité, ou à créer un environnement dans lequel la concurrence entre prestataires repose pour partie sur la qualité. La première option laisse à la profession médicale la responsabilité de l'assurance-qualité mais remplacerait la confiance dans la profession par une confiance en des dispositifs institutionnels particuliers mis en place par la profession. Les deux autres options s'écartent de la répartition traditionnelle des compétences, la première en chargeant des intermédiaires d'intervenir pour le compte des patients ou des consommateurs et la seconde en laissant aux patients ou consommateurs eux-mêmes le soin d'intégrer la qualité dans leurs décisions concernant les prestataires médicaux.

A l'évidence, ces trois options ne sont pas incompatibles mais peuvent se conjuguer au sein d'une politique globale d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. L'approche qui convient dépend du contexte et de la structure historique de chaque système de santé. Elle doit, en particulier, être cohérente avec les valeurs et les attitudes sociétales, notamment l'importance relative accordée respectivement à l'efficience et à l'équité, et la conception dominante des responsabilités respectives des individus et de l'État. Les réformes poseront également des problèmes politiques et techniques délicats. Ainsi, la création d'un système de suivi de la qualité suppose des compétences techniques importantes pour l'élaboration des mesures de la qualité, l'ajustement en fonction de la gravité des cas, l'interprétation et la présentation des informations mais également des investissements en matière de recherche, de collecte des données, de technologies de l'information et de capital humain. Les premières expériences de responsabilisation des consommateurs ont révélé toute une série de difficultés à communiquer les informations techniques et à les rendre suffisamment parlantes pour que l'intéressé puisse décider. Il y a donc lieu de prendre en considération le coût et le rendement attendus de ces investissements. Par ailleurs, même le système le mieux conçu est susceptible de se heurter à une résistance politique de la part des parties prenantes.

Les pays de l'OCDE offrent des exemples d'amélioration réussie de la qualité dont on peut dégager quelques thèmes communs (Mattke, 2004). Qu'ils aient été initiés par la profession, un organisme public ou une entreprise privée, ils ont tous en commun une approche interdisciplinaire, s'appuyant largement sur des données et mesures concrètes, avec un leadership fort. Les expériences récentes sont très encourageantes mais l'application à plus grande échelle de ces modèles nouveaux de pratique de la médecine demeure difficile et il ne faut pas sous-estimer la difficulté qu'il va y avoir à opérer les nécessaires transformations, qui impliqueront des changements fondamentaux de l'organisation et de la culture de la profession médicale.

Encadré 1.4. **Mécanismes de surveillance de la qualité : quelques exemples dans les pays de l'OCDE**

Le **National Committee for Quality Assurance** (NCQA) américain, qui était à l'époque de sa création un organisme d'autorégulation du secteur des soins gérés, s'est imposé comme une source indépendante et respectée d'informations sur la qualité des soins. Son produit le plus connu est le Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS), ensemble de mesures pour l'évaluation de la performance des régimes de santé en termes de qualité des soins, d'accès aux soins et de satisfaction des assurés. Dans ce système auquel participent environ 90 % des régimes de santé, les régimes collectent des données sur les performances et les soumettent au NCQA, qui ensuite leur communique les mesures qui en résultent. Chacun des régimes peut également autoriser le NCQA à publier ses données, pour aider les employeurs et les consommateurs individuels dans le choix de leur régime de santé. Les régimes qui optent pour la communication d'informations au public ont en moyenne des performances supérieures aux autres (NCQA, 2003). Le NCQA propose également un système d'accréditation volontaire auquel participent environ la moitié des régimes ; l'agrément repose en partie sur les performances mesurées par le HEDIS et en partie sur un examen in situ des processus cliniques et administratifs. Plus récemment, le NCQA a lancé, en collaboration avec des organisations de spécialistes, un programme de reconnaissance formelle des médecins exerçant individuellement et des cabinets de groupe. Pour obtenir cette reconnaissance, les prestataires doivent remplir certains critères de performances cliniques. Jusqu'ici, il existe des programmes pour le diabète, les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

L'Association fédérale allemande des médecins du régime public d'assurance-maladie, organisme d'autorégulation légalement mandaté pour s'assurer de la qualité des soins que reçoivent les assurés des caisses d'assurance-maladie, prépare actuellement deux grandes initiatives. La première est l'élaboration d'un système d'agrément volontaire des pratiques axé sur la qualité des soins. Il y aura pour chaque spécialité des critères spécifiques relatifs aux structures, aux processus et éventuellement aux résultats. La seconde est la mise en œuvre d'un système d'évaluation en temps réel des performances basé sur les éléments de facturation. Ce système consistera en un ensemble d'indicateurs de processus et de résultats, construits à partir des demandes de remboursement des patients, qui constitueront un référentiel par rapport auquel chaque médecin sera évalué en permanence.

Au Royaume-Uni, la **Commission for Health Improvement** (CHI) assure le suivi du NHS (National Health Service) et procède à des examens des organismes qui le composent afin d'évaluer la bonne gestion des soins. Ses rapports, qui sont à la disposition du public, sont destinés à être une aide à la décision pour les acheteurs et les régulateurs, mais aussi à indiquer aux prestataires les domaines dans lesquels des améliorations sont nécessaires. En outre, la CHI enquête sur les incidents, conduit ou commandite des études sur les prestataires de santé et encourage l'échange de pratiques exemplaires. En partenariat avec la Commission d'audit, elle est chargée d'examiner le contenu et de suivre la mise en œuvre des National Services Frameworks, qui sont des normes minimales de soins pour les principales pathologies. La CHI établit également des rapports sur les domaines d'excellence et d'insuffisance, mais elle n'est pas chargée de recommander ou de mettre en œuvre des plans d'action. Toutefois, surtout si des problèmes importants sont détectés, une enquête de suivi évaluera les suites données à ses rapports.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 1.5. **L'effort d'amélioration de la qualité des soins de longue durée**

L'effort d'amélioration des normes en matière de soins aigus s'est accompagné dans de nombreux pays d'une intervention plus active des pouvoirs publics au niveau de la réglementation et du contrôle des services de soins de longue durée. L'objectif est double : réduire le risque de mauvaise qualité des soins et en améliorer le niveau moyen.

Réponse réglementaire à la mauvaise qualité des soins en établissement

Ces dernières années, plusieurs pays ont établi des réglementations plus exhaustives pour les soins en établissement. Ces réglementations, qui se limitaient au départ à des critères minimum de structure et de processus couvrant la sécurité des bâtiments, les ratios d'effectifs, etc., sont aujourd'hui constituées d'instructions complexes d'évaluation et d'amélioration qui comprennent des mesures des résultats, des éléments d'amélioration continue de la qualité (notamment un engagement de formation continue du personnel) et de nouveaux critères de protection des droits des patients et de leur vie privée. On note aussi une tendance à ne plus se contenter d'une inspection initiale mais à associer des inspections à des exigences plus strictes d'autoévaluation et de documentation permanente des soins par les prestataires, dans le but de rendre l'évaluation de la qualité plus fiable et son amélioration plus transparente. Ces nouvelles réglementations peuvent imposer aux prestataires des exigences importantes en termes de dépenses d'équipement, de gestion du personnel et de respect des réglementations.

Parmi les initiatives prises par les pouvoirs publics pour améliorer la qualité des soins de longue durée, on peut citer le processus de réaccréditation des établissements de soins en Australie suite aux réformes de 1997, l'établissement de nouvelles normes plus strictes en Autriche à partir de 1994, la mise en place d'une réglementation de la qualité en Allemagne en 2002, et celle d'une nouvelle autorité de régulation et de normes nationales de soins au Royaume-Uni en 2001. Dans un grand nombre de pays, le processus d'accréditation des établissements de long séjour médicalisés dans le cadre de la nouvelle réglementation a fait apparaître des insuffisances généralisées par rapport à ces normes. Des taux d'échec de 40 % ou plus à l'évaluation initiale ne sont pas inhabituels et peu d'établissements semblent être bien notés dans tous les domaines. Un rapport récent sur ce type d'établissements aux États-Unis a constaté, malgré une certaine amélioration, qu'un établissement sur cinq présentait des défauts graves susceptibles de mettre en danger les résidents ou de leur causer un préjudice immédiat (US General Accounting Office, 2003b).

Des manquements aux normes de qualité sont assez courants dans un certain nombre de pays, notamment :

- l'utilisation injustifiée de contentions physiques et pharmaceutiques ;
- des escarres ;
- des déficits graves de soins aux personnes atteintes de démence, tels qu'une aide insuffisante pour manger et boire ;
- toute une série de problèmes relatifs au manque d'intimité et aux droits fondamentaux des patients.

Lorsque des cas sont découverts et rendus publics, cela pousse à établir des réglementations plus détaillées qui couvrent davantage d'aspects des soins. Il faudra plus de recul pour être sûr que c'est le moyen le plus efficace de traiter le problème d'une minorité de mauvais prestataires. Dans la plupart des pays, la majorité des prestataires semblent prêts à se comporter en partenaires dans un processus d'amélioration continue des soins, même si cela a des conséquences en termes de coûts aussi bien pour les utilisateurs que pour les budgets publics.

Encadré 1.5. **L'effort d'amélioration de la qualité des soins de longue durée** *(suite)*

Dans un nombre croissant de pays, l'Internet joue désormais un rôle important en permettant à des groupes de consommateurs de rassembler des informations sur les déficits de qualité inacceptables et d'accroître la pression sur les autorités compétentes pour qu'elles mettent en place des stratégies qui empêchent de telles situations. Dans certains cas, les pouvoirs publics eux-mêmes utilisent ce mode de communication. Ainsi, en Australie, des rapports sommaires des résultats d'inspection de chaque prestataire sont mis en ligne. Aux États-Unis, l'administration met en ligne des informations sur la qualité des soins en établissement de long séjour et à domicile.

La qualité des services de soins à domicile : un nouveau centre d'intérêt

La réglementation et le suivi de la qualité des soins à domicile sont un phénomène relativement nouveau. Des politiques d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins à domicile ont récemment été mises en place dans un certain nombre de pays (Australie, Canada, Allemagne, Royaume-Uni) et sont envisagées dans d'autres (Hongrie, Japon). Des enquêtes auprès des bénéficiaires de soins à domicile formels ou informels ont montré que leur taux de satisfaction est relativement élevé comparé à celui des bénéficiaires de soins en institution et de leurs familles. En revanche, des enquêtes sur l'état de santé et les conditions d'existence des personnes dépendantes chez elles ont fait apparaître des problèmes de qualité des soins à domicile. Les plus fréquents sont le manque d'information des consommateurs sur les prestations disponibles (Autriche, Royaume-Uni) et d'insuffisance d'accès à des services d'accompagnement des soignants informels dans leur rôle de source principale des soins. Ces défauts ont été constatés même dans des pays où l'offre publique de services formels est généreuse. Les résultats de ces enquêtes montrent que l'accès des soignants informels à un large éventail de services de soutien, tels que services de relève, formation et conseils, est essentiel si l'on veut maintenir la qualité des soins à domicile et éviter ou atténuer les effets négatifs sur la santé des soignants informels.

Source : OCDE (2004b).

De meilleurs systèmes de données et d'information s'imposent pour impulser et accompagner l'amélioration de la qualité

Les dossiers médicaux, ordonnances et comptes rendus d'examen sur papier correspondent à un support périmé qui ne favorise pas la précision, l'accessibilité ou le partage des informations. Il est donc indispensable d'investir davantage dans les domaines des systèmes de données et dossiers médicaux informatisés (Institute of Medicine, 1991). Or, cette évolution se heurte à l'absence d'une norme universelle pour la collecte et la transmission des données et d'incitations financières minimales des médecins et autres prestataires de soins à investir dans des moyens électroniques d'enregistrement des données. Par ailleurs, les problèmes de respect de la vie privée restent importants et la numérisation de quantités croissantes de données génétiques soulève des questions particulièrement délicates[5]. Il existe néanmoins des exemples d'expérience réussie de systèmes de données informatisés dans le secteur de la santé ; ainsi, un hôpital universitaire américain dit avoir réalisé environ 8.6 millions de dollars d'économies annuelles en adoptant l'informatique pour les dossiers médicaux de ses patients externes (US General Accounting

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Office, 2003a). D'autres applications des technologies de l'information et de la communication devraient permettre d'améliorer l'efficacité et le rapport coût/efficacité de la production de soins (voir encadré 1.6). En Australie et aux États-Unis, par exemple, les hôpitaux qui ont adopté des systèmes automatisés de traitement des ordonnances hospitalières ont considérablement réduit le pourcentage d'erreurs de médication et les séquelles qu'elles entraînent pour les patients, et par conséquent ont abrégé les séjours à l'hôpital et permis diverses autres améliorations mesurables de la qualité (Doolan et Bates, 2002). Toutefois, les incitations économiques ne sont pas conçues pour intéresser les hôpitaux et les médecins à ces améliorations dont le coût peut les dissuader d'investir.

Encadré 1.6. **Application des technologies de l'information et de la communication dans le domaine des soins de santé**

De formidables pressions s'exercent sur les systèmes de santé pour qu'ils améliorent la qualité des soins, leur accessibilité et les résultats sanitaires, et qu'ils le fassent de manière efficace.

Les applications des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine de la santé offrent de grandes possibilités à cet égard. On peut citer par exemple les applications qui permettent d'améliorer directement les soins reçus par les patients, notamment les dossiers médicaux informatisés qui permettent aux patients comme aux médecins d'avoir accès aux données médicales et de santé pertinentes, ainsi qu'aux informations relatives aux diagnostics et aux traitements en cours. D'autres applications qui devraient être utiles à cet égard sont les sites Web sur la santé destinés aux consommateurs, les échanges électroniques entre patients et prestataires, le suivi des patients et les soins à domicile, les téléconsultations, l'imagerie médicale et les transactions cliniques. D'autres applications peuvent accélérer la recherche et l'innovation, grâce par exemple aux bases de données biomédicales électroniques et aux facilités qu'elles offrent pour les recherches en collaboration. Les TIC peuvent aussi aider à la formation des praticiens et à l'éducation permanente par l'enseignement à distance.

Il y a toutefois des obstacles importants (pour la plupart non techniques) à l'application effective des TIC. Les questions concernent les exigences de sécurité, de confidentialité et de confiance, la modernisation des règles de remboursement afin de permettre la rémunération de prestations qui passent par la voie électronique, et la suppression des barrières verticales entre différents modes de production des soins et les services administratifs et de santé (OCDE, 2004a). Néanmoins, de nombreux pays ont entrepris de gros investissements pour appliquer plus systématiquement les TIC dans le secteur de la santé. Entre autres exemples récents, on peut citer au Royaume-Uni le programme d'informatisation des dossiers médicaux du NHS, qui s'élève à plusieurs milliards de livres, et au Canada l'investissement de 1.1 milliard de dollars canadiens dans Inforoute Santé.

Avec le développement rapide des investissements du secteur de la santé dans les technologies de l'information, les décideurs ont besoin de mieux comprendre les moteurs de cette évolution et de disposer d'une meilleure information pour guider et évaluer les investissements. Or, une étude récente portant sur plus de 600 articles sur le coût de la télémédecine a conclu que 9 % seulement de ces articles faisaient référence au rapport coûts/avantages (Whitten *et al.*, 2002). Globalement, il est urgent de mettre au point et d'appliquer des méthodes cohérentes, rigoureuses et basées sur des données concrètes pour juger de l'efficience des TIC pour l'amélioration des résultats sanitaires.

Adapter les incitations à l'amélioration de la qualité

Les systèmes de mesure et de notification de la qualité peuvent être utilisés de diverses façons pour susciter des améliorations de performances. Des informations comparatives sur la qualité des soins fournis par les prestataires ou les organismes de soins commencent à être incorporées à certains programmes d'accréditation et systèmes de supervision réglementaires, et utilisées comme référentiel dans le cadre des programmes d'amélioration de la qualité. Aux États-Unis et dans quelques autres pays, ces informations sont de plus en plus largement mises à la disposition des acheteurs de soins et des consommateurs, pour leur permettre de faire des choix éclairés, réduisant ainsi les asymétries de l'information qui handicapent les marchés des services de santé. Cela dit, à ce jour, il n'y a guère d'indications que les acheteurs (assureurs publics ou privés et patients) aient pris ces informations en compte dans leurs décisions d'achat.

Lorsque l'assurance-maladie privée assure la couverture primaire d'une grande majorité de la population, la diffusion d'informations sur la qualité des plans proposés peut inciter les assureurs à se concurrencer sur la base de leur contribution à la qualité des soins qu'ils financent. Durant les années 90, l'encouragement de cette concurrence fondée sur la qualité a été un élément important de la politique d'amélioration de la qualité des soins aux États-Unis. Les efforts faits par les organismes d'agrément volontaire et les grandes entreprises en sont une illustration. Un examen exhaustif des données relatives à l'impact sur la qualité des soins de certaines initiatives récentes des assureurs américains – notamment la rémunération des prestataires en fonction des performances et de la qualité – s'impose. Certes, on peut trouver un grand nombre d'exemples réussis d'améliorations. Toutefois, certaines indications donnent à penser que ni les employeurs ni les consommateurs n'ont privilégié les régimes de soins les plus performants en termes d'amélioration de la qualité des soins, réduisant ainsi l'incitation pour les assureurs à investir dans des mesures à cet effet[6].

Quelques acheteurs publics et privés des pays de l'OCDE ont commencé à appliquer des systèmes d'incitations financières pour inciter les prestataires de soins (hôpitaux et médecins) à assurer des soins de qualité ou pour en récompenser les résultats ; ce recentrage des incitations sur les résultats souhaités est une bonne chose. À titre d'exemple, des systèmes de récompense financière des performances des généralistes par rapport à toute une série d'indicateurs de qualité ont été mis en place en Australie et au Royaume-Uni. Des systèmes de rémunération au mérite, qui récompensent les médecins dont la productivité est supérieure aux prévisions, ont été mis en place en France, en Allemagne, en Suède et au Royaume-Uni (Simoens et Hurst, 2004). Le programme américain Medicare a lancé en juillet 2003 un projet pilote sur trois ans qui prévoit un taux de remboursement plus élevé pour les hôpitaux qui obtiennent de bonnes notes pour 35 mesures de la qualité. En dépit de l'intérêt manifeste de nombreux payeurs publics et privés dans beaucoup de pays, un certain nombre d'obstacles techniques et le risque d'effets secondaires indésirables rendent la conception et la mise en œuvre de ces programmes très délicates.

Les prestataires et autres parties prenantes prennent des mesures pour améliorer la qualité

Les prestataires de soins de santé et autres parties prenantes réagissent de façons très diverses à la demande d'amélioration de la qualité des soins et aux incitations[7] dans ce sens. À l'heure actuelle, les initiatives visant à améliorer la qualité se multiplient dans les secteurs aussi bien public que privé de nombreux pays de l'OCDE. Certaines de ces

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

approches reposent sur la coopération, le partage entre prestataires de données et d'expériences d'amélioration réussies, tandis que d'autres semblent motivées par une concurrence basée sur l'efficacité dans laquelle les stratégies ou les outils d'amélioration peuvent être considérés comme des informations protégées. Certains systèmes utilisent de plus en plus des programmes de gestion thérapeutique, dans lesquels les personnes qui souffrent de pathologies particulières dont le coût économique ou sanitaire est élevé font l'objet d'une attention particulière, avec coordination des soins et conseils d'une infirmière ou d'un autre professionnel. De la même façon, on voit appliquer pour les patients atteints de pathologies multiples, chroniques ou aigues des formules de prise en charge globale qui requièrent une grande coordination entre les prestataires. Les efforts d'intégration verticale ou horizontale des soins ont en partie été motivés par des considérations de qualité. Et des mesures visant à diriger les patients relevant d'actes à haut risque vers des hôpitaux spécialisés dans ce type d'actes (classés comme tels en fonction de données de volume et de résultats) ont été prises parallèlement à de vastes programmes d'amélioration de la qualité de tous les prestataires, quel que soit leur volume d'activité, dans le souci de maintenir un accès local aux soins jugé indispensable. L'efficacité de la plupart de ces approches n'est pas encore connue, bien que pour toutes des exemples de réussite aient été documentés. Pour que les responsables puissent choisir les approches qui conviennent aux problèmes auxquels ils sont confrontés, une étude de l'efficacité et du rapport coût/efficacité des différentes options s'impose.

Développer l'information sur les différences de qualité des soins entre les pays

Les bases de données, comme *Éco-santé OCDE*, qui fournissent des informations comparables sur les caractéristiques et les performances des systèmes de santé, manquent pour l'instant de données sur la qualité technique des soins fournis dans le cadre de ces systèmes. C'est une lacune majeure, car elle limite les possibilités de faire des comparaisons internationales qui permettent de concevoir des politiques fondées sur les résultats. Ces comparaisons de données sur la qualité sont essentielles pour améliorer la recherche internationale sur les performances des systèmes de santé et, en particulier, améliorer la capacité de mesurer le rapport coût/efficacité des différentes sortes de structures, ressources et activités du secteur de la santé[8]. Ainsi, au moment où se mettent en place des systèmes nationaux d'évaluation, une coopération internationale s'impose d'urgence. En effet, les activités nationales ne peuvent pas, sauf par accident, déboucher sur des indicateurs de qualité internationalement comparables, de sorte que l'on risquerait de voir adopter de multiples définitions, toutes scientifiquement valables, pour chaque indicateur potentiel.

Pour combler cette lacune, des travaux ont été entrepris à l'OCDE pour élaborer ou identifier, en s'appuyant sur les travaux de plusieurs pays membres et de deux collaborations internationales plus restreintes, des indicateurs de la qualité des soins applicables au niveau des systèmes de santé. La première phase des travaux consiste à vérifier la faisabilité de la collecte de mesures internationalement comparables de la qualité technique des soins et de leur notification aux responsables et aux chercheurs nationaux et internationaux. Si elle aboutit, l'idée à long terme est d'incorporer les indicateurs de qualité dans *Éco-santé OCDE* de manière à élargir le champ des statistiques communiquées chaque année et à compléter les informations actuellement disponibles sur les systèmes de soins des pays membres.

Compte tenu des travaux antérieurs et des avis d'experts, l'OCDE a adopté trois critères de sélection des indicateurs de la qualité : l'importance, la validité scientifique et

la faisabilité. Ce sont ces critères qui ont été appliqués pour choisir un ensemble d'indicateurs de la qualité, à partir de ceux qui avaient été sélectionnés par des collaborations internationales antérieures. Compte tenu des lacunes constatées dans la liste initiale, l'OCDE a également réuni des panels d'experts qui ont recommandé des indicateurs prometteurs relatifs à cinq domaines cliniques, pour une évaluation plus approfondie et éventuellement une possible collecte à venir de données.

Pour les indicateurs de la liste initiale, les données préliminaires ont été collectées auprès de 21 pays participants. Le résultat de la collecte initiale de données a été encourageant en ce sens que, pour chaque indicateur, quelques-uns au moins des pays qui ont répondu ont pu fournir des données. Comme on pouvait s'y attendre, on dispose de plus d'informations pour des indicateurs comme les taux de survie au cancer pour lesquels des données sont couramment collectées par les services nationaux. Mais, même pour des mesures plus délicates comme celle des « Patients diabétiques à taux élevé de HbA1c », qui nécessitent d'effectuer des tests sanguins sur un échantillon de la population, des sources de données ont pu être identifiées dans trois pays. Des travaux sont en cours pour évaluer la comparabilité des résultats préliminaires et identifier des pistes pour l'améliorer (voir encadré 1.7).

Encadré 1.7. **Difficultés et intérêt des comparaisons internationales de la qualité**

Comparer la qualité des soins de différents pays est une tâche difficile car les méthodes de collecte, la représentativité de l'échantillon, la définition de la population, la prévalence d'une maladie et la façon dont elle est diagnostiquée et traitée varient d'un pays à l'autre. Des données valables et fiables sur les taux d'intervention et les résultats sanitaires ne représentent que le niveau minimum d'information nécessaire pour effectuer des comparaisons internationales ; il faut en outre prendre en considération la comparabilité des données, les autres variables explicatives et la prévalence de la maladie dans chaque pays. Les deux exemples décrits ci-dessous ont valeur d'illustration.

Taux de mortalité de l'infarctus aigu du myocarde

La mortalité hospitalière de l'infarctus aigu du myocarde (IAM) est un exemple d'indicateur de la qualité extrêmement utile, qui a une base scientifique solide, pour lequel on dispose d'un grand nombre de données et qui peut être utilisé comme outil pour l'amélioration de la qualité des soins. Dans les pays de l'OCDE, l'IAM est l'une des principales causes de décès et l'un des motifs d'hospitalisation les plus fréquents. Ces dernières années, la mortalité due à l'IAM a chuté de manière spectaculaire grâce en partie aux progrès de la médecine et des soins, notamment l'administration plus précoce d'agents thrombolytiques, le recours accru à l'angioplastie primaire, l'administration plus fréquente d'aspirine, de bêta-bloquants et d'inhibiteurs de l'ECA et la réduction des facteurs de risque (Heidenreich et McClellan, 2001). Néanmoins, de nombreux éléments indiquent que les directives cliniques ne sont pas toujours respectées[1].

Lors du premier cycle de collecte de données, 12 pays de l'OCDE ont notifié des taux de mortalité à 30 jours de l'IAM échelonnés entre 9 et 14 %. Parmi les patients à haut risque (tranche d'âge 75-89 ans), l'écart a été plus important (17 à 28 %). Des travaux complémentaires s'imposent pour résoudre les discordances quant aux classes d'âge et aux années des données rapportées. En outre, la question de l'impact que peut avoir sur la comparabilité une mesure qui ne prend en compte que les décès à l'hôpital doit être étudiée de façon plus approfondie.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 1.7. **Difficultés et intérêt des comparaisons internationales de la qualité** *(suite)*

Taux de mortalité due à l'asthme

En 2000, l'asthme a touché 5 % de la population et causé 3.4 décès pour 100 000 personnes dans les pays de la classe Euro A de l'OMS. Les décès dus à l'asthme doivent pouvoir être évités si la maladie est gérée de manière appropriée ; la mortalité due à l'asthme est donc un indicateur de la qualité potentiellement important, qui est actuellement suivi par un grand nombre de pays de l'OCDE.

Lors du premier cycle de collecte de données, 16 pays de l'OCDE ont fait état de taux de mortalité due à l'asthme qui s'échelonnait de moins de 0.1 à 0.9 décès pour 100 000 personnes âgées de 5 à 39 ans. Les différences de codage des certificats de décès entre les pays ont pu avoir un impact sur ces chiffres. Une étude de l'exactitude du codage de l'asthme sur les certificats de décès a montré une sensibilité faible (42 %), mais une spécificité élevée (99 %), ce qui indique qu'ils tendent à sous-représenter le taux de mortalité réel due à l'asthme, même si la quasi-totalité des décès attribués à l'asthme ont été correctement imputés (Hunt *et al.*, 1993).

Quoi qu'il en soit, en dépit des problèmes de comparabilité, la diffusion internationale de données sur la qualité peut être utile pour attirer l'attention sur les domaines susceptibles d'amélioration qui mériteraient une investigation plus approfondie. La Nouvelle-Zélande, par exemple, dont le taux de mortalité due à l'asthme était élevé par rapport aux autres pays, a réagi en examinant de plus près ses méthodes de diagnostic et de traitement de l'asthme. Elle a ainsi découvert que son taux de mortalité excédentaire pouvait être attribué en partie à l'utilisation de phénotérol à forte dose, bêta-agoniste lié aux décès dus à l'asthme (Beasley *et al.*, 1997). Après un changement de ses pratiques, la Nouvelle-Zélande a enregistré au cours des dix dernières années une forte baisse de ses taux de mortalité dus à l'asthme, approchant les taux enregistrés dans d'autres pays (Lanes *et al.*, 1997).

1. Voir, par exemple, EuroAspire Groupes I et II (2001), Bowker *et al.* (1996), Jencks *et al.* (2003).

Pistes possibles pour améliorer la santé et la qualité des soins : résumé des conclusions

Si améliorer la santé est un objectif fondamental des systèmes de santé, les déterminants les plus importants de l'état de santé des populations ne sont pas du ressort immédiat des prestataires de soins et des responsables des politiques de santé. En particulier, le contexte socio-économique et social dans lequel opèrent les systèmes de santé mérite d'être examiné, car des modifications des facteurs comportementaux ou sociaux pourraient contribuer davantage à l'amélioration de la santé que n'importe quel changement apporté de façon isolée aux soins ou au système de santé.

L'attention portée à la qualité des soins est une préoccupation relativement nouvelle, et l'on ne connaît pas encore l'incidence nette de l'activité induite sur la mortalité, la morbidité et la qualité de vie. Néanmoins, les innovations dans ce domaine paraissent prometteuses et de nombreux changements, comme ceux visant à limiter les accidents médicaux et à réduire l'offre de soins inutiles, devraient améliorer le rapport coût/efficacité de la production des soins. De nombreux pays ont pris des mesures pour améliorer la qualité mais certains ont encore beaucoup à faire, en particulier dans le domaine des soins de longue durée.

Le fait qu'une grande part de ces innovations dépend de la mise en place de systèmes d'évaluation et de suivi des performances, et notamment de meilleurs systèmes de gestion des données médicales, est positif en ce sens que ces systèmes sont susceptibles de contribuer à l'amélioration des performances dans toute une série de domaines qui intéressent les pouvoirs publics. L'application des technologies de l'information et de la communication au secteur de la santé peut faciliter les progrès indispensables en améliorant les processus systémiques et l'organisation de la production des soins. Pour bon nombre de systèmes de santé, l'un des principaux défis qui subsistent est de recadrer les incitations économiques et administratives qui s'adressent aux prestataires et aux patients sur les objectifs d'amélioration.

Notes

1. D'autres facteurs, tels qu'une amélioration de l'alimentation, de l'hygiène et du logement y contribuent également, en particulier dans les économies en développement.
2. Pour des informations sur la manière dont les pays de l'OCDE font face aux accidents vasculaires cérébraux, aux maladies cardiaques et au cancer du sein, voir *A Disease-based Comparison of Health Systems* (OCDE, 2003b). Un document de travail à paraître (Moïse *et al.*, 2004) étudie les questions de santé et de prise en charge de longue durée des patients atteints de démence et de la maladie d'Alzheimer.
3. On manque de données concrètes sur les indications cliniques qui justifient des interventions comme les césariennes, l'amygdalectomie et d'autres opérations courantes, ce qui contribue à la grande variabilité des pratiques.
4. Des études américaines plus récentes constatent aussi un recours excessif à certaines interventions. Ainsi, une étude portant sur des données de la fin des années 90 constate que 10.6 % des endardirectomies carotidiennes réalisées dans 6 hôpitaux américains étaient injustifiées (Halm *et al.*, 2003).
5. L'OCDE a organisé, en février 2004, à Tokyo un atelier sur les questions du respect de la vie privée et de sécurité des bases de données des recherches en génétique humaine.
6. Aux États-Unis, les efforts visant à fournir aux consommateurs des informations sur la qualité et divers autres aspects des performances des régimes de soins n'ont eu à ce jour qu'un impact limité sur les décisions de ces mêmes consommateurs, en partie parce que ces informations ne leur paraissent pas suffisamment bien mises en évidence, qu'ils ne font pas confiance aux assureurs pour garantir la qualité et qu'ils trouvent les informations trop techniques et difficiles à comprendre (Reilly *et al.*, 2002).
7. A titre d'exemple, l'importante médiatisation des procès pour événement indésirable ou faute professionnelle ont accru la demande du public pour une réforme des normes d'agrément des hôpitaux au Japon (Hirose *et al.*, 2003).
8. En l'absence de données sur la qualité des soins de santé, les comparaisons internationales de l'efficience relative sont limitées à des considérations de productivité, mais il n'est pas possible d'en évaluer l'optimisation. Pour mesurer le rapport coût-efficacité de la prestation de soins, il faut disposer d'informations sur la qualité.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

ISBN 92-64-01557-4
Vers des systèmes de santé plus performants
© OCDE 2004

Chapitre 2

La recherche de l'amélioration et de la préservation de l'accès aux soins

L'un des objectifs fondamentaux des politiques de santé dans les pays de l'OCDE est d'assurer à chacun, en fonction de ses besoins, un accès adéquat aux soins essentiels. De nombreux pays de l'OCDE, d'accord pour retenir comme indicateur de cette adéquation l'équité dans l'utilisation des services, ont adopté le principe : « à besoin égal, traitement égal. » D'autres admettent une variabilité de l'accès à certains services, en particulier aux services perçus comme un luxe ou comme non strictement nécessaires d'un point de vue médical.

Depuis quelques décennies, les pays de l'OCDE ont réalisé de formidables progrès en matière d'élargissement de l'accès aux services de santé. Ces progrès ont été dus, dans un premier temps, aux mesures prises pour étendre la couverture de l'assurance-maladie à l'ensemble de la population, et ensuite aux mesures visant à garantir la disponibilité locale et en temps opportun de services à un prix abordable et à éliminer les barrières à l'accès. Néanmoins, des disparités persistent dans de nombreux pays entre catégories de population. Ceci c'est préoccupant du fait des implications pour l'état de santé et la situation économique de ces catégories. Pour les pays où l'accès aux soins est jugé adéquat et équitable, c'est le maintien de cette situation qui tend à être un objectif important.

Pour ce qui est des soins de longue durée, la situation est quelque peu différente. Les soins informels assurés à domicile demeurent la source la plus importante de soins de longue durée. Il existe dans certains pays des problèmes localisés d'accès aux soins institutionnalisés qui sont dus à une pénurie d'établissements de long séjour, de sorte qu'il y a de longs délais d'attente avant l'admission, ou qu'il faut se rabattre sur la solution de l'hôpital, plus coûteuse. Compte tenu des préférences des patients et de diverses autres considérations, de nombreux pays cherchent à remédier à ce problème en augmentant la capacité de soins de proximité plutôt qu'en augmentant l'offre de places en établissement. Pour que ceux qui ont besoin de soins intensifs en établissement puissent y avoir accès, certains pays ont renforcé la couverture de ce type de prestation tout en limitant les subventions pour ceux qui ne souffrent que d'incapacités légères.

Étant donné l'importance des nouvelles technologies médicales pour la prévention et le traitement des pathologies, les autorités veulent garantir un accès approprié aux médicaments, équipements et traitements nouveaux. Néanmoins, compte tenu des coûts importants qu'implique le changement technologique, la prudence s'impose dans la prise des décisions. Il faut prendre en compte l'efficacité et l'efficience des options qui se présentent, en même temps que d'autres aspects. Dans le cas de technologies nouvelles et émergentes, en particulier des technologies extrêmement complexes qui seront bientôt disponibles, la difficulté sera plus grande encore, car la dimension éthique viendra au premier plan et les coûts et avantages deviendront de plus en plus difficiles à quantifier.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

La couverture d'un régime public ou d'une assurance privée est importante pour l'accès aux soins et la sécurité financière

Dans la plupart des pays, une couverture maladie universelle assure une sécurité financière contre les coûts d'une maladie grave et favorise l'accès à des soins préventifs et curatifs.

La plupart des individus sont couverts par une assurance-maladie publique ou privée

La plupart des pays de l'OCDE sont parvenus à mettre en place une couverture pratiquement universelle de leur population au moins pour un ensemble de services de base (tableau 2.1). Tous les pays de l'OCDE, sauf cinq, possèdent un système public de couverture maladie universelle ou quasi universelle[1] qui comprend au minimum les consultations de médecins et les hospitalisations. Dans deux des cinq pays restants (Allemagne et Pays-Bas), l'assurance-maladie privée[2] assure une couverture principale à une partie de la population, entraînant une couverture quasi universelle. Dans les trois derniers (Mexique, Turquie et États-Unis), des groupes importants de population ne sont pas assurés. Au vu du rôle que joue la couverture dans l'accès aux soins et la protection financière, l'élargissement de la couverture de l'assurance-maladie est aujourd'hui une priorité dans ces trois pays, et d'autres ont pris des mesures pour améliorer la couverture offerte aux populations vulnérables (voir encadré 2.1).

Dans les pays de l'OCDE, l'assurance-maladie privée remplit des fonctions différentes : couverture principale, duplicative, complémentaire et supplémentaire (tableau 2.1). En Allemagne, aux Pays-Bas et aux États-Unis, elle représente l'unique forme d'assurance-maladie pour des segments importants de la population. En Australie, en Irlande, en Espagne et au Royaume-Uni, pour ne citer que ceux-là, l'assurance-maladie privée constitue une alternative privée à la couverture publique ; elle permet aux personnes ayant souscrit une assurance privée d'avoir accès à des prestataires financés sur fonds privés, lesquels peuvent ou non être extérieurs aux systèmes publics de production de soins. En France, la principale fonction de l'assurance-maladie privée est de compléter les remboursements partiels de la sécurité sociale[3]. Dans la plupart des pays de l'OCDE, des polices d'assurance-maladie privée peuvent être souscrites pour couvrir les prestations qui ne sont pas prises en charge par le régime public.

Quelques pays ont enregistré ces dernières années une augmentation notable du nombre de souscripteurs d'assurances-maladie privées[4]. Dans certains cas (Irlande, par exemple), ce phénomène a été déclenché par la croissance économique et la participation des employeurs ; dans d'autres (Australie, par exemple), il peut être attribué aux interventions des pouvoirs publics. Dans plusieurs pays de l'OCDE, les employeurs jouent un rôle croissant dans l'offre d'assurance-maladie privée, ce qui pourrait accroître la taille du marché et la contribution de l'assurance-maladie privée au financement total. Et là où la part de la couverture sponsorisée par les employeurs est importante, la mutualisation des risques pourrait s'améliorer[5].

Dans la perspective de l'introduction ou de l'extension d'une couverture privée en matière d'assurance-maladie, on peut se demander si toutes les catégories de population auront accès à une couverture abordable, problème qui se pose tout particulièrement lorsque

Tableau 2.1. **Couverture des régimes d'assurance publics et privés de santé dans les pays de l'OCDE, 2000**

	Dépenses publiques de santé en % des dépenses de santé totales[1]	Couverture publique[1]	Admissibilité à la couverture publique[2]	Assurance-maladie privée en % des dépenses de santé totales[1]	Population couverte par l'assurance-maladie privée[3] (%)	Types de couverture privée
Allemagne	75	90.9	Tous les salariés et les personnes à leur charge sont couverts par l'assurance-maladie légale, à l'exception des travailleurs indépendants et des fonctionnaires. Les salariés qui dépassent un certain plafond de revenus peuvent sortir de la caisse sociale d'assurance-maladie. S'ils remplissent certains critères, les assurés sociaux peuvent choisir de «rester» dans le régime public même s'ils sont autorisés à en sortir. Les travailleurs indépendants peuvent s'y affilier à titre volontaire.	12.6	18.2 *dont :* ≈ 9.1 ≈ 9.1[a]	Primaire (de substitution), Supplémentaire, complémentaire
Australie	68.9	100	Tous les résidents permanents sont admissibles au programme Medicare (régime d'assurance-maladie public financé par les impôts). Les personnes admissibles doivent s'affilier au régime avant de pouvoir recevoir des prestations.	7.3	44.9 40.3[4]	Duplicative, complémentaire Supplémentaire
Autriche	69.4	99	Presque tous les membres de la population active et les retraités sont couverts par l'assurance-maladie légale obligatoire. Les ayants-droit à l'aide sociale et les prisonniers reçoivent de l'État des prestations et des services de santé. 1 % de la population est sans couverture.	7.2	0.1 31.8	Primaire (de substitution) Complémentaire, supplémentaire
Belgique	72.1	99	Le système d'assurance-maladie légal obligatoire comprend un régime pour les salariés et un autre pour les travailleurs indépendants (environ 12 % de la population en 1999). Ce dernier ne couvre pas les «risques mineurs», tels que les consultations externes, la plupart des services de kinésithérapie, les soins dentaires et les opérations mineures.	n.d.	57.5[b]	Primaire (principale), complémentaire, supplémentaire
Canada	70.9	100	Toute la population est admissible à une couverture publique, financée par les impôts fédéraux et provinciaux.	11.4	65.0 (est.)	Supplémentaire
Corée	44.4	100	Toute la population est couverte par le régime social légal d'assurance-maladie.	n.d.	n.d.	Supplémentaire
Danemark	82.5	100	Toute la population est admissible à une couverture publique, financée par les impôts prélevés par l'État, les comtés et les municipalités.	1.6	28 (1998)	Complémentaire, supplémentaire
Espagne	71.7	99.8 (1997)	Presque toute la population est couverte par le régime national d'assurance-maladie, financé par les impôts généraux. Les fonctionnaires et les personnes à leur charge sont couverts par un régime spécial. Un petit groupe de travailleurs indépendants (professions libérales) et d'employeurs n'est pas couvert.	3.9	2.7[5] 10.3[5]	Primaire (de substitution, principale) Duplicative, supplémentaire
États-Unis	44.2	24.7	Les personnes admissibles aux programmes publics sont : les personnes de 65 ans et plus et les personnes gravement handicapées (Medicare), les personnes pauvres et quasi pauvres (Medicaid) et les enfants pauvres (SCHIP). Les seuils d'admissibilité à Medicaid sont définis par les États.	35.1	71.9	Primaire (principale), supplémentaire, complémentaire
Finlande	75.1	100	Toute la population est admissible à une couverture publique, financée par les impôts prélevés par l'État et les municipalités.	2.6	10	Duplicative, complémentaire, supplémentaire
France	75.8	99.9	La Sécurité sociale couvre tous les résidents légaux. 1 % de la population est couvert par la couverture de base de la CMU (Couverture maladie universelle).	12.7	86.0 (92 avec la CMU)	Complémentaire, supplémentaire

Tableau 2.1. **Couverture des régimes d'assurance publics et privés de santé dans les pays de l'OCDE, 2000** *(suite)*

	Dépenses publiques de santé en % des dépenses de santé totales[1]	Couverture publique[1]	Admissibilité à la couverture publique[2]	Assurance-maladie privée en % des dépenses de santé totales[1]	Population couverte par l'assurance-maladie privée[3] (%)	Types de couverture privée
Grèce	56.1	100	Toute la population est admissible à une couverture publique, financée par les impôts et les cotisations sociales à l'assurance-maladie.	n.d.	10[6]	Duplicative, supplémentaire
Hongrie	75.5	100	Tous les résidents permanents sont admissibles à l'assurance-maladie légale. En 1999, 1 % seulement de la population n'était pas couvert.	0.2	Négligeable	Supplémentaire
Irlande	73.3	100	Toute la population résidente est admissible à une assurance-hospitalisation publique, financée par les impôts généraux. Un tiers seulement environ de la population titulaire d'une carte de services médicaux bénéficie d'une prise en charge des consultations de généralistes et autres consultations externes.	7.6	43.8	Duplicative, complémentaire, supplémentaire
Islande	83.7	100	Tous les résidents permanents sont admissibles à l'assurance-maladie légale.	0 (est.)	Négligeable	Supplémentaire
Italie	73.4	100 (1997)	Toute la population est couverte par le régime national d'assurance-maladie, financé par les impôts généraux.	0.9	15.6 (1999)[6]	Duplicative, complémentaire, supplémentaire
Japon	78.3	100	Toute la population est couverte par le régime social légal d'assurance-maladie.	0.3	Négligeable	n.d.
Luxembourg	87.8	99	Toute la population est couverte par le régime social légal d'assurance-maladie, à l'exception des fonctionnaires et des salariés des institutions internationales (1 %).	1.6	2.4	Complémentaire, supplémentaire
Mexique	47.9	45-55 (est.)[c]	Le régime public de sécurité sociale couvre toute la population employée dans le secteur privé formel et les fonctionnaires, à l'exception des travailleurs indépendants, des travailleurs du secteur informel et des chômeurs. À compter de 2004, la couverture santé du système de protection sociale propose un nouveau régime d'assurance-maladie publique mis en œuvre pour offrir une assurance-maladie publique volontaire à la population auparavant non couverte par la sécurité sociale.	2.5 (2001)	2.8	Duplicative, supplémentaire
Norvège	85.2	100	Toute la population est admissible à une couverture publique, financée par les impôts prélevés par l'État, les comtés et les municipalités.	0 (est.)	Négligeable	n.d.
Nouvelle-Zélande	78	100	Toute la population est admissible à une couverture publique, financée par les impôts généraux.	6.3	35[7]	Duplicative, complémentaire, supplémentaire
Pays-Bas	63.4	75.6	L'admissibilité à l'assurance-maladie légale est déterminée par le revenu. Les individus dépassant un certain plafond de revenus ne sont pas couverts (28.9 % en 2000).	15.2	92 *dont :* 28.0 64 (est.)[a]	 Primaire (principale) Supplémentaire
Pologne	70	n.d.	Toutes les catégories éligibles ont droit à la couverture maladie légale. Les personnes n'appartenant pas aux catégories éligibles définies par la Loi du 6 février 1997 peuvent s'affilier au régime social d'assurance-maladie à titre volontaire.	n.d.	Négligeable	Supplémentaire
Portugal	68.5	100	Toute la population est couverte par le régime national d'assurance-maladie, financé par les impôts généraux.	1.5 (1997)	14.8	Duplicative, complémentaire, supplémentaire
République slovaque	89.4	100 (1999)	Toute la population est couverte par le régime social légal d'assurance-maladie.	0 (est.)	Négligeable	Supplémentaire

Tableau 2.1. **Couverture des régimes d'assurance publics et privés de santé dans les pays de l'OCDE, 2000** *(suite)*

	Dépenses publiques de santé en % des dépenses de santé totales[1]	Couverture publique[1]	Admissibilité à la couverture publique[2]	Assurance-maladie privée en % des dépenses de santé totales[1]	Population couverte par l'assurance-maladie privée[3] (%)	Types de couverture privée
République tchèque	91.4	100	Tous les résidents permanents sont admissibles à l'assurance-maladie légale.	0 (est.)	Négligeable	Supplémentaire
Royaume-Uni	80.9	100	Tous les résidents du Royaume-Uni sont couverts par le NHS (National Health Service), financé par les impôts généraux.	3.3 (1996)	10.0	Duplicative, supplémentaire
Suède	85	100	Toute la population est couverte par un régime social légal d'assurance-maladie, financé par les impôts locaux et les aides de l'État.	n.d.	Négligeable	Complémentaire, supplémentaire
Suisse	55.6	100[d]	Tous les résidents permanents sont tenus de souscrire une police d'assurance-maladie de base.	10.5	80[d]	Supplémentaire
Turquie	71.9 (1998)	66 (1997)	La population est couverte par le biais de trois régimes de sécurité sociale, applicables aux salariés du secteur privé, aux ouvriers du secteur public, aux travailleurs indépendants et aux fonctionnaires retraités.	0.7 (1994)	< 2[8]	Complémentaire, supplémentaire

Note : « Négligeable » indique une proportion couverte inférieure à 1 %.
n.d. Non disponible.
(est.) = Estimation.

a) Pour les Pays-Bas et l'Allemagne, les données renvoient aux polices d'assurance-maladie privée supplémentaire souscrites par des assurés qui relèvent du régime d'assurance sociale. Certains assurés qui ont une assurance-maladie privée primaire sont également couverts par une assurance supplémentaire, qui est parfois comprise dans la même police.

b) Pour la Belgique, les données englobent les polices d'assurance-maladie privée couvrant les soins hospitaliers qui sont proposées par les caisses maladies à titre volontaire et les polices d'assurance-maladie privée proposées par des assureurs commerciaux. Elles ne comprennent pas les polices couvrant les soins hospitaliers fournies à titre obligatoire à leurs affiliés par plusieurs caisses maladies, lesquelles garantissent aux assurés un montant forfaitaire limité (généralement moins de 12.4 euros par jour : Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités, 2002, *Rapport annuel*, p. 81) et qui couvraient en 2000 environ 67 % de la population.

c) Pour le Mexique, les chiffres relatifs à la couverture renvoient aux régimes de sécurité sociale, qui couvrent les travailleurs du secteur privé formel et les fonctionnaires. Il importe de noter que les dépenses publiques de santé en pourcentage des dépenses de santé totales englobent toutes les dépenses publiques de santé, c'est-à-dire les dépenses de sécurité sociale et les autres dépenses publiques telles que les ressources qui servent à financer la prestation de soins à la population non assurée dans les services de santé des États. Les estimations varient selon la source utilisée : les données tirées d'enquêtes réalisées auprès de la population font état de chiffres inférieurs, les données officielles de l'administration sont plus élevées, mais il n'existe pas de listes recoupant les personnes couvertes par la sécurité sociale.

d) Pour la Suisse, les données relatives à l'assurance-maladie privée ne concernent que l'assurance volontaire. L'assurance-maladie obligatoire, qui couvre l'ensemble de la population, figure dans les données *Éco-santé OCDE* sous la rubrique couverture publique, bien que ce soit un cas limite.

Source : Les sources particulières de données sont indiquées ci-après ; des informations ont également été communiquées par les pays membres de l'OCDE ou extraites de publications officielles :

1. *Éco-santé OCDE 2003*, deuxième édition, données de 2000 sauf indication contraire.
2. OECD PHI Regulatory Questionnaire, 2003 et autres sources officielles.
3. OECD PHI Statistical Questionnaire, données de 2000, sauf indication contraire.
4. PHIAC (2002), *Operations of the Registered Health Benefits Organisations Annual Report 2001-02*. Les données portent sur juin 2001.
5. Ministère de la Santé, Espagne (2003), Enquête nationale sur la santé 2001. Selon une autre estimation, le pourcentage de la population couverte était de 16.2 % en 2002 (couverture duplicative pour 11.3 % et couverture de substitution pour 4.9 %) (Données de l'Union espagnole d'assurance et de réassurance – UNESPA, décembre 2003).
6. Mossialos et Thomson (2002), *Voluntary Health Insurance in the European Union*.
7. European Observatory on Health Care Systems (2001), *Health Care Systems in Transition. New Zealand*.
8. UK Trade and Investment, « Health Care and Medical Market in Turkey », *www.tradepartners.gov.uk/healthcare/turkey/profile/overview.shtml* ; à noter que ce chiffre n'établit pas de distinction entre l'assurance-maladie privée seule et celle proposée dans le cadre d'une police d'assurance-vie.

Encadré 2.1. **Accroître l'accès aux soins : initiatives récentes dans les pays de l'OCDE**

Certains pays de l'OCDE ont pris récemment des mesures en vue d'améliorer l'accès aux soins des catégories sociales défavorisées par un renforcement de la couverture des régimes publics d'assurance-maladie. L'introduction en **France**, en 2000, de la « couverture maladie universelle » (CMU) en est un exemple notable. La CMU est un régime d'assurance sous conditions de ressources conçu pour promouvoir l'accès aux soins des personnes à faible revenu qui n'ont pas de couverture complémentaire. La CMU couvre l'intégralité du ticket modérateur sur les honoraires de médecins, du forfait hospitalier, des frais de lunettes et de prothèse dentaire, ce qui signifie que pour les bénéficiaires de la CMU les soins sont pour l'essentiel gratuits. En 2002, environ 8 % de la population française étaient admissibles à la CMU. Les premières évaluations de l'impact de la CMU sur l'utilisation des soins de santé montrent une progression du volume des prestations utilisées par les bénéficiaires de la CMU par rapport à la situation antérieure et par rapport aux personnes qui n'ont aucune assurance complémentaire mais dont le revenu est trop élevé pour pouvoir bénéficier de la CMU. La progression de la consommation a été particulièrement forte pour les consultations de spécialistes, les soins dentaires et l'ophtalmologie. On a estimé que les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU étaient supérieures d'environ 20 % à celles des personnes qui n'ont pas d'assurance complémentaire (DREES, 2003). En 2002, le coût global de cette couverture a été de 1 200 millions d'euros (Fonds de Financement de la CMU, 2003).

Au **Mexique**, environ la moitié seulement de la population avait en 2000 une assurance-maladie ; le reste avait principalement recours à des prestataires de soins publics, de qualité et de disponibilité inégales, surtout en milieu rural. Dans le cadre du *Programme national de santé pour la période 2001-2006*, le gouvernement a proposé de réformer la législation générale sur la santé afin d'offrir une couverture publique d'assurance-maladie aux quelque 45 millions de personnes qui, au Mexique, n'ont aucune couverture. Ce programme vise également à s'attaquer au problème de la faible qualité des services et des longs délais d'attente dans le secteur public.

Aux **États-Unis**, où l'assurance-maladie privée est la forme de couverture dominante, plus d'une personne sur sept n'est pas assurée. Pour accroître cette couverture, on peut soit élargir les programmes publics existants soit faciliter la souscription d'une couverture privée. Des initiatives des deux types ont été prises récemment, ciblées sur des segments différents de la population non assurée. À titre d'exemple, le *State Children's Health Insurance Program* a été créé en 1997 pour étendre la couverture aux enfants non assurés non éligibles au programme existant Medicaid pour les familles à faibles revenus ; il a permis de réduire la proportion d'enfants non assurés. Le *Trade Act* d'août 2002 aide, par le biais d'un crédit d'impôt, les personnes victimes de licenciements sectoriels et les retraités entre 55 et 64 ans qui ont perdu leurs prestations de retraite suite à la faillite de leur employeur, à souscrire une assurance-maladie privée. L'administration actuelle a également proposé d'accorder, à cet effet, des crédits d'impôt plus larges.

l'assurance-maladie privée joue le rôle de financement primaire pour certaines catégories de population (voir encadré 2.2). L'intervention publique, sous forme de réglementation et de subvention de l'assurance-maladie privée, peut contrer ce type de problème.

Encadré 2.2. **Politiques visant à encourager l'offre, à un prix abordable, d'une couverture d'assurance-maladie privée**

Les pays de l'OCDE où il existe un marché de l'assurance-maladie privée sont confrontés à des problèmes inhérents au caractère libre et concurrentiel du marché, à savoir la ségrégation par le risque[1] et les asymétries d'information entre acheteurs et vendeurs. Ainsi, en l'absence d'intervention publique, certains marchés de l'assurance-maladie privée offrent une couverture limitée, voire nulle, aux populations à haut risque et il se peut que pour certaines catégories à revenus faibles et moyens cette couverture soit inabordable. Ces considérations s'appliquent de façon générale, mais elles prennent une importance particulière lorsque l'assurance-maladie privée est l'unique source de couverture pour certaines catégories de population, comme aux États-Unis, ou lorsqu'elle est un pilier important du système de santé, avec des taux élevés de couverture de la population, comme aux Pays-Bas.

Ces préoccupations ont conduit dans certains pays les pouvoirs publics à intervenir pour faciliter l'accès à une couverture privée. Les incitations financières à la souscription d'une assurance-maladie privée peuvent rendre le produit plus abordable mais ne sont pas toujours suffisamment ciblées sur les populations les plus malades. L'impact de ces incitations sur les taux de souscription d'assurances-maladie privées est variable. En Australie, par exemple, il y a débat sur la contribution réelle de la réduction des primes dans le développement du marché, par rapport à d'autres interventions publiques. D'ailleurs, pour avoir un effet sur les taux de souscription, le montant des aides doit être élevé. Mais en même temps, la présence ou l'absence d'incitations financières a modelé les marchés de l'assurance-maladie privée : aux États-Unis, les allégements fiscaux ont encouragé le marché des assurances d'entreprise ; par contre, en Australie, la taxation des avantages sociaux offerts par les employeurs a freiné le développement de ce marché.

L'une des pratiques réglementaires utilisées pour promouvoir l'accès à une couverture privée consiste à exiger des assureurs qu'ils offrent au moins un produit aux personnes à haut risque et à assortir cette exigence de restrictions au montant des primes, comme cela se fait en Allemagne et aux Pays-Bas. Si cela ne garantit pas la mutualisation des risques dans toutes les offres, cela garantit l'accès, et aussi la participation de tous les assureurs à la promotion de cet accès. D'autres pratiques consistent à interdire l'acceptation sélective des souscripteurs en fonction du risque pour tous les produits, ou les pools séparés pour les personnes à haut risque. Des mécanismes de subvention croisée ou de péréquation des risques au niveau des assureurs ou des populations assurées pourraient contribuer à garantir une application juste et équitable de ces normes quels que soient les assureurs ou les populations assurées.

Des organismes indépendants pour se prononcer sur les problèmes des consommateurs, associés à des mécanismes de traitement des réclamations gérés ou supervisés par les pouvoirs publics, peuvent être utiles pour assurer la prise en compte des soucis des consommateurs et donner aux autorités publiques des indications sur des domaines éventuels d'intervention. Des mécanismes de ce type existent en Irlande, en Australie et dans de nombreux états des États-Unis où ils fournissent une assistance aux consommateurs sans nécessiter d'action en justice coûteuse. Ils aident également à instaurer une certaine confiance dans le système de couverture privée.

La décision d'imposer des normes pour encourager l'accès aux marchés de l'assurance-maladie privée, et les outils choisis, dépendent du rôle de ce type d'assurance dans le système de santé, des choix culturels et des priorités des pouvoirs publics, notamment de leur degré de tolérance des disparités d'accès selon le risque et les revenus. Mais la réglementation

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 2.2. **Politiques visant à encourager l'offre, à un prix abordable, d'une couverture d'assurance-maladie privée** *(suite)*

a un prix, car elle risque d'une part de limiter les possibilités pour les assureurs d'innover et de répondre aux préférences individuelles dans la conception de leurs produits et d'autre part de restreindre l'accès à l'assurance si la réglementation a pour effet de relever les primes au-delà du niveau correspondant à la couverture de la population en bonne santé (OCDE, 2004c).

1. La sélection des risques consiste soit à appliquer des restrictions à l'entrée soit à imposer pour les candidats à haut risque des exclusions qui peuvent se traduire par une couverture réduite pour les personnes qui ont besoin de soins importants. D'un autre côté, les assureurs ou les produits d'assurance sont confrontés à une sélection défavorable lorsque les souscripteurs ne souscrivent une couverture qu'au moment où ils anticipent un besoin, ou lorsqu'ils comptent un pourcentage disproportionné d'individus à haut risque. La sélection des risques comme la sélection défavorable minimisent l'effet de partage des risques et peuvent entraîner des problèmes d'accessibilité ou d'abordabilité de l'assurance pour certaines personnes.

L'exhaustivité de la couverture varie

L'éventail des produits et des services couverts par les régimes publics d'assurance-maladie varie d'un pays à l'autre (tableau 2.2). Tous les régimes publics couvrent les consultations de médecins et les soins aux malades hospitalisés. À l'exception des régimes canadiens[6] et du programme américain Medicare[7], la plupart couvrent les médicaments prescrits. Ils sont moins nombreux à inclure les soins dentaires. La quote-part des frais à la charge de l'usager dans les régimes publics varie également d'un pays à l'autre : nulle ou très faible pour les consultations de médecins et l'hospitalisation dans un grand nombre de pays, il peut atteindre jusqu'à 50 % en Corée. Dans la plupart des pays, le ticket modérateur est plus important pour les médicaments prescrits. Toute cette diversité explique en partie que la part des dépenses directes de santé dans la consommation totale des ménages varie beaucoup d'un pays de l'OCDE à l'autre, allant de 1 %, voire moins en République tchèque et au Royaume-Uni à plus de 4 % en Corée, au Mexique et en Suisse. Toutefois, les implications en termes d'accès aux soins dépendent beaucoup de la répartition de ces dépenses directes dans la population.

Couverture des soins de longue durée

Les moyens utilisés pour financer le coût des soins de longue durée varient considérablement d'un pays à l'autre (tableau 2.3). Dans beaucoup d'entre eux, les soins de longue durée sont considérés comme relevant non du secteur de la santé mais du secteur social. Et parmi ces pays, on distingue ceux où l'accès aux soins de longue durée se fait sur la base des besoins et moyennant un coût faible pour l'utilisateur, à l'instar de ce qui se fait pour les soins de santé (comme en Norvège et en Suède), et ceux où les soins de longue durée sont assimilés à l'aide sociale, en ce sens qu'ils ne sont pris en charge par les pouvoirs publics que lorsque l'utilisateur ne peut pas les payer lui-même (comme en Nouvelle-Zélande, en Espagne, au Royaume-Uni et aux États-Unis). Certains pays (la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, par exemple) qui, de tout temps, ont considéré les soins de longue durée comme faisant partie du filet de protection sociale pour les personnes qui n'ont pas les moyens d'en assumer la charge, ont modifié les conditions de ressources et de patrimoine de manière à rendre plus supportable la ponction financière sur les actifs privés.

Tableau 2.2. **Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE**[1]

Niveau de partage des coûts en pourcentage et en USD ou en EUR

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Radiologie et pathologie
Allemagne[2] **(2004)**	Un forfait de 10 EUR par trimestre couvre toutes les consultations au cours du trimestre. Les actes préventifs ne sont pas facturés par les praticiens.	Les patients qui sont envoyés chez un médecin par un autre médecin ne paient pas de contribution supplémentaire sous réserve que la consultation intervienne au cours du même trimestre.	Participation aux frais à hauteur de 10 % du prix, mais ne pouvant être inférieure à 5 EUR ni supérieure à 10 EUR par médicament.	Participation aux frais à hauteur de 10 EUR par jour, limité à 28 jours au maximum dans l'année civile.	Nul.
Australie	Pour 25 % des notes d'honoraires, moyenne de 5 USD. Les patients sont remboursés à hauteur de 85 % du tarif inscrit au barème sauf en cas de facturation globale.	Pour 71 % des notes d'honoraires, moyenne de 8 USD. Les patients sont remboursés à hauteur de 85 % du tarif inscrit au barème s'ils sont envoyés par un médecin référent.	Maximum de 23.70 AUD (environ 18 USD) par ordonnance pour les patients de médecine générale (médicaments inscrits sur la liste du programme PBS).	Nul.	Inclus dans les honoraires des spécialistes.
Autriche	20 % de la population paient entre 10 et 20 % des honoraires des médecins.	Idem que pour les généralistes.	4.50 USD par ordonnance.	Pour les assurés : 6 USD par jour/maximum 28 jours par an. Pour les personnes à charge : 10-13.50 USD par jour/maximum 28 jours par an.	Idem que pour les généralistes.
Belgique	25 %, ramené à 10 % pour les catégories vulnérables.	Idem que pour les généralistes.	Taux fixe plus 10/20/30/50 % ; 100 % pour les médicaments non remboursables.	5-6 USD par jour, 2-3 USD pour les catégories vulnérables. Supérieur au-delà de 90 jours.	
Canada	Nul.	Nul.	À l'appréciation des provinces.	Nul.	Nul.
Corée	« Frais de consultations externes » : 30 % pour les consultations en centre de soins, 40 % en hôpital, 55 % en hôpital général.	« Frais de consultations externes » : 30 % pour les consultations en centre de soins, 40 % en hôpital, 55 % en hôpital général.		20 % des soins avec hospitalisation (« frais d'hospitalisation »).	
Danemark	Nul sauf pour moins de 3 % de la population.		Taux fixe plus : 50/70/100 %.	Nul.	Nul.
Espagne	Nul.	Nul.	0 %, 40 %. Retraités et malades de longue durée largement exonérés[3].	Nul.	Nul.
États-Unis (2004)[4]	20 % en plus de la franchise de 100 USD. Plus une prime mensuelle de 66.60 USD pour couvrir les frais des médecins.		100 %.	Franchise de 876 USD pour les 60 premiers jours d'hospitalisation ; ticket modérateur de 219 USD par jour du 61e au 90e jour ; 438 USD par jour au-delà de 90 jours. 109.50 USD par jour dans les établissements de soins infirmiers spécialisés, du 21e au 100e jour.	Idem que pour les médecins.
Finlande	Il existe un plafonnement de contribution annuel de 22 EUR par période de douze mois. Si ce plafond n'est pas atteint, le tarif est de 11 EUR la consultation. Ces paiements s'entendent pour un maximum de trois consultations durant l'année civile. En dehors des heures ouvrables, le tarif est de 15 EUR la consultation. La consultation est gratuite pour les jeunes âgés de moins de 18 ans.	La consultation externe est de 22 EUR, et gratuite dans les unités de traitement de patients psychiatriques non hospitalisés.	L'Institut d'assurances sociales (IAS) rembourse une partie du coût des médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste. L'IAS prend en charge 50 % du coût des médicaments au-delà d'une franchise de 10 EUR par achat ou, plus rarement, la quasi-totalité du coût des médicaments (les affiliés au régime remplissant certaines conditions peuvent être admis à bénéficier d'un remboursement de 75 ou de 100 % au-delà d'une franchise de 5 EUR). Tous les coûts non couverts relatifs à des médicaments qui dépassent 604.72 EUR dans l'année sont couverts par l'IAS. Les médicaments administrés au cours des soins dispensés aux patients hospitalisés sont inclus dans le tarif journalier.	Centre médical : 26 EUR par jour, 12 EUR par jour dans les services psychiatriques. Les jeunes de moins de 18 ans paient au maximum sept forfaits journaliers par année civile. Hôpital : 26 EUR par jour, 12 EUR par jour dans les services psychiatriques. Les jeunes de moins de 18 ans paient au maximum sept forfaits journaliers par année civile. La chirurgie de jour est facturée 72 EUR l'acte. Soins de longue durée : (> à 3 mois) en centre médical ou à l'hôpital : les contributions sont établies en fonction des ressources et plafonnées à 80 % du revenu du patient. Le patient doit pouvoir disposer pour son usage personnel d'un minimum de 80 EUR par mois. Les jeunes de moins de 18 ans paient au maximum sept forfaits journaliers par année civile.	Nul.

Tableau 2.2. **Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE**[1] *(suite)*

Niveau de partage des coûts en pourcentage et en USD ou en EUR

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Radiologie et pathologie
France	30 %[5].	30 %[5].	0 % pour certains médicaments ; 35 % pour la plupart des médicaments, 65 % pour les médicaments « de confort » ou sans valeur thérapeutique démontrée.	11 EUR par jour plus 20 % des coûts totaux pendant les 30 premiers jours, jusqu'à un plafond de 200 EUR.	40 %.
Grèce	Nul.	Nul.	0/10/25 %.	15 USD.	–
Hongrie (2002)	Nul.	Participation aux frais si le patient n'est pas envoyé par un médecin référent (sauf pour les urgences).	0/10/30/50 ou 100 % ; système de prix de référence pour certains médicaments.	Participation aux frais pour les soins de longue durée en milieu hospitalier (peut être couverte selon le niveau de revenu), participation aux frais pour les « services hôteliers » des hôpitaux au-delà de la norme.	Nul.
Irlande[6]	Nul pour la catégorie I (35 % de la population) ; la catégorie II paie les services des médecins généralistes.	Idem que pour les généralistes.	Aucun frais pour la catégorie I ; remboursement de la fraction des coûts dépassant 21 USD (par mois) pour la catégorie II.	Aucun frais pour la catégorie I ; catégorie II : 17 USD par jour, avec un maximum de 166 USD pour toute période de 12 mois.	Nul pour la catégorie I.
Islande[7]	9 USD.	17 USD plus 40 % du reste du coût.	0, 12.5 %, 25 %.	Nul.	13 USD.
Italie	Nul.	Maximum de 41 USD.	Gratuits pour les médicaments de catégorie I ; 50 % pour la catégorie II ; gratuit pour les médicaments de catégorie I et II pour les personnes exonérées ; 100 % pour les médicaments de catégorie III.	Nul.	41 USD au maximum.
Japon[8]	30 % (enfants de moins de 3 ans, 20 %).	Idem que pour les généralistes.	30 % (enfants de moins de 3 ans, 20 %).	Idem que pour les généralistes.	Idem que pour les généralistes (consultations externes) ou les soins aux malades hospitalisés.
Luxembourg	5 %.	5 %.	0 % ou 20 %.	Taux fixe compris entre 10 et 15 EUR.	
Mexique	Pas de participation aux frais pour les affiliés aux régimes de sécurité sociale (soit à peu près la moitié de la population). S'agissant des établissements dépendant du ministère de la Santé, qui sont ouverts à l'ensemble de la population, le ministère des Finances fixe des taux indicatifs de participation financière en fonction du revenu des ménages, mais les taux appliqués varient selon les États et selon les hôpitaux.				
Norvège	11 USD.	16 USD.	25 % pour les médicaments du ticket bleu, maximum de 43 USD par ordonnance.	Nul.	Radiologie 11 USD.
Nouvelle-Zélande	Dépassement d'honoraires.	Patients externes 3-17 USD.	2-8 USD avec plafonnement des frais non remboursables (« stop loss »).	Nul.	Patients externes 3-17 USD.
Pays-Bas	Nul.	Nul.	Les génériques sont couverts. Les non génériques sont couverts s'ils constituent la seule solution.	Nul.	Nul.
Pologne (1999)	Nul.	Nul.	Liste de base : taux fixe = 0.05 % du salaire minimum ; liste supplémentaire : 30-50 % du coût du médicament. Les patients souffrant de maladie chronique et les anciens combattants sont intégralement ou partiellement remboursés.	Nul.	Nul.
Portugal		91-213 USD.	0/30/60/100 % selon les catégories de médicaments.	30 USD.	

Tableau 2.2. **Les politiques de copaiement dans les régimes d'assurance publics pour les services de base dans les pays de l'OCDE**[1] *(suite)*

Niveau de partage des coûts en pourcentage et en USD ou en EUR

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médicaments	Soins aux malades hospitalisés	Radiologie et pathologie
République slovaque (2000)	Nul.	Nul.	Catégorie I : entièrement couverts. Catégorie II : mêmes médicaments que ci-dessus, fabricants différents, partiellement remboursés. Catégorie III : à la charge du patient.	Nul.	Nul.
République tchèque (2000)	Nul.	Nul.	Les médicaments génériques sont couverts. Les autres sont remboursés s'ils constituent la seule solution.	Nul.	Nul.
Royaume-Uni	Nul.	Nul.	9 USD par ordonnance, ou gratuits avec un « abonnement » de 130 USD. Nombreuses personnes exonérées.	Nul.	Nul.
Suède	13-20 USD la consultation. Plafonnement des contributions par période de 12 mois à 120 USD.	26-40 USD la consultation. Plafonnement des contributions par période de 12 mois à 120 USD (y compris honoraires des médecins généralistes).	Le patient paie 100 % du coût des médicaments jusqu'à 120 USD; passé ce seuil, la participation est dégressive : 50 %, 20 % et 10 %. Les frais pour les médicaments sont plafonnés à 240 USD par période de 12 mois.	Un maximum de 10 USD par jour ; variations selon les conseils de comtés en fonction de l'âge, du revenu, etc. Il existe aussi des variations locales en ce qui concerne le plafonnement des frais à la charge des patients hospitalisés. Les frais d'hospitalisation ne sont pas inclus dans le système de protection des patients ambulatoires pour les soins coûteux.	–
Suisse[9]	10 %.	10 %.	10 %.	10 CHF par jour (environ 7 USD).	10 %.
Turquie	Nul.	Nul.	10 % pour les retraités ; 20 % pour les actifs.	Nul.	Nul.

1. Montants approximatifs en dollars américains ou en euros, convertis selon les taux de change nominaux. Les informations proviennent des données disponibles les plus récentes, dont la période de référence va de la fin de années 90 à aujourd'hui. Certains changements issus de réformes récentes peuvent ne pas être pris en compte.
2. La participation financière globale par an est plafonnée à 2 % du revenu brut (1 % pour les patients atteints de maladies chroniques). Aucune participation n'est demandée aux moins de 18 ans.
3. Les malades chroniques paient 10 % par ordonnance, plafonnés à 400 pesetas (2.75 USD).
4. S'applique à 13 % de la population (personnes âgées et handicapées), bénéficiaires du programme public Medicare. La franchise est plus faible pour les affiliés à un organisme de soins de santé intégrés.
5. 30 % des honoraires conventionnés et plus en cas de dépassement d'honoraires. La participation aux frais peut être inférieure si elle est couverte par l'assurance complémentaire, qui normalement rembourse une partie de la participation aux frais, y compris les dépassements d'honoraires. L'assurance complémentaire couvre plus de 80 % de la population. Les groupes vulnérables et les malades chroniques peuvent être dispensés de la participation aux frais.
6. Environ 40 % de la population sont couverts par une assurance-maladie privée qui prend généralement en charge les frais de consultation de généralistes au-delà d'un seuil relativement élevé, les frais de consultation de spécialistes au-delà d'un certain seuil et les frais d'hébergement privé et semi-privé. Au-delà d'un certain seuil, les frais médicaux non remboursés donnent lieu à un allègement fiscal.
7. Maximum pour l'année dans le régime facturateur.
8. Au Japon, il existe un régime public de santé obligatoire pour les personnes âgées de 75 ans et plus et pour les personnes âgées de 65 à 74 ans souffrant d'un handicap grave. Depuis octobre 2002, la participation aux frais est de 10 % (20 % pour les personnes dont le revenu dépasse un seuil donné).
9. Franchise annuelle de 300 CHF pour les adultes et de 0 CHF pour les enfants. Depuis 1986, possibilité de choisir une franchise plus élevée (jusqu'à 1 500 CHF) en échange d'une prime plus faible. La quote-part à la charge de l'assuré représente 10 % des frais dépassant la franchise, dans la limite de 700 CHF par an pour les adultes et de 350 CHF par an pour les enfants.

Source : Informations communiquées par les pays membres de l'OCDE ou extraites de publications officielles.

Tableau 2.3. **Source principale de financement public des soins de longue durée dans une sélection de pays de l'OCDE, 2003**

	Service[1]	Principale source de financement[2]	Couverture[3]
Australie	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
Autriche	Soins en établissement	Impôts généraux	Universelle
	Soins à domicile	Impôts généraux	Universelle
Canada[4]	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources dans la plupart des provinces
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources dans la plupart des provinces
Allemagne	Soins en établissement	Cotisations	Universelle
	Soins à domicile	Cotisations	Universelle
Irlande	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
Japon	Soins en établissement	Cotisations et impôts généraux	Universelle
	Soins à domicile	Cotisations et impôts généraux	Universelle
Corée	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
Luxembourg	Soins en établissement	Cotisations et impôts généraux	Universelle
	Soins à domicile	Cotisations et impôts généraux	Universelle
Pays-Bas	Soins en établissement	Cotisations	Universelle
	Soins à domicile	Cotisations	Universelle
Nouvelle-Zélande	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
Norvège	Soins en établissement	Impôts généraux	Universelle
	Soins à domicile	Impôts généraux	Universelle
Espagne	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
Suède	Soins en établissement	Impôts généraux	Universelle
	Soins à domicile	Impôts généraux	Universelle
Royaume-Uni	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources[5]
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources dans la plupart des régions
États-Unis	Soins en établissement	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources
	Soins à domicile	Impôts généraux	Soumise à conditions de ressources

1. Les services couverts sont les soins infirmiers et personnels dispensés dans les établissements et les soins à domicile. Ne sont pas inclus les services « hôteliers » dans les établissements. Normalement, les soins infirmiers dispensés à domicile sont couverts par le régime d'assurance pour les soins aigus dans tous les pays.
2. Les impôts généraux peuvent être nationaux, régionaux ou locaux. Les cotisations sont celles versées au régime social d'assurance.
3. Si la couverture n'est soumise à aucune condition de revenu ou de patrimoine, elle est considérée comme « universelle », bien que d'autres critères restrictifs puissent lui être appliqués. Si la couverture est soumise à des conditions de revenu ou de patrimoine, elle apparaît comme « soumise à conditions de ressources ».
4. Les soins de longue durée relèvent de la responsabilité des provinces. Le tableau indique la situation qui prévaut dans la majorité des provinces.
5. Sauf en Écosse.

Source : OCDE (2004b).

Certaines barrières à l'accès subsistent

La couverture maladie universelle, conjuguée à une faible participation financière des usagers, a montré son efficacité pour améliorer l'équité d'utilisation des services de santé. Pourtant, des disparités subsistent à cet égard, dans certains pays, qui s'expliquent entre autres par l'impact du ticket modérateur sur les faibles revenus et par des différences de couverture selon les catégories de population. Cela peut se traduire par des problèmes de santé qui aggravent encore l'isolement économique et l'exclusion sociale.

Nouvelles indications sur l'équité d'utilisation des services en fonction des revenus

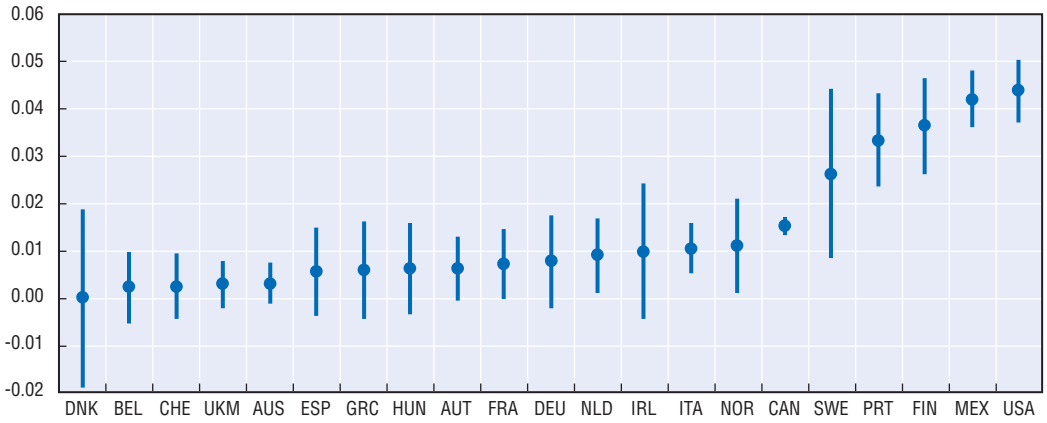
Une analyse des données tirées d'enquêtes effectuées auprès des ménages aux alentours de 2000 (Van Doorslaer *et al.*, 2004)[8] montre que, dans la plupart des pays de l'OCDE, lorsqu'elles sont corrigées pour tenir compte des besoins, les consultations chez le médecin se répartissent équitablement entre les différents groupes de revenus. En revanche, dans cinq des 21 pays étudiés (Finlande, Mexique, Portugal, Suède et États-Unis), on observe des inégalités (toutes consultations confondues – généralistes et spécialistes) (graphique 2.1). Les causes sous-jacentes en sont probablement différentes. Ainsi, l'inégalité en faveur des riches observée aux États-Unis diminuerait de 30 % si toute la population était couverte par une assurance-maladie.

A l'instar des consultations en général, les consultations auprès des généralistes se répartissent équitablement entre les différentes catégories de revenus dans la majorité des pays pour lesquels on dispose de données. Lorsqu'on observe une disparité importante, elle est souvent en faveur des pauvres. Le schéma est toutefois très différent pour ce qui est des consultations de spécialistes. Dans chacun des pays étudiés, la probabilité (à besoin égal) de consulter un spécialiste est beaucoup plus grande chez les riches que chez les pauvres et dans la plupart des pays la fréquence des consultations est également plus grande chez les riches. Cette inégalité en faveur des riches est particulièrement importante au Portugal, du fait du montant élevé de la quote-part à la charge des patients et d'une répartition inégale des spécialistes ; en Irlande, où le régime d'assurance (public/privé) diffère selon le niveau de revenu ; et en Finlande en raison du niveau élevé des copaiements et des possibilités de couverture privée.

Dans plusieurs pays, les disparités de soins entre régions riches et régions pauvres contribuent aux inégalités globales liées au revenu pour les consultations de spécialistes. Outre le Portugal, des disparités régionales pour ce qui est des consultations de spécialistes sont également manifestes en Espagne, en Hongrie, en Grèce et en Italie. Bien souvent, elles reflètent des différences entre les régions les mieux dotées (souvent la région de la capitale) et les régions périphériques.

Graphique 2.1. **Équité d'accès aux consultations de médecins, 2000**

Indices d'inéquité horizontale concernant la probabilité de consulter un médecin, avec un intervalle de confiance de 95 %



Note : Les points désignent les indices d'inéquité horizontale (IH), qui mesurent l'inégalité de la probabilité de consulter un médecin au moins une fois par an selon le revenu, après normalisation des différences de besoins (variations de l'état de santé autodéclaré). Lorsque l'indice d'IH est positif, l'inégalité est favorable aux riches ; lorsqu'il est négatif, l'inégalité favorise les pauvres. Les « moustaches » correspondent à un intervalle de confiance de 95 %. Un indice d'IH nul ou non significatif signifie que la probabilité de consulter un médecin est distribuée équitablement quel que soit le revenu.

Source : Van Doorslaer *et al.* (2004).

Pour les hospitalisations, aucun schéma bien établi d'inégalité ne se dégage en faveur des riches ou en faveur des pauvres. Pour plusieurs pays, notamment l'Australie, le Canada, la Suisse et les États-Unis, on observe une probabilité d'hospitalisation plus grande pour les pauvres que pour les riches. Aux États-Unis, la constatation d'un plus grand nombre d'hospitalisations chez les pauvres et d'un niveau plus élevé de consultations de médecins chez les riches concorde avec les conclusions selon lesquelles les personnes non assurées, qui sont pour la plupart des personnes à faible revenu, bénéficient de moins de prévention et de moins de soins au titre de maladies chroniques (Hadley, 2002). Le déficit de soins primaires se traduit par des taux plus élevés d'hospitalisation, en particulier de recours aux services d'urgence.

Bien que les données empiriques soient limitées, les résultats de la recherche suggèrent que certaines inégalités d'utilisation des services contribuent aux inégalités de résultats sanitaires. À titre d'exemple, une étude effectuée dans la province canadienne de l'Ontario (Alter *et al.*, 1999) a analysé les disparités d'accès à la chirurgie cardiaque invasive après un infarctus aigu du myocarde en fonction du revenu local. Elle a constaté une très nette corrélation positive entre le niveau de revenu et les taux d'angioplastie coronaire et de revascularisation, alors qu'une forte relation négative a été établie entre le niveau de revenu et les délais d'attente et les taux de mortalité à un an. À chaque augmentation de 10 000 dollars du revenu médian local correspondait une diminution de 10 % du risque de décès à un an[9]. Des constats analogues d'inégalités socio-économiques en matière d'interventions coronariennes ont été rapportés pour d'autres pays, notamment la Finlande (Hetemaa *et al.*, 2003 ; Keskimäki, 2003). Ces résultats laissent à penser que les différences de recours au diagnostic et à la thérapie en fonction des revenus jouent un rôle dans les disparités de résultats sanitaires, même dans un pays comme le Canada où la distribution des soins semble relativement équitable.

Atténuer l'impact de la participation financière du patient sur l'accès aux soins nécessaires

Ces dernières années, certains pays de l'OCDE ont introduit ou accru la participation des patients aux frais pour différents types de prestations dans le but de réduire les dépenses publiques ou de sensibiliser davantage les consommateurs aux coûts[10]. Récemment, de nouvelles modalités de copaiement ont été introduites pour les soins ambulatoires ou pour certaines prestations hospitalières dans plusieurs pays européens (par exemple Autriche, Belgique, Finlande, France, Irlande, Luxembourg et Suède) ainsi qu'au Japon. Toutefois, l'augmentation de la quote-part à la charge du patient a principalement concerné les produits pharmaceutiques. Le nombre des médicaments non remboursés a augmenté, surtout pour les médicaments dits « de confort » ou « à service médical rendu insuffisant ». Pour beaucoup d'autres, le pourcentage non remboursé a été relevé.

Dans certains cas, le copaiement peut avoir des effets indésirables sur l'accès aux soins. Afin d'éviter de créer des obstacles financiers à cet accès, l'adoption de ces nouvelles mesures s'est généralement accompagnée d'exonérations pour les catégories les plus vulnérables. L'exonération peut être fondée sur un critère de revenu[11], comme en Italie, ou être attachée à des pathologies particulières (susceptibles d'entraîner des coûts élevés). Dans certains dispositifs d'assurance publics et privés, certaines prestations (préventives notamment) sont exonérées dans le but d'en encourager l'utilisation. Certaines couvertures comportent également un plafonnement des montants à la charge des patients, afin de préserver leur accès aux soins et leurs finances. Selon la façon dont ils sont conçus, certains de ces mécanismes qui visent à favoriser l'accès aux soins peuvent impliquer des coûts administratifs importants.

Les différenciations de la couverture contribuent bien souvent aux inégalités d'accès

L'assurance-maladie privée peut créer, ou aggraver, des différences d'accès aux soins entre les populations qui bénéficient d'une telle couverture et les autres. Cette situation peut découler de la décision d'un pays de rationner certaines prestations par la propension à payer, ou être la conséquence involontaire d'une politique de recours à l'assurance privée pour réaliser d'autres objectifs. Dans les pays où il y a fréquemment des délais d'attente pour certaines prestations relevant du régime public, les personnes qui ont souscrit une police d'assurance privée duplicative peuvent avoir accès à ces prestations plus rapidement que celles qui n'ont que la couverture publique[12]. Dans certains de ces cas, il existe des établissements hospitaliers qui accueillent exclusivement les patients qui ont une assurance privée et les médecins peuvent être incités à faire bénéficier les patients privés d'un traitement préférentiel. Lorsque l'offre est limitée, cela peut aggraver les pénuries ressenties par les patients qui n'ont que la couverture publique. Les personnes qui ont une assurance privée supplémentaire peuvent également bénéficier d'un meilleur accès à certains biens ou services non couverts par les régimes publics, généralement les prestations de luxe (chambre particulière) ou accessoires mais aussi, dans certains cas, les médicaments prescrits et divers autres soins cliniquement utiles. Dans le programme américain Medicare pour les personnes âgées, où la quote-part à la charge de l'usager est importante et où les médicaments prescrits et diverses autres prestations ne sont pas couverts, les personnes qui ont une couverture supplémentaire ou complémentaire (privée ou publique, via Medicaid) ont un meilleur accès aux soins, en particulier elles tardent moins à se faire soigner (Medicare Payment Advisory Commission, 2002).

Cela dit, l'assurance-maladie privée ne crée pas obligatoirement une disparité d'accès entre les personnes qui en bénéficient et les autres, en particulier lorsqu'elle assure la couverture primaire pour certaines populations ou qu'elle vient en complément d'une couverture publique relativement généreuse. En Allemagne, au Royaume-Uni et en Suisse, par exemple, l'existence de certains régimes d'assurance privée volontaire couvrant principalement le supplément de confort et le luxe, n'a que faiblement contribué à faire pencher du côté des riches une distribution des soins par ailleurs relativement équitable (Van Doorslaer *et al.*, 2004).

L'intervention publique a parfois atténué les inégalités créées par les différences de couverture, lorsque ces inégalités n'étaient pas souhaitées. En France, la souscription volontaire d'une assurance complémentaire privée pour couvrir les copaiements a sensiblement contribué à accroître le taux d'utilisation par les riches des soins de spécialistes (Van Doorslaer *et al.*, 2004), mais la mise en place en 2000 d'une couverture publique similaire pour les personnes à faibles revenus via la couverture maladie universelle a augmenté le recours de ces derniers à des spécialistes et sensiblement rééquilibré les choses. Aux Pays-Bas, où l'assurance-maladie privée représente la couverture principale pour les personnes à revenus élevés, tous les prestataires traitent tous les patients de la même façon, qu'ils relèvent du régime public ou d'une assurance privée, et il n'y a pas de disparité d'accès aux soins selon la situation au regard de l'assurance. L'égalité d'accès est facilitée par l'imposition de plafonds de remboursement qui s'appliquent aussi bien aux assureurs sociaux qu'aux assureurs privés, et les patients ont le même niveau de choix concernant la date des soins et ils sont inscrits sur les mêmes listes d'attente.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Lorsqu'ils souhaitent qu'il n'y ait pas de différentiel d'accès selon la situation au regard de l'assurance, les pays où existe un secteur privé de l'assurance-maladie ont divers moyens à leur disposition : assurer aux personnes démunies une couverture adéquate ; établir des règles explicites pour garantir l'égalité d'accès aux soins ; réduire le pouvoir discrétionnaire des prestataires en chargeant une partie neutre de gérer les listes d'attente ; spécifier et contrôler les obligations des prestataires envers les assurés du régime public et affecter les soins non urgents sur la base d'une liste d'attente unique, que les patients relèvent d'un régime public ou privé (OCDE, 2004c).

Identifier et surmonter les barrières non financières aux soins de santé

L'accès aux soins de santé nécessaires peut quand même varier d'une catégorie de population à l'autre dans les pays où existe une couverture d'assurance-maladie universelle et où la quote-part des frais à la charge de l'usager est minime, voire nulle. Dans ces pays, il est fréquent, par exemple, que les catégories défavorisées ne participent guère aux programmes de prévention alors qu'elles sont plus exposées au risque. Au Canada, par exemple, le recours aux soins préventifs périnataux est moindre parmi les mères dont le niveau d'instruction est faible, alors qu'elles risquent davantage d'accoucher d'enfants ayant un faible poids de naissance et qui devront être hospitalisés au moins une fois durant leur première année d'existence. Étant donné qu'au Canada l'accès à ces soins prénataux et postnataux est universel et gratuit, cela conduit à penser qu'il subsiste d'importantes barrières non financières à l'accès aux soins (Wolfson et Alvarez, 2002).

Dans plusieurs pays, le niveau d'instruction est un facteur important de la distribution des consultations chez le médecin et le dentiste (Van Doorslaer *et al.*, 2004). Indépendamment de facteurs tels que le niveau de revenu et l'état de santé, les personnes plus instruites sont plus enclines à consulter médecin et dentiste en Hongrie, aux États-Unis et dans d'autres pays.

Aux États-Unis, le constat des inégalités d'utilisation des prestations de santé selon la race et l'origine ethnique suscite des préoccupations chez les autorités. Une étude récente sur les bénéficiaires du programme Medicare a clairement indiqué que les noirs ont moins de chances de bénéficier des soins cliniques recommandés pour un certain nombre de pathologies, et ce indépendamment d'autres facteurs connus pour jouer un rôle important dans l'utilisation des recours aux prestations de santé (Schneider *et al.*, 2002). Les raisons qui expliquent ces différences ne sont pas encore bien comprises.

Les États-Unis ne sont pas le seul pays à connaître ce type de problème. L'Australie, le Canada et la Nouvelle-Zélande, par exemple, s'inquiètent de l'égalité d'accès aux soins des populations autochtones. Les barrières spécifiques à l'accès varient peut-être d'un pays à l'autre et d'un groupe de population à l'autre.

Garantir une offre adéquate de prestataires de soins

Pour garantir l'accessibilité des soins de santé, il faut maintenir un effectif de professionnels de santé à même de répondre aux besoins de la population en services médicaux sûrs et de qualité, ce qui implique de disposer d'un nombre suffisant de praticiens ayant les qualifications voulues, là où les patients ont besoin d'eux. Toutefois, juger de l'adéquation de l'offre n'est pas chose facile, en particulier si l'on considère que le volume de prestations demandé par une population bien assurée peut être supérieur à ce qui serait médicalement nécessaire et qu'une certaine marge est possible dans la répartition des niveaux de compétences utilisés pour la fourniture des prestations.

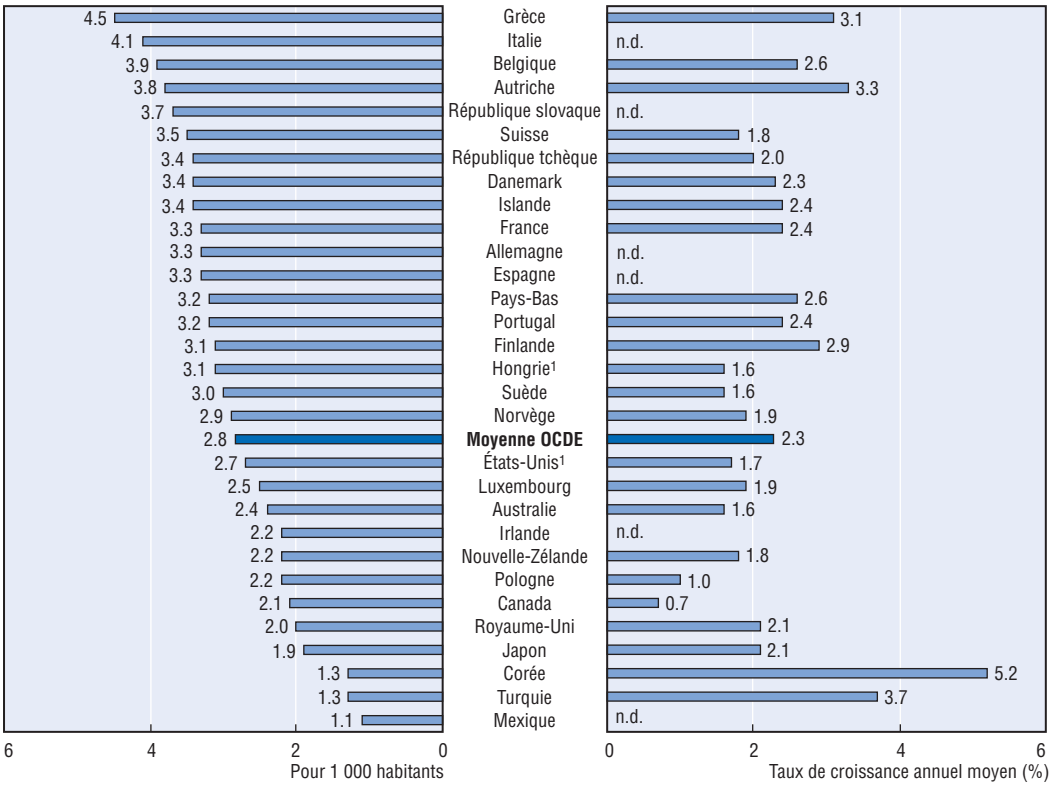
Dans plusieurs pays de l'OCDE, des inquiétudes se font entendre concernant un écart grandissant entre la demande et l'offre de médecins et d'infirmières. De fait, des pénuries de professionnels de la santé sont déjà apparues dans plusieurs pays. Malgré l'accroissement prévu de la demande de services de santé, on prévoit que l'offre va diminuer, ou au mieux qu'elle va augmenter lentement (en l'absence de mesures correctives), compte tenu des tendances sociales à la réduction des heures de travail, du vieillissement de la population des médecins, et des tendances aux départs hâtifs à la retraite ou à la retraite partielle. C'est pourquoi plusieurs pays s'efforcent d'accroître le nombre et la productivité des médecins et des infirmières.

De combien de médecins a-t-on besoin pour garantir une offre de services adéquate ?

L'importance des effectifs de médecins et leur taux de croissance varient beaucoup d'un pays à l'autre (graphiques 2.2 et 2.3). La densité de médecins, par exemple, varie entre moins de 2 pour 1 000 habitants et le double de ce chiffre dans un certain nombre de pays de l'OCDE. Pour les infirmières, l'écart observé est encore plus important. Un certain

Graphique 2.2. **Nombre de médecins pour 1 000 habitants, 2000**

Graphique 2.3. **Augmentation du nombre de médecins pour 1 000 habitants, 1980 à 2000**



Note : Pour la Belgique, le Danemark, les États-Unis, la France, l'Islande et le Luxembourg, l'effectif total de médecins comprend aussi ceux travaillant dans l'industrie, l'administration et la recherche.
La République tchèque, le Mexique et la Norvège communiquent des équivalents plein-temps au lieu du nombre d'individus.
La Finlande, l'Irlande et les Pays-Bas communiquent le nombre de médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins en activité.
La moyenne exclut : Allemagne, Espagne, Irlande, Italie, Mexique et République slovaque.
1. 1999.

Source : Éco-santé OCDE 2003.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

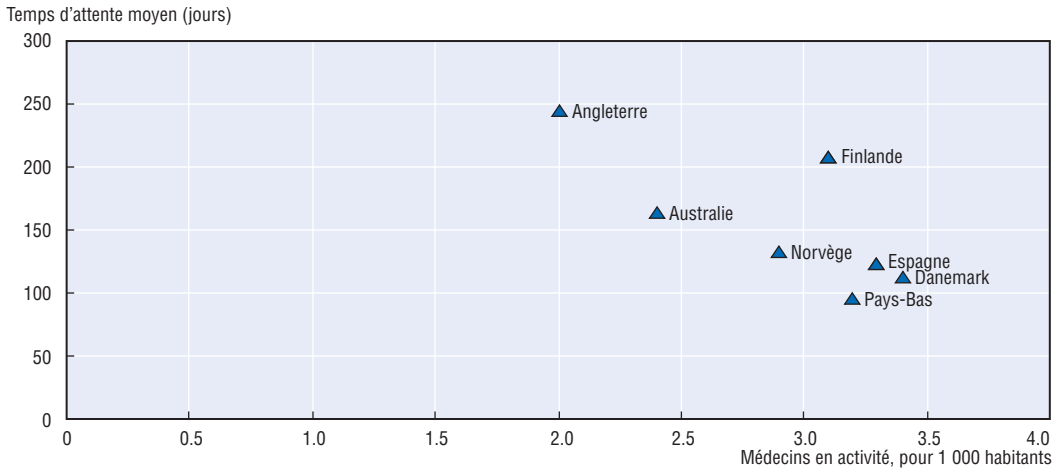
nombre de facteurs influent sur l'importance, la répartition et la composition des effectifs de médecins : restrictions à l'entrée dans la profession médicale, le choix de la spécialité, les caractéristiques démographiques des médecins (âge et sexe, par exemple), leur rémunération, leurs conditions de travail, leur lieu d'implantation et leur migration.

Il n'existe pas de réponse simple à la question du nombre de médecins par habitant nécessaire pour garantir un accès adéquat aux soins, car la productivité et divers autres facteurs doivent être pris en compte. Une forte densité de médecins risquant d'entraîner une augmentation inutile du volume de prestations (« demande induite par l'offre »), en particulier lorsque les médecins sont rémunérés à l'acte, les pays voudront peut-être éviter une offre excédentaire, de manière à minimiser les coûts[13]. Mais par ailleurs, on observe des signes d'une relation inverse entre la densité de médecins et les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes (parmi les pays où les délais d'attente sont importants), ce qui indique qu'une densité de médecins trop faible peut avoir un coût en termes de réactivité, voire même d'accès aux soins (graphique 2.4).

Les évolutions démographiques et sociales qui influent sur l'offre et la productivité des médecins indiquent la possibilité de pénuries de médecins à l'avenir dans certains pays, à moins que des mesures soient prises pour accroître leur productivité[14] ou augmenter le nombre de médecins par habitant. À titre d'exemple, la proportion de femmes médecins qui, en 2000, s'échelonnait entre 14.3 % au Japon et 48.2 % en République slovaque, augmente désormais dans la plupart des pays. Or, si la tendance actuelle des femmes à interrompre leur carrière pour élever leurs enfants et à travailler moins d'heures que leurs homologues masculins persiste, la productivité moyenne de la population médicale risque de diminuer à mesure que la proportion de femmes dans cette population augmentera. Le vieillissement devrait également affecter l'offre future ; dans un certain nombre de pays, la proportion de médecins dans la population active pourrait diminuer de plus de 30 % d'ici 2021 (Simoens et Hurst, 2004). D'autres pays en revanche prévoient sur la même période une augmentation du nombre de médecins.

Graphique 2.4. **Densité de médecins et délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes, 2000**

Mise en place d'une prothèse de la hanche



Note : La Finlande et les Pays-Bas communiquent le nombre de médecins autorisés à exercer plutôt que celui des médecins en activité.

Source : *Éco-santé OCDE 2003* et réponses des pays au questionnaire du Projet de l'OCDE sur les délais d'attente.

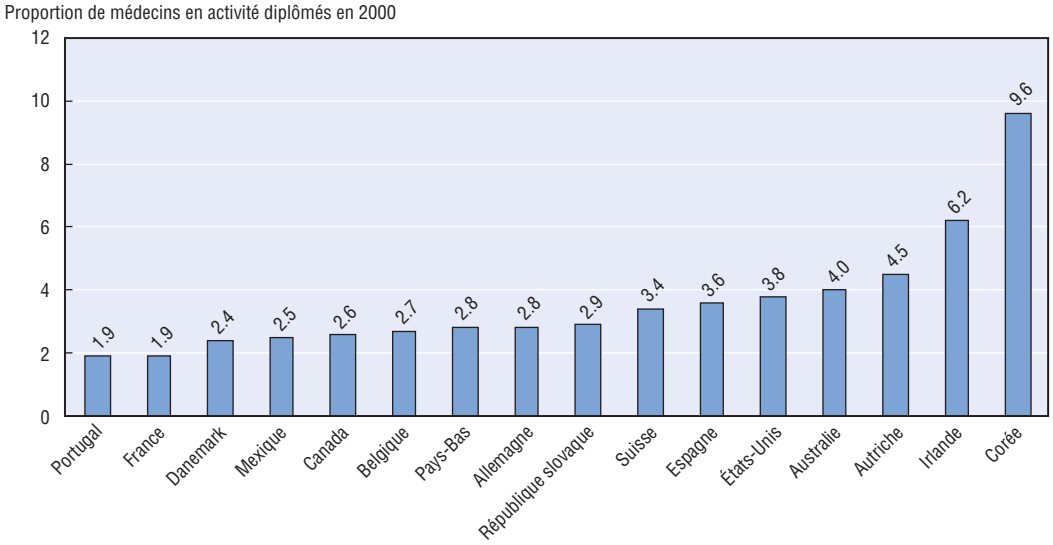
D'autres facteurs peuvent influer de diverses façons sur l'étendue et le champ d'action de la pratique médicale, qui peuvent avoir des répercussions sur l'offre de services. À titre d'exemple, les autorités de quelques pays de l'OCDE (Australie, France et États-Unis) craignent que le système de responsabilité médicale mis en place pour éviter les fautes professionnelles et dédommager les victimes ne compromette l'accès aux soins, en particulier dans les spécialités à haut risque comme l'obstétrique, en raison du coût élevé des primes d'assurance.

Politiques de formation, de recrutement et de fidélisation mises en œuvre pour influer sur les effectifs de médecins

Pour accroître ou réduire leurs effectifs d'étudiants en médecine en fonction de l'évolution de la demande, la plupart des pays de l'OCDE pratiquent un système de numerus clausus plus ou moins strict selon les cas. Dans la plupart des pays, les nouveaux diplômés ont représenté, en 2000, 2 à 3 % des praticiens (graphique 2.5). Mais en Autriche, en Irlande et en Corée l'arrivée de nouveaux médecins sur le marché en 2000 a été sensiblement supérieur : on estime qu'il se situe dans une fourchette de 4.5 % à 9.6 %.

Bien que les pays soient généralement favorables à des politiques à long terme d'autosuffisance nationale en matière de médecins, ces politiques peuvent coexister avec des mesures à court ou moyen terme visant à attirer des médecins étrangers (encadré 2.3). Les migrations temporaires de médecins peuvent présenter des avantages pour le pays d'origine en termes d'envois de fonds et de valorisation des compétences, et pour le pays d'accueil en termes d'accroissement des effectifs. Mais ces considérations doivent être mises en face du risque pour le pays d'origine d'une fuite permanente des cerveaux et pour le pays d'accueil des problèmes de qualité et de sécurité des soins dispensés par les migrants[15].

Graphique 2.5. **Proportion de nouveaux diplômés dans la population de médecins, 2000**



Note : Les données du projet de l'OCDE sur les ressources humaines dans le domaine de la santé se fondent sur le nombre de médecins diplômés qui ont commencé à exercer pendant la période de référence. Les données de la Base « Santé pour tous » du Bureau régional de l'Europe de l'OMS se fondent sur le nombre de médecins diplômés habilités à exercer. Les données de la France, de l'Irlande et de l'Espagne, portent sur 1999.

Source : Les données pour l'Australie, le Canada, la France, la Corée, le Mexique et les États-Unis proviennent du projet de l'OCDE sur les ressources humaines dans le domaine de la santé, et les données pour les autres pays de la Base « Santé pour tous » du Bureau régional de l'Europe de l'OMS.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 2.3. **L'expérience du Royaume-Uni en matière de politiques encourageant l'immigration de médecins**

Les stratégies adoptées par le gouvernement britannique pour attirer les médecins étrangers consistent notamment en campagnes de recrutement mondiales et ciblées et en dispositifs particuliers d'encouragement à la coopération internationale et au partage des connaissances entre systèmes de santé.

Le ministère britannique de la Santé a lancé, en septembre 2001, une campagne mondiale de recrutement. Il a constitué une équipe internationale de recruteurs chargés d'identifier les postes de médecins consultants et de médecins généralistes vacants qui pourraient être pourvus par des recrutements à l'étranger. Une base de données a été constituée qui contient des informations suffisamment fiables et détaillées pour permettre aux trusts du National Health Service (NHS) de déterminer s'il vaut la peine de convoquer le candidat pour un entretien.

Les programmes de recrutement du Royaume-Uni sont ciblés sur certains pays qui ont un excédent de médecins. Le processus implique habituellement la mise en œuvre d'un accord intergouvernemental ou d'un accord avec les organismes professionnels compétents du pays concerné. En novembre 2000, par exemple, le Royaume-Uni a conclu un accord de ce type avec l'Espagne, qui dans un premier temps portait sur l'immigration d'infirmières, et a été ensuite étendu au recrutement de médecins spécialistes et généralistes. Les candidats recrutés se voient offrir des cours particuliers de langue et la participation à un programme d'intégration comprenant une information sur la spécialité choisie, sur le National Health Service, sur les rôles et les responsabilités de leur profession ainsi que des informations générales sur la vie au Royaume-Uni et la culture britannique. L'équipe de recruteurs internationaux travaille avec d'autres pays tels que la Suisse, l'Autriche, l'Italie, la Grèce, la Bulgarie et l'Inde, qui ont des excédents de médecins.

Des dispositifs spéciaux encouragent la coopération internationale et promeuvent le NHS à l'étranger par un partage de connaissances entre systèmes de santé. Un Programme international de bourses a été lancé en 2002 afin d'attirer des spécialistes étrangers expérimentés à certains postes au sein du NHS, pour une durée d'un ou deux ans. Ce programme est ciblé sur les spécialités qui ont besoin d'être développées pour réaliser les objectifs du plan NHS et sur celles perçues comme en situation de pénurie.

Comparées aux mesures prises pour accroître le nombre d'entrées dans la profession médicale, les politiques mises en œuvre pour retenir les médecins sont relativement sous-développées, ce qui indique probablement que dans la plupart des pays ce problème n'est pas jugé important. Or, avec le vieillissement des effectifs, il pourrait le devenir de plus en plus. Les politiques mises en œuvre par certains pays consistent notamment à créer des conditions de travail plus souples, afin de réduire le nombre de médecins qui abandonnent la profession et les inciter à différer leur départ en retraite.

Répondre aux pénuries régionales ou locales de prestataires de soins

De nombreux pays de l'OCDE sont confrontés à des pénuries de médecins et d'infirmières dans certaines zones géographiques. Ces pénuries se rencontrent généralement en milieu rural, dans les zones urbaines défavorisées ou dans les régions qui comptent des populations autochtones importantes. Face à ces problèmes, les pays ont pris des mesures dans le but d'adapter l'offre locale de praticiens aux besoins des populations.

Au Canada, ces mesures ont été surtout financières, même si on a aussi utilisé des politiques éducatives et réglementaires. En Norvège, ce sont les mesures réglementaires qui ont été prédominantes. La Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont conjugué des mesures financières et réglementaires. Relativement peu d'initiatives ont concerné la formation des médecins, si ce n'est en Australie, au Japon et aux États-Unis.

Des incitations financières ont été mises en place pour compenser les contraintes supplémentaires et les coûts liés à l'exercice de la médecine en milieu rural du fait de la dispersion de l'habitat. Une différenciation régionale de la rémunération des médecins permet d'augmenter les honoraires perçus pour les patients de régions rurales ou défavorisées par rapport aux honoraires perçus pour les patients originaires d'autres régions. D'autres politiques offrant des primes d'installation, des subventions pour frais de déplacement et de déménagement semblent avoir eu quelque succès en incitant un plus grand nombre de médecins à s'installer dans les régions ciblées. Toutefois, on ne sait pas si leur coût est supérieur ou inférieur à celui des mesures éducatives ou réglementaires.

Les initiatives prises dans le domaine éducatif, qui visent à attirer des étudiants en médecine issus du monde rural et privilégient les formations qui mettent l'accent sur la composante rurale du programme d'études, ont connu un certain succès. Aux États-Unis, par exemple, le Physician Shortage Area Program consiste en une politique d'admission privilégiant les étudiants d'origine rurale, une aide financière, un programme de médecine familiale et une sélection de sites d'implantation en milieu rural. Ce type de programme pluridimensionnel a permis de recruter des médecins en milieu rural mais aussi de les y maintenir. En revanche, les politiques consistant à accorder des bourses à des étudiants en médecine qui s'engagent à exercer en milieu rural pendant un certain nombre d'années ne sont pas aussi efficaces, car il arrive que les étudiants se libèrent de leur engagement en rachetant leurs frais d'études, et ceux qui font leur temps de service restent rarement au-delà. Au Canada, on a récemment établi des écoles médicales dans le nord du pays afin d'accroître les possibilités d'éducation pour les individus vivant dans ces régions (typiquement rurales).

Les politiques réglementaires qui restreignent les implantations ont eu également quelque succès. En Angleterre, par exemple, une politique consistant à examiner toutes les demandes d'installations de généralistes, en tenant compte de la densité existante de médecins et du caractère rural ou défavorisé du lieu, semble avoir abouti à une répartition raisonnablement équitable des services (Maynard et Walker, 1997). Certains pays de l'OCDE ont également envisagé des politiques conditionnant l'immigration ou la rémunération au lieu d'implantation. Des travaux complémentaires s'imposent pour déterminer la faisabilité et le rapport coût/efficacité d'autres mesures réglementaires telles que le remplacement des médecins généralistes par des infirmières, et le recours à des nouvelles technologies comme la télémédecine dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées.

Certaines indications montrent que l'on peut encore améliorer l'efficacité des mesures en direction des médecins ou des infirmières en apportant une aide à l'emploi de leurs conjoints et partenaires, à l'éducation des enfants et au logement (Kamien, 1998 ; Rabinowitz *et al.*, 1999). Mais pour apporter une véritable réponse au problème, il peut être nécessaire d'accompagner ces mesures d'initiatives qui améliorent la viabilité économique et sociale des collectivités locales dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Remédier à la pénurie d'infirmières

Dans de nombreux pays de l'OCDE, en particulier au Canada, en Norvège, au Royaume-Uni et aux États-Unis, la pénurie d'infirmières est de plus en plus préoccupante. La demande de soins infirmiers s'est accrue du fait du vieillissement de la population, d'un activisme accru des consommateurs et de l'utilisation croissante des technologies médicales. Mais l'offre n'a pas suivi pour toute une série de raisons, notamment une diminution du nombre de jeunes entrant dans la vie active, un éventail plus large de possibilités professionnelles, la perception d'une faible reconnaissance sociale de la profession et une perception négative des conditions de travail des infirmières. La pénurie d'infirmières est un important sujet de préoccupation, entre autres parce que de nombreuses études ont constaté une corrélation entre des effectifs infirmiers plus importants et un taux de mortalité réduit des patients, un risque moins élevé de complications médicales et divers autres résultats souhaités. Or, la pénurie devrait encore s'aggraver avec le vieillissement des effectifs actuels.

Pour remédier à cette pénurie, les autorités responsables ont favorisé l'accès aux écoles d'infirmières et encouragé l'immigration d'infirmières étrangères. Les autres mesures envisageables sont notamment une revalorisation de la rémunération des infirmières et une amélioration de leurs conditions de travail et de leur formation théorique et pratique. On ne dispose que d'informations limitées quant à l'efficacité de chacune de ces stratégies pour atténuer la pénurie, et d'aucune information sur leurs efficacités comparées et sur leurs coûts.

Les efforts pour accroître les effectifs des écoles d'infirmières ont été inhibés par toute une série de facteurs : le coût du financement de capacités d'accueil supplémentaires dans les écoles d'infirmières publiques ; la perte apparente d'attractivité de la profession d'infirmière et la diminution de la taille des cohortes de jeunes dans la population ; le temps nécessaire pour former les infirmières ; la pénurie d'enseignants et la réforme des programmes de formation pour tenir compte de l'évolution du métier, à savoir notamment que les infirmières ont en charge un plus grand nombre de patients, qu'elles ont à utiliser davantage de technologies et qu'elles sont responsables d'une meilleure qualité des soins. En revanche, en Australie, en Irlande, au Royaume-Uni et aux États-Unis, les campagnes de publicité et de recrutement menées pour susciter des vocations parmi les jeunes et leur montrer en quoi consiste le métier d'infirmière semblent avoir entraîné une augmentation du nombre d'entrées dans les écoles d'infirmières de ces pays.

Certains pays de l'OCDE se sont efforcés d'accroître leurs effectifs d'infirmières par un système de recrutement international qui consiste, par exemple, à améliorer les processus réglementaires et d'accréditation afin d'aider les infirmières à obtenir plus facilement leur autorisation d'exercice. Toutefois, ce système peut créer certaines difficultés à respecter les normes de qualité ; en Grèce, par exemple, les qualifications et les compétences linguistiques des infirmières étrangères et la qualité des soins qu'elles dispensent suscitent des préoccupations. Des pays comme l'Australie ont accéléré les processus de demande de visa ou de permis de travail pour les infirmières étrangères. Certains pays ont adopté des politiques actives de recrutement international ciblé d'infirmières. La Norvège, par exemple, régule le recrutement international par le biais d'accords d'État à État et a chargé un organisme gouvernemental unique d'attirer un nombre limité d'infirmières étrangères. Cette approche permet au gouvernement de contrôler les flux migratoires et

répond à la fois aux craintes d'une fuite permanente des cerveaux du pays d'origine et à la nécessité de réduire la pénurie d'infirmières dans le pays d'accueil.

Pour attirer les infirmières, on peut aussi augmenter leur rémunération. Toutefois, au Royaume-Uni et aux États-Unis, on a observé une faible élasticité de l'offre, du fait essentiellement du taux d'activité déjà important des infirmières diplômées. Autrement dit, pour avoir un véritable impact sur l'offre il faudrait une hausse très importante des salaires (Antonazzo *et al*., 2003 ; Shields, 2003).

Compte tenu des conséquences de l'insatisfaction des infirmières à l'égard de leurs conditions de travail en termes de découragement, d'épuisement, d'accidents du travail, d'absentéisme et de départs, on peut penser qu'une amélioration de ces conditions de travail permettrait d'augmenter leur productivité. On commence seulement à voir quelles sont les stratégies qui permettent de créer et maintenir un environnement de travail à même d'attirer et de retenir les infirmières et de maximiser leur productivité. Le « Magnet Nursing Services Recognition Program », mis en place aux États-Unis au début des années 90 pour distinguer les hôpitaux qui se sont organisés pour attirer et fidéliser les infirmières, constitue une approche intéressante.

Les données récentes montrant que les hôpitaux qui comptent une plus forte proportion d'infirmières diplômées conservent mieux leurs effectifs et ont un taux de mortalité moindre de leurs patients (Aiken *et al*., 2003) donnent à penser que, pour remédier à la pénurie, on pourrait arbitrer entre le nombre d'infirmières et leur niveau de formation ; autrement dit que l'on pourrait régler le problème en employant moins d'infirmières mais plus qualifiées.

Sachant qu'un niveau d'effectifs suffisant est souvent une condition indispensable à l'instauration de conditions de travail attrayantes, certains pays appliquent des ratios infirmière/patients minimums. C'est ainsi que dans une proposition de loi de janvier 2002 la Californie définit des ratios infirmière/patients qui entreront en vigueur en 2003 et 2004, comme l'a fait l'État de Victoria en Australie. Depuis l'entrée en vigueur des dispositions relatives aux effectifs minimums, le gouvernement de l'État de Victoria déclare que 2 650 infirmières qui ne travaillaient pas ont repris une activité et que les demandes d'inscriptions dans les écoles d'infirmières ont augmenté de 25.5 %. Aux États-Unis, l'expérience de certains hôpitaux montre que les ratios d'effectifs minimums sont efficaces pour réduire la rotation du personnel infirmier, encore que ce soit parfois au détriment des autres hôpitaux de la région (Lafer *et al*., 2003). Il reste cependant à voir si les économies résultant d'une moindre rotation du personnel et d'un raccourcissement de la durée de séjour des patients compensent l'augmentation des coûts découlant du renforcement des effectifs. L'impact de ce renforcement sur la productivité des infirmières reste aussi à examiner.

Garantir l'existence d'une gamme appropriée de services de soins de longue durée

Dans certains pays, l'insuffisance des capacités d'institutionnalisation pose problème. L'Australie, le Royaume-Uni, les États-Unis et quelques autres pays sont confrontés à des pénuries localisées de lits de long séjour qui tiennent à des problèmes locaux de logement et de coût de main-d'œuvre. Dans le cas de l'Australie, la pénurie correspond peut-être à la période de transition qui fait suite aux mesures prises en faveur du développement des soins à domicile. D'autres pays, notamment le Japon et l'Espagne, souffrent de pénuries plus

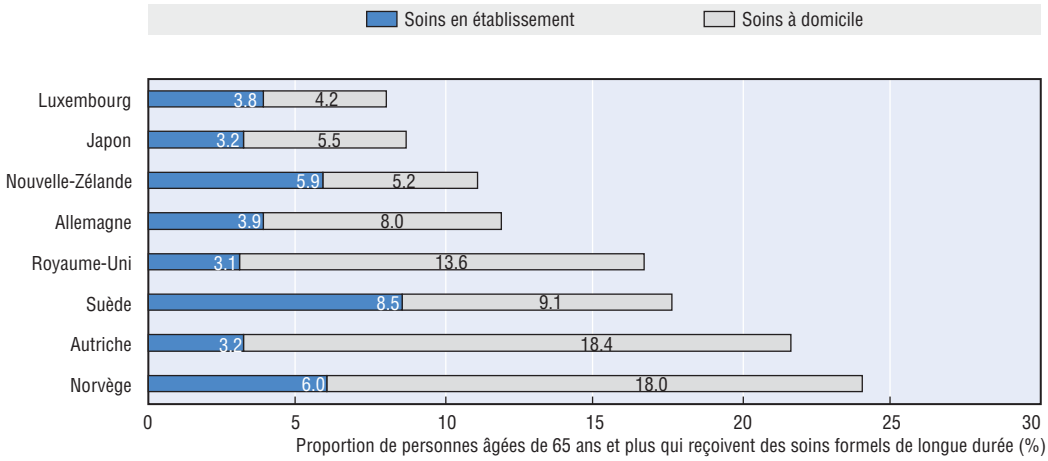
VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

généralisées qui, dans le cas du Japon, seront peut-être résolues par la forte croissance actuelle de l'offre. En Allemagne, au Japon et dans d'autres pays, le nombre de lits de long séjour pour 1 000 habitants de 65 ans et plus a augmenté depuis dix ans, en partie grâce à une meilleure couverture par les régimes publics des soins de longue durée en établissement.

Cela dit, la plupart des pays de l'OCDE ont désormais une capacité suffisante pour répondre à la demande de soins de longue durée en établissement. Mais on n'admet plus que le seul choix possible soit l'institutionnalisation, d'autant que les enquêtes montrent que la plupart des gens préfèrent être soignés à domicile lorsque c'est possible. En conséquence, de nombreux pays de l'OCDE ont entrepris de déplacer leur effort des établissements de long séjour vers des soins de proximité. Dans plusieurs pays de l'OCDE (Luxembourg, Pays-Bas et Norvège) le nombre de lits de long séjour a diminué par rapport à la population âgée, et dans d'autres (Autriche, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni) la proportion est restée à peu près stable, bien que le nombre de personnes du 4e âge continue d'augmenter (OCDE, 2004b).

Dans de nombreux pays, les soins à domicile sont le mode dominant de prise en charge des personnes âgées, qui constituent la majorité des bénéficiaires de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE[16] (graphique 2.6). L'objectif est de permettre aux personnes âgées de conserver plus longtemps une existence autonome, soit à leur domicile soit dans des résidences adaptées à leurs besoins. Les pays s'attachent à étendre l'offre de services de proximité et le soutien des soignants familiaux qui assurent ces services dans le secteur informel. Néanmoins, assurer une offre suffisante de soignants dans le secteur formel est une priorité importante des politiques actuelles qui ne fera que croître avec le vieillissement de la population (et des soignants familiaux).

Graphique 2.6. **Utilisation des soins de longue durée parmi les personnes âgées dans une sélection de pays de l'OCDE, 2000**



Note : Les estimations se rapportent aux personnes recevant des soins en établissement ainsi qu'aux personnes recevant des allocations ou des services de soins à domicile.

Source : Étude de l'OCDE sur les soins de longue durée.

Développement des services de soins de longue durée à domicile

De nombreux pays ont entrepris de multiplier le nombre de possibilités de soins de longue durée à domicile. Ainsi, au Royaume-Uni, les collectivités locales sont chargées de développer l'offre de soins intensifs à domicile. Beaucoup d'autres pays ont aussi pour

politique d'envisager d'abord les possibilités de soins à domicile. L'élargissement de l'offre répond à la fois à des considérations de choix et de coûts, car les soins en établissement peuvent être relativement coûteux. Certains régimes plafonnent le coût par personne des soins à domicile en fonction du coût du placement en établissement de long séjour, ce qui revient à limiter le choix des soins à domicile.

L'Australie, le Royaume-Uni et un certain nombre d'autres pays ont prouvé qu'il était possible de repousser les frontières de ce que l'on pensait faisable s'agissant du maintien à domicile des personnes âgées handicapées. Certains pays ont constaté que, bien ciblés, les soins à domicile peuvent être moins coûteux que les soins en institution et qu'ils peuvent contribuer à limiter les coûts des hôpitaux de soins aigus[17]. Cependant, comme il serait très onéreux de soigner ainsi toutes les personnes qui peuvent présenter un risque d'institutionnalisation, la Suède, le Royaume-Uni et les États-Unis, entre autres, ont adopté une approche plus ciblée des soins à domicile, qui est axée sur les personnes âgées les plus handicapées (OCDE, 2004b).

En Australie, en Allemagne et ailleurs, le développement des régimes publics couvrant les services de soins de longue durée a engendré une expansion considérable de l'offre, en particulier dans le secteur des soins à domicile. Dans certains cas, le secteur public et le secteur privé ont tous deux contribué à cette croissance. Dans un cas au moins (celui de l'Allemagne), la politique d'accroissement du financement public des soins à domicile a été conjuguée à des mesures explicitement destinées à favoriser la croissance d'un secteur concurrentiel de prestataires privés plutôt que d'augmenter le nombre de prestataires publics. Les pays qui investissent traditionnellement beaucoup dans les soins de longue durée en institution à caractère public (Pays-Bas, Norvège, Suède) ont eux aussi beaucoup développé les solutions de soins à domicile pour les personnes âgées les plus handicapées.

L'augmentation de l'offre de soins de longue durée à domicile exige la participation de plusieurs secteurs de services et une bonne coordination des différents éléments nécessaires au maintien des personnes âgées chez elles, à savoir : logement, services sociaux, soins aigus à domicile et autres services tels que les courses ou le ménage. Il faudra adapter le parc immobilier aux besoins d'une population vieillissante, en particulier pour les personnes nécessitant des soins (OCDE, 2003a). Une large application des technologies d'assistance au maintien des personnes à domicile est également à envisager (Tinker, 2003). De nouveaux types de logements intermédiaires entre le logement normal non adapté et l'établissement médicalisé se sont développés, témoin la multiplication des résidences-services aux États-Unis (Hawes *et al.*, 2003), même s'il reste beaucoup à faire pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées lorsqu'elles perdent leur autonomie.

Aider les soignants familiaux : le secteur informel

Sans la présence d'un infirmier à plein-temps, il est souvent extrêmement difficile pour une personne âgée handicapée ou malade de demeurer à son domicile, si ce n'est grâce à la contribution permanente d'une personne de la famille. Le soignant familial exerce une surveillance et une aide continue qui permet aux visites périodiques de services de soins de proximité d'être efficaces pour le maintien de la personne âgée chez elle. C'est pourquoi on considère aujourd'hui que la mise en place d'un choix adéquat de services de soins nécessite l'appui du soignant familial. De nombreux services nouveaux, tels que les services à la demande ou les services de relève, se sont spécifiquement développés en pensant aux soignants familiaux.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Dans certains pays, on ne juge plus normal de considérer les soins familiaux comme « gratuits » et on reconnaît que le soignant a besoin d'une aide financière ; on a donc adapté les mécanismes de protection sociale et d'emploi de façon à permettre aux soignants familiaux potentiels d'âge actif, lorsqu'ils le souhaitent et lorsqu'ils le peuvent, de concilier leurs obligations professionnelles et de soignant. Cela implique à la fois un certain revenu de remplacement en compensation de la perte de salaire, l'accumulation de droits à la retraite pour garantir les perspectives de revenus futurs, et une certaine flexibilité des conditions d'emploi. Ainsi, en Australie et au Royaume-Uni, lorsque le soignant est d'âge actif, il perçoit une pension analogue aux indemnités allouées aux personnes en incapacité de travail. L'Autriche a un système très développé d'allocations de dépendance qui permet aux bénéficiaires d'indemniser les soignants familiaux. En Allemagne aussi, l'assurance-dépendance comprend une option qui permet au bénéficiaire d'utiliser tout ou partie de son allocation pour indemniser un soignant familial. Dans certains pays, le soignant familial peut être employé en tant que travailleur social lorsque cette option est considérée comme le meilleur moyen d'assurer les soins (par exemple, dans les zones retirées des pays nordiques).

Ce système est-il plus efficace que de subventionner une aide plus formelle, ce n'est pas certain, sachant, en particulier, que les femmes, qui ont longtemps été la majorité des soignants informels, sont de plus en plus éduquées et formées pour un travail rémunéré. Dans la plupart des pays, les soignants familiaux ne sont pas actuellement rémunérés pour des services qui ont toujours été assurés sans faire appel aux fonds publics, et les compensations éventuelles sont laissées à la discrétion de la famille. Comme, d'après les projections relatives aux soins informels, le nombre de soignants d'âge actif va diminuer, il est vraisemblable que les pouvoirs publics continueront à privilégier les prestations destinées à aider les soignants à l'âge de la retraite, plutôt que la compensation financière des absences du marché du travail.

Accroître l'effectif des personnels de soins de longue durée : le secteur formel

En termes de services de soins de longue durée, le problème le plus fréquemment souligné dans les pays membres est celui rencontré pour attirer et retenir un effectif suffisant de personnel correctement formé et qualifié pour assurer des soins de longue durée rémunérés à domicile et en institution (OCDE, 2004a). Ce problème n'a rien de nouveau, mais son importance croît dans de nombreux pays. Le secteur des soins de longue durée souffre notoirement d'une rotation rapide du personnel et tous les pays font état de pénuries de personnel soignant qualifié. En compétition avec d'autres secteurs de la santé, celui des soins de longue durée risque d'avoir de plus en plus de difficultés à attirer du personnel correctement formé en nombre suffisant.

La plupart des pays de l'OCDE s'attendent pour l'avenir à des besoins plus importants en personnel de soins de longue durée. Ce sont des emplois généralement moins bien payés et moins qualifiés que ceux des autres secteurs de la santé, et ils sont occupés par des femmes en très forte majorité. Avec la diminution du ratio actifs/retraités, le recrutement et le maintien d'un personnel de soins de longue durée mal payé est de plus en plus difficile. Pour attirer et retenir suffisamment de main d'œuvre dans ce domaine, les stratégies consistent à offrir une meilleure formation, de meilleures conditions de travail et des salaires plus élevés (c'est ce qui se fait dans certains pays, comme la Suède), ce qui pourrait à terme alourdir encore les coûts déjà croissants des soins de longue durée.

Les possibilités de remplacement, dans les établissements de long séjour, de personnel par des moyens technologiques (par exemple par la surveillance électronique

des patients atteints de démence sénile susceptibles de s'égarer), semblent limitées, mais il en existe peut-être plus pour veiller à distance sur les personnes âgées moins dépendantes restées à domicile (Cowan et Turner-Smith, 1998).

Accès aux nouvelles technologies liées à la santé

Les responsables des politiques de santé cherchent à favoriser l'accès en temps voulu aux médicaments et appareils nouveaux et autres innovations, et à s'assurer que ces innovations sont sûres, efficaces et efficientes. Compte tenu de la rapidité de l'évolution technologique dans le domaine de la santé[18], arriver à ce que les décisions soient prises en temps voulu par les prestataires, payeurs et assureurs publics et privés peut représenter un défi.

Les raisons des différences d'adoption et de diffusion des technologies entre les pays

Compte tenu de la diversité entre pays des conséquences des décisions, des incitations économiques et d'autres facteurs, les schémas d'adoption et de diffusion des technologies médicales sont très différents (voir encadré 2.4). Les différences tiennent à des facteurs divers, notamment les décisions des pouvoirs publics concernant la couverture, les modes de rémunération ou la tarification, et les incitations économiques et contraintes administratives auxquelles sont confrontés les praticiens, les hôpitaux, les fabricants d'appareils et les patients. Les études menées par l'OCDE sur la diffusion de certaines technologies médicales utilisées dans le traitement des maladies liées au vieillissement a révélé que les contraintes appliquées à la demande, comme la quote-part des frais à la charge du patient, n'avaient que peu d'effet sur l'utilisation de certains traitements pour les maladies cardiaques, le cancer du sein, et les accidents vasculaires cérébraux. En revanche, les contraintes liées à l'offre, en particulier la réglementation relative à la technologie et les modes de rémunération des hôpitaux et des médecins, semblent avoir un effet notable sur les modalités de traitement de ces maladies (Moïse, 2003).

Le contexte d'incertitude qui entoure la prise des décisions concernant l'adoption et la diffusion des technologies

Les décisions d'adoption et de diffusion des nouvelles technologies doivent souvent se prendre dans un contexte de grande incertitude. Les données nécessaires pour prendre des décisions en toute connaissance de cause ne sont pas toujours disponibles, surtout lorsqu'une technologie en est encore à un stade très précoce de développement. S'il n'existe pas de réponse simple, il y a quand même des moyens d'améliorer la prise de décision dans ce type de contexte.

Dans un nombre croissant de pays, les décideurs sont habilités à donner leur agrément à une technologie à titre conditionnel, en limitant sa diffusion selon des critères géographiques, temporels et/ou de catégorie de patients[19]. Cet accès limité à titre expérimental permet de recueillir des informations sur la technologie en cause, tout en réduisant une grande partie des risques liés à une diffusion généralisée d'une technologie dont l'efficience est incertaine. Cela dit, l'efficacité de cette procédure dépend de la capacité des décideurs à retirer leur agrément si la technologie en cause se révèle relativement inefficace ou inefficiente.

Des programmes d'identification précoce, dits de prospective, peuvent aussi être utiles pour améliorer la prise de décision dans le domaine des technologies. La prospective peut fournir aux décideurs les informations importantes sur l'émergence de nouvelles technologies et leur indiquer quelles sont les données concrètes dont on dispose et les

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 2.4. **Différences entre pays concernant la rapidité d'adoption et de diffusion des technologies de la santé**

Des études ont révélé des différences significatives entre les pays en termes de vitesse d'adoption et de modèles de diffusion des technologies liées à la santé. Par exemple, une étude comparant les soins prodigués aux patients ayant eu une crise cardiaque dans 17 pays au cours de la dernière décennie (TECH Research Network, 2001) a montré que, si dans tous les pays on a intensifié l'utilisation de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies en cardiologie, les États-Unis ont pratiqué une politique d'adoption et de diffusion particulièrement rapides des nouvelles technologies. Selon des informations plus limitées, le Japon et éventuellement la France auraient aussi adopté cette politique en cardiologie. En revanche, d'autres pays pratiquent une adoption tardive et une diffusion rapide (Australie, Belgique, et la plupart des provinces canadiennes) ou une adoption tardive et une diffusion lente (Royaume-Uni, Pays scandinaves et Ontario). Les modèles de diffusion des nouveaux médicaments très coûteux étaient similaires à ceux des interventions intensives, mais on n'a pas observé de telles différences pour les médicaments peu chers et faciles à utiliser.

La diffusion des technologies d'imagerie présente elle aussi des différences significatives selon les pays. En moyenne, le nombre d'appareils d'IRM (imagerie par résonance magnétique) par habitant a plus que triplé pendant les années 90, passant de 1.7 par million d'habitants en 1990 à 6.5 en 2000 (la médiane était de 4.7 IRM par million d'habitants en 2000). Le nombre d'appareils de tomodensitométrie (TDM) a également augmenté, mais plus modérément, passant d'une moyenne de 10.1 par million d'habitants en 1990 à 17.7 en 2000 (avec une médiane de 12.1 par million en 2000). En 2000, c'était le Japon qui possédait de loin le nombre le plus élevé d'appareils de TDM et d'IRM par habitant[1], avec 84 appareils de TDM et 23 appareils d'IRM par million d'habitants. L'augmentation rapide du nombre d'appareils d'IRM au Japon a été attribuée au moins partiellement à l'absence d'évaluation formelle de l'efficience ou de l'efficacité avant les décisions d'achat (Hisashige, 1992). Des pays européens comme la Suisse, la Finlande, l'Autriche et l'Islande possèdent également un nombre relativement élevé d'appareils d'IRM et de TDM. À l'autre extrémité de l'échelle, ce sont le Mexique et la Pologne qui déclarent les nombres les plus faibles d'appareils TDM (2 et 0.4 respectivement) et d'IRM (0.3 et 0.4 respectivement) par habitant.

Le nombre de scanners indique la disponibilité globale de ces équipements, mais pas leur taux d'utilisation. Une étude comparant la pratique des examens dans les hôpitaux au Canada et aux États-Unis a révélé que les patients américains subissaient beaucoup plus d'examens en TDM et en IRM que les Canadiens, à dotation égale des hôpitaux en appareils. La différence s'expliquait par l'utilisation plus intensive des appareils pour les personnes âgées aux États-Unis qu'au Canada (Katz *et al.*, 1996).

1. Il est à noter que les chiffres pour les États-Unis sous-estiment considérablement le nombre réel d'appareils de TDM et d'IRM dans ce pays, car ils se rapportent au nombre d'hôpitaux qui déclarent posséder au moins un scanner et non au nombre total d'appareils dans les hôpitaux et dans d'autres sites (par exemple dispensaires spécialisés).

lacunes qu'elles présentent. De tels programmes ont été initiés avec succès dans plusieurs pays, à savoir le Canada, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ainsi qu'au niveau international, dans le cadre du réseau EuroScan[20].

Cependant, les procédures d'agrément conditionnel et les systèmes de prospective ne suffiront peut-être pas à résoudre les problèmes présentés par quelques-unes des technologies

Encadré 2.5. **Problèmes posés aux décideurs par les technologies de demain**

Les technologies émergentes, en particulier les biotechnologies, risquent fort de soulever pour les décideurs des problèmes particulièrement délicats. On estime qu'en 2015, la part de marché des médicaments issus du génie génétique, qui devraient avoir un impact fondamental sur la manière même de comprendre et de traiter la maladie, atteindra 40 % du marché pharmaceutique total (Tollman *et al.*, 2001)[1]. Les décisions concernant l'adoption et l'application de ces technologies auront donc des répercussions économiques, cliniques et sociales profondes.

Un grand nombre de technologies nouvelles potentielles, comme l'utilisation des cellules-souches et la thérapie génique, soulèvent des problèmes considérables pour les décideurs. Les technologies tendent à être plus personnalisées en fonction de situations individuelles, ce qui rend les généralisations difficiles. D'autre part, elles touchent à des valeurs humaines telles que la protection de la vie privée et la confidentialité, ainsi qu'à des questions éthiques complexes relatives au début et à la fin de vie et à l'utilisation des informations. En outre, les biotechnologies médicales suscitent parfois une vive attention de la part du public et des médias.

Les biotechnologies peuvent remettre en cause les méthodes actuelles d'évaluation des avantages des nouvelles technologies. C'est ainsi que l'analyse du rapport coût/efficacité des tests génétiques pose problème, notamment en raison de la difficulté à apprécier l'information fournie par ces tests. De plus, la procédure d'agrément conditionnel ne convient pas forcément pour des technologies qui touchent à des questions de valeurs, en raison des vastes implications de la première décision pour celles qui suivront, notamment dans le domaine de la recherche et du développement.

Le plus souvent, toutefois, surtout pour des techniques médicales innovantes qui soulèvent des questions d'éthique et font débat, les décisions relatives à la recherche, à l'adoption et à la diffusion doivent se prendre de plus en plus tôt. Or, elles sont souvent retardées parce que les décideurs n'ont pas à leur disposition les processus et l'information voulue pour leur permettre de décider valablement. La poursuite de travaux au niveau international pourrait apporter aux autorités responsables des instruments utiles pour faire face à ces problèmes.

1. Ainsi, le volume du marché de l'ingénierie tissulaire devrait passer de 232 millions de dollars EU en 2000 à plus d'un milliard en 2007 (Frost et Sullivan, 2001).

médicales émergentes les plus importantes (voir encadré 2.5). Il faudra modifier à la fois les processus de décision et le type d'information recherchée pour leur servir de base de manière à prendre en compte les problèmes particuliers que soulèvent ces technologies.

Pistes possibles pour assurer un accès suffisant et équitable : résumé des conclusions

La mise en place d'une couverture globale pour les services essentiels et la réduction des obstacles financiers et autres à leur accessibilité se sont révélées efficaces pour promouvoir une utilisation équitable des services de santé. Toutefois, dans certains pays des inégalités persistent, qui contribuent à entretenir un état de santé précaire, qui renforce l'isolement économique et l'exclusion sociale. D'autres inégalités, comme les différences de temps d'attente ou d'autres disparités résultant d'un différentiel de couverture selon les catégories de population, peuvent ou non être considérées comme inopportunes.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Compte tenu de l'importance de l'intervention publique et des imperfections des marchés en matière de soins de santé, il reste beaucoup à apprendre sur les stratégies les plus efficaces pour assurer une offre suffisante de prestataires et de services de soins. L'offre considérée comme adéquate varie selon les systèmes en fonction des besoins, de la demande et de la productivité. Diverses approches se sont révélées plus ou moins efficaces pour remédier aux pénuries de prestataires là où elles existent, mais il vaut encore mieux éviter les pénuries et les excédents, même si c'est souvent difficile à réaliser.

Le soutien aux personnes qui assurent les soins informels à domicile est généralement déficient, même si chacun reconnaît que les résultats obtenus et la satisfaction des patients sont meilleurs dans cet environnement. Là où des mesures ont été prises en faveur des soins à domicile et des soignants informels, on a constaté que cela permettait à un plus grand nombre de personnes âgées de rester chez elles et de garder une certaine autonomie.

Les pouvoirs publics sont confrontés à des défis lorsqu'il s'agit d'assurer un accès rapide et adéquat aux technologies médicales nouvelles et émergentes tout en gérant correctement les ressources de la collectivité. La manière dont sont prises les décisions d'adoption des nouvelles technologies de la santé diffère beaucoup selon les pays, ce qui se répercute sur leur diffusion. Certaines technologies posent des problèmes particuliers qui peuvent rendre les décisions particulièrement délicates ; cependant des solutions telles que l'agrément conditionnel et les programmes de prospective peuvent aider à prendre les décisions qui conviennent dans un contexte d'incertitude.

Notes

1. *La couverture publique* est financée principalement par le biais de l'impôt ou des prélèvements sociaux en fonction des revenus, notamment les cotisations de sécurité sociale.
2. *L'assurance-maladie privée* est la couverture financée principalement par le biais de paiements privés indépendants des revenus (primes), effectués à une compagnie d'assurances. Cette garantie de couverture est généralement stipulée dans un contrat entre une partie privée et l'assureur qui fixe les termes et conditions du paiement ou du remboursement des services. L'assureur assume une grande partie, voire la totalité, du risque de paiement des services énoncés au contrat.
3. Le programme d'assurance Medigap, qui complète la couverture offerte aux personnes âgées et aux handicapés par le programme public Medicare, joue un rôle analogue aux États-Unis.
4. En Australie, la population couverte a diminué au milieu des années 80 et tout au long des années 90 du fait de la mise en place, en 1984, d'une assurance publique universelle et de l'apparition sur le marché d'un processus de sélection défavorable des risques. Les mesures d'aide à la couverture privée mises en œuvre à partir de 2000 ont fait remonter à plus de 40 % les taux de couverture. En Irlande, le boom économique et l'offre croissante d'une assurance-maladie privée dans le cadre des avantages salariaux ont suscité une progression ininterrompue de la couverture, qui est passée de 22 % en 1979 à 48 % en 2002, en dépit d'une extension de la générosité de la couverture publique. Dans d'autres pays de l'OCDE, comme les Pays-Bas, la France et les États-Unis, la couverture privée est demeurée relativement stable.
5. La segmentation des marchés de l'assurance-maladie privée, en réduisant le degré de mutualisation des risques, peut poser des problèmes de prix aux personnes à haut risque.
6. Toutes les provinces au Canada assurent la couverture des médicaments prescrits pour les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale (Institut canadien de l'information sur la santé, 2003). Certaines provinces fournissent aussi une couverture pour d'autres populations (par exemple, les personnes à qui on a prescrit des médicaments très coûteux).
7. Aux États-Unis, une loi récente a prévu pour les bénéficiaires de Medicare une nouvelle couverture pour les médicaments de prescription. En attendant que cette disposition prenne effet, un programme de médicaments à prix réduit doit permettre d'alléger les frais pour les personnes qui n'ont pas d'assurance supplémentaire.

8. Tous les résultats sur l'équité en matière d'utilisation des services de santé présentés dans cette section sont tirés de Van Doorslaer *et al.* (2004), sauf s'ils sont attribués à une autre source.

9. Plus récemment, la même équipe de recherche (Alter *et al.*, 2004) a trouvé que le statut socio-économique n'était pas associé de manière significative à la mortalité à un an suite à une hospitalisation due à un infarctus aigu du myocarde, en dépit du fait que les patients plus fortunés et plus éduqués ont une probabilité plus grande de recevoir une angioplastie coronaire, une réhabilitation cardiaque, ou d'être suivi par un cardiologue.

10. La participation aux frais prend la forme de **copaiements**, c'est-à-dire de montants forfaitaires exigés des patients utilisant les soins (le ticket modérateur), d'une **co-assurance**, c'est-à-dire d'un pourcentage fixe des coûts supporté par les patients et de **franchises**, c'est-à-dire de montants forfaitaires à débourser avant que l'assurance prenne le relais.

11. Ceci est conforme aux résultats d'études analysés dans le cadre d'une évaluation des récentes réformes des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE, qui montrent que l'impact sur la demande de la quote-part à la charge du patient est plus important pour les ménages à faibles revenus (Docteur et Oxley, 2003).

12. C'est le cas, par exemple, en Australie, en Irlande, en Espagne et au Royaume-Uni.

13. Bien que l'on ne dispose d'aucune preuve irréfutable concernant l'incidence et l'importance de la demande induite par l'offre, les médecins ont effectivement un pouvoir considérable sur leurs modalités d'exercice, qui sont influencées notamment par des contraintes d'ordre éthique, des protocoles de pratique médicale, du temps dont ils disposent et du niveau de revenu qu'ils jugent approprié.

14. Voir la discussion sur les possibilités d'accroître la productivité des médecins au chapitre 5.

15. Sur la mobilité des professionnels de santé hautement qualifiés dans le cas de l'Afrique du Sud, voir OCDE (2003f).

16. Dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose d'estimations, les personnes âgées représentent environ 80 % des bénéficiaires de soins à domicile et environ 90 % des bénéficiaires de soins en établissement (OCDE, 2004b).

17. C'est le cas au Canada (voir Hollander et Chappell, 2002) et au Royaume-Uni (voir Davies et Fernandez, 2003).

18. Par exemple, en 2002, aux États-Unis, la Food and Drug Administration (FDA) a approuvé quelque 78 nouvelles applications pharmaceutiques et 152 indications étendues. La FDA a également approuvé 34 nouveaux agents biologiques majeurs et 34 agents biotechnologiques sensiblement équivalents à des produits existants et 4 949 dispositifs nouveaux ou modifiés (dont 41 nouveaux dispositifs majeurs). À cela s'ajoutent les nombreux progrès des interventions cliniques, comme la réduction chirurgicale du volume pulmonaire, qui ne sont pas liées aux nouveaux produits, et qui ne sont par conséquent pas recensées dans les activités de la FDA (Gelijns *et al.*, 2004).

19. En Suisse, par exemple, des tests pour des maladies infectieuses telles que l'hépatite C ont récemment reçu un agrément d'une durée de cinq ans. Dans cet intervalle, les autorités de régulation rechercheront des données supplémentaires pour lever les principales incertitudes. Des normes statistiques ont été agréées qui permettront de fournir des informations aux régulateurs et d'importantes données de recherche-développement aux fabricants des tests.

20. Le réseau EuroScan est constitué de douze membres, essentiellement des organismes d'évaluation des technologies présents dans dix pays, dont deux hors d'Europe (Canada et Israël). Ce réseau a pour objectif le partage et l'évaluation d'informations sur des technologies émergentes ou sur de nouvelles applications de technologies existantes, le développement des sources d'information utilisées pour identifier les technologies nouvelles et émergentes, le développement des méthodes d'évaluation précoce et la diffusion des informations sur les activités d'identification précoce et d'évaluation.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

ISBN 92-64-01557-4
Vers des systèmes de santé plus performants
© OCDE 2004

Chapitre 3

Satisfaction des patients et des consommateurs : la recherche d'une meilleure capacité de réponse

Faire en sorte que les patients soient satisfaits des soins qu'ils reçoivent et du système qui les assure est pour les pays de l'OCDE un objectif de plus en plus important (Kalisch *et al.*, 1998), en raison probablement des nombreux signes d'insatisfaction observés à l'égard des systèmes de santé et de certains de leurs aspects. Dans l'Union européenne, par exemple, la proportion de personnes qui disent être « très mécontentes » de leur système de santé se situait récemment entre 2 et 34 %, avec une moyenne à 13 % (Commission européenne, 2001). Une enquête effectuée en 2001 dans cinq pays – Australie, Canada, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis – a montré que la grande majorité des personnes interrogées considéraient que leur système de santé nécessitait des « changements fondamentaux » ou une « refonte complète » (Blendon *et al.*, 2002). Dans cette même étude cependant, comme dans d'autres, le niveau de satisfaction de la population à l'égard de la performance globale du système de santé est très différent de celui obtenu quand on interroge les gens plus spécifiquement sur leur expérience personnelle avec le système de soins de santé ; la majorité des répondants dans ce dernier cas ne mentionnent pas de problèmes.

La satisfaction à l'égard des soins et des systèmes de santé et de prise en charge de la dépendance dépend de l'expérience et des perceptions individuelles. Ceux-ci sont influencés par beaucoup de facteurs qui interviennent aussi dans l'évaluation que font les pouvoirs publics de la performance des systèmes de santé : la qualité perçue des soins[1] et la qualité des relations avec les professionnels de santé et les soignants ; l'étendue du choix de prestataires, d'assureurs et de traitements ; des coûts abordables ; un traitement juste et équitable ; et l'accessibilité perçue des soins, c'est-à-dire la disponibilité locale en temps voulu des services de base et la possibilité de bénéficier des derniers progrès de la médecine.

Les systèmes de santé ont de nombreuses améliorations à réaliser pour répondre aux attentes et aux choix des patients et des consommateurs de soins. Les travaux de l'OCDE ont permis d'identifier les mesures propres à réduire les temps d'attente pour la chirurgie non urgente et à mieux répondre aux souhaits des bénéficiaires de soins de longue durée, deux domaines majeurs d'insatisfaction dans plusieurs pays, et ont examiné comment il serait possible d'améliorer la réponse du système de santé en proposant un choix entre différentes couvertures d'assurance.

Mesures visant à remédier aux problèmes des délais d'attente excessifs en chirurgie non urgente

Les temps d'attente pour la chirurgie élective (voir encadré 3.1) sont considérés comme posant problème lorsqu'ils suscitent l'insatisfaction des consommateurs et le sentiment que le système de soins ne répond pas à leurs besoins. On peut alors les réduire soit par des mesures liées à l'offre, soit par des mesures liées à la demande (Hurst et Siciliani, 2003). On peut aussi les réduire directement par des mesures qui peuvent influer à la fois sur la demande et sur l'offre.

Tous les pays où se posent des problèmes d'attente ont appliqué en diverses occasions des mesures liées à l'offre consistant notamment à augmenter la capacité en accroissant le

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 3.1. **Pourquoi y a-t-il dans certains pays de l'OCDE des délais d'attente excessifs pour la chirurgie non urgente ?**

Dans une douzaine au moins de pays de l'OCDE[1], les candidats à une intervention chirurgicale non urgente attendent généralement des semaines, voire des mois. En revanche, dans huit autres pays au moins[2], les délais d'attente semblent négligeables.

Par rapport au groupe de pays qui font état de délais d'attente, ceux qui n'en présentent pas se caractérisent par une dépense de santé moyenne par habitant plus élevée au total dans le secteur public et le secteur privé. Les pays où la dépense est la plus faible sont ceux où les délais d'attente sont les plus longs et ceux qui ont la dépense la plus forte n'ont pas de délai d'attente. Cependant, un pays à dépense élevée (Norvège) fait aussi état de délais d'attente relativement longs, et un pays à dépense faible n'a pas de délais d'attente (Japon). Parmi les pays à dépense moyenne, quatre font état de délais d'attente et trois n'en indiquent pas. L'existence de délais d'attente est étroitement liée à un faible nombre de lits de soins aigus. La rémunération des spécialistes à l'acte, par opposition au salariat, est négativement corrélée aux délais d'attente ; il en va de même du financement des hôpitaux à l'activité.

Dans le groupe de pays où il y a des délais d'attente, c'est la densité de médecins qui présente la plus forte corrélation négative avec les temps d'attente. Les estimations économétriques montrent qu'une augmentation marginale de 0.1 médecin généraliste et spécialiste par 1 000 habitants correspond respectivement à une réduction marginale des délais d'attente moyens de 3.3 et 6.4 jours (à la moyenne arithmétique de l'échantillon) et une réduction marginale des temps d'attente médians de 7.6 et 8.9 jours.

1. Australie, Canada, Danemark, Finlande, Irlande, Italie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Espagne, Suède et Royaume-Uni.
2. Autriche, Belgique, France, Allemagne, Japon, Luxembourg, Suisse et États-Unis.

Source : Siciliani et Hurst (2003).

nombre de personnels et de lits dans les services de chirurgie publics ou en passant des contrats pour une augmentation de capacité des services privés. Cette approche ne peut que gonfler les coûts proportionnellement à l'augmentation du volume d'activité. Une autre solution consiste à améliorer la productivité en rémunérant les médecins et les hôpitaux en fonction de leur activité. Il devrait être possible de conjuguer ces deux types de mesures avec des augmentations modestes de capacité et de dépenses si l'on maintient la discipline budgétaire et celle des rémunérations ; en d'autres termes, si l'on traduit une partie des gains de productivité en baisse du prix unitaire des interventions. On peut également améliorer la productivité en encourageant la chirurgie ambulatoire.

Des mesures liées à la demande, telles que le relèvement du seuil clinique d'admission de patients sur la liste d'attente, peuvent se justifier en cas de financement public d'interventions chirurgicales dont les coûts dépassent les avantages. Ces mesures pourraient accroître la valeur des dépenses publiques de chirurgie. Dans la mesure où elles empêchent des inscriptions injustifiées sur les listes d'attente et donnent aux patients la certitude d'avoir droit à un traitement, elles peuvent améliorer le bien-être. Cependant, il peut y avoir un problème d'insatisfaction des patients candidats à une intervention, si ceux qui le souhaitent ne peuvent pas l'obtenir facilement dans le cadre d'un financement privé, auquel cas on risque de simplement masquer la demande en remplaçant la file visible de ceux qui sont en liste d'attente par la file moins visible de ceux qui « attendent de pouvoir s'inscrire sur les listes d'attente ».

On peut aussi adopter des mesures qui encouragent la souscription d'assurances-maladie privées, afin de réorienter une partie de la demande du secteur public vers le secteur privé. Cependant, lorsque les régimes publics assurent une couverture généreuse (plus précisément, offrent une chirurgie élective gratuite ou presque après un temps d'attente), le recours à l'assurance-maladie privée (ou à un paiement direct pour la chirurgie) est, à quelques exceptions près (Australie et Irlande), modeste[2]. Cela cadre avec le constat que les patients sont très peu disposés à payer pour attendre moins longtemps une intervention non urgente dans le secteur public[3]. Peut-être en partie à cause des faibles taux de souscription, l'assurance-maladie privée n'a pas sensiblement réduit les temps d'attente dans les pays de l'OCDE où cela pose problème, mais elle a aidé à financer des accroissements de la capacité et par conséquent de l'offre en Australie.

Les mesures ciblées directement sur les délais d'attente consistent notamment à imposer des objectifs de délai maximum (comme cela a été fait au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas, en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni) et à offrir aux chirurgiens ou aux hôpitaux des incitations financières à la réduction des délais d'attente (comme cela a été fait en Espagne). Ces objectifs de délai maximum ont permis en Angleterre d'éliminer les temps d'attente très longs mais n'ont eu aucun effet sur le temps d'attente moyen. Par ailleurs, accélérer la prise en charge des patients dont l'attente est la plus longue peut être incompatible avec les priorités cliniques, car les patients qui ont attendu le plus longtemps ne sont pas nécessairement ceux dont l'état est le plus sérieux.

Malgré les nombreuses mesures qui ont permis de réduire les délais d'attente, la résolution de ce problème est loin d'être simple. On s'aperçoit souvent lorsqu'on a pris des mesures pour augmenter l'activité, qu'après une brève période la demande augmente et les temps d'attente reviennent à peu près à leur niveau antérieur. Ainsi, dans les années 90, l'Angleterre n'a réussi qu'à stabiliser le délai d'attente moyen des patients pour 11 interventions non urgentes majeures, malgré une augmentation de 64 % de ces interventions au cours de la décennie. En Angleterre comme ailleurs, la demande de chirurgie a augmenté rapidement du fait de l'évolution technologique. De plus, elle réagit positivement aux réductions des temps d'attente, comme elle le ferait aux réductions de prix.

Des soins de longue durée qui répondent mieux aux choix et aux attentes des patients et des soignants

Les soins de longue durée sont depuis longtemps un sujet d'insatisfaction aussi bien des patients que des soignants. De nombreux efforts ont été entrepris depuis dix ans pour améliorer la capacité de réponse des systèmes de soins de longue durée dans les pays de l'OCDE.

Amélioration des conditions d'institutionnalisation

Les résidences-services constituent une solution de plus en plus utilisée par les personnes âgées aisées pour opérer la transition entre une vie totalement autonome à domicile et l'entrée dans un établissement de long séjour. Il y a toutefois d'importantes différences d'un pays à l'autre quant au niveau de financement public pour les soins et services dans ce type de structure et quant à l'implication de l'administration dans le contrôle de la qualité des prestations. Un apport considérable en économies personnelles ou en couverture par une assurance privée est souvent nécessaire pour que ce choix soit financièrement envisageable.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

La création d'unités de vie pour les patients atteints de démence sénile est un exemple de la façon dont le marché des soins de longue durée a évolué pour répondre aux choix des patients et de leurs familles (Moïse *et al.*, 2004). Dans l'ensemble de l'OCDE, les établissements de long séjour comportent de plus en plus souvent des unités exclusivement consacrées aux patients déments. L'idée est de permettre au personnel de mieux gérer les problèmes de comportement lourds, pour mieux accompagner les patients déments sans nuire aux soins des autres résidents. Les unités de vie existent dans beaucoup de pays de l'OCDE comme la France, le Japon, l'Espagne, la Suède et les États-Unis, et connaissent un succès grandissant. Cependant, comme c'est le cas pour beaucoup d'innovations dans le domaine de l'organisation des soins de santé, on manque de données concrètes sur les avantages et les coûts relatifs de ce système (Doody *et al.*, 2001).

Plus grande maîtrise des consommateurs sur les dépenses occasionnées par les soins de longue durée

Plusieurs pays ont réformé leurs politiques pour donner une plus grande liberté de choix aux consommateurs. Deux approches ont été adoptées :

- budgets personnalisés et emploi de tierces personnes à l'initiative du consommateur (Pays-Bas, Norvège, certains États des États-Unis ; au Royaume-Uni, extension actuellement de paiements directs aux bénéficiaires) ;
- allocation versée à la personne dépendante, à charge pour elle de se procurer l'aide voulue (Autriche, France, Allemagne).

Si l'on en juge par les enquêtes auprès des personnes âgées dépendantes et leur aidant principal, l'expérience est positive, car elle donne plus de souplesse et plus de maîtrise sur les prestations et réduit le sentiment de dépendance (Lundsgaard, 2004).

Si les budgets globaux ou les allocations ne sont pas plafonnés, le transfert au consommateur de la responsabilité de la dépense a des chances d'être plus coûteux que les modalités traditionnelles de couverture de ce type de services. Cela dit, si l'expérience montre que la gestion des dépenses par le consommateur n'est pas nécessairement une solution bon marché, il y a aussi des raisons de penser qu'elle n'est pas nécessairement plus coûteuse. La plupart des gens, s'ils ont le choix, optent pour les soins à domicile. Un certain nombre d'études montre que pour de nombreuses personnes âgées handicapées, surtout celles qui ont l'aide d'un soignant informel, l'option du maintien à domicile peut être moins coûteuse que l'institutionnalisation[4]. D'ailleurs, en Allemagne, où depuis 1996 les personnes âgées invalides ont le choix entre un panier de services ou une allocation dépendance (moins coûteuse), les deux tiers des bénéficiaires ont opté pour l'allocation qu'ils peuvent dépenser comme ils le souhaitent. Pour les personnes âgées, l'indépendance vaut que l'on renonce à certaines formes de soins plus coûteuses.

La diversification des options d'assurance-maladie peut améliorer la réactivité des systèmes de santé

Un des principaux objectifs de nombreux pays de l'OCDE qui font une place dans leur système de santé à l'assurance-maladie privée est d'améliorer la satisfaction des consommateurs et la réponse du système de santé à leurs attentes. Grâce à une offre de produits diversifiée, les marchés de l'assurance-maladie privée peuvent élargir le choix des consommateurs en terme de prestations et de régimes de couverture financière – surtout lorsque cette diversité s'accompagne d'informations accessibles et utilisables permettant de

comparer les différentes options. L'assurance-maladie privée couvre souvent une gamme plus large de prestataires, de traitements ou d'options en terme de délais. En outre, et c'est peut-être le plus important, le fait que chacun soit en mesure de choisir sa couverture et ses prestataires et d'en changer peut inciter les systèmes de santé à mieux répondre à ces choix.

Le choix du consommateur est élargi par la possibilité de souscrire une assurance-maladie privée dans de nombreux pays où celle-ci sert de couverture duplicative facultative pour les patients qui relèvent du régime public. En Australie, par exemple, les patients qui ont une assurance privée peuvent se faire soigner en clinique et choisir leur médecin aussi bien à l'hôpital public qu'à l'hôpital privé. En Irlande, la souscription d'une assurance privée donne accès à des cliniques qui ne sont pas remboursées par le système public. Dans le programme américain Medicare, la plupart des bénéficiaires peuvent souscrire une assurance-maladie privée qui offre en général moins de choix de prestataires, mais plus de prestations et une participation moins élevée aux frais[5].

La possibilité de souscrire une police d'assurance privée supplémentaire élargit le choix des prestations couvertes, comme le fait l'assurance complémentaire pour la quote-part des frais à la charge du patient, et le degré de mutualisation des risques. Ainsi, les bénéficiaires de Medicare ont le choix entre dix options différentes pour la couverture de leur quote-part des frais et des prestations non couvertes par le régime public[6]. Un marché restreint d'assurances-dépendance supplémentaires se développe actuellement dans quelques pays de l'OCDE où les régimes publics ont été élargis (par exemple la France, l'Allemagne), signe de différences d'attitude des consommateurs face au risque de participation aux coûts élevée qu'impliquent ces régimes.

On peut logiquement penser que c'est lorsque la couverture primaire est fournie pour certaines catégories de population par des assureurs multiples que le choix et la capacité de réponse ont les plus grandes chances de s'améliorer. Cela dépend toutefois beaucoup des contraintes réglementaires. Ainsi, sur de nombreux marchés aux États-Unis, on observe entre les produits d'assurance privée des différences significatives de dimension et de diversité du réseau de prestataires, de prestations couvertes, de quote-part des frais à la charge de l'usager, d'incitations financières pour les prestataires, et de règles de gestion de la demande. Le peu de contraintes réglementaires imposées aux contrats d'assurance, conjugué à un choix relativement large[7], peut encourager l'innovation au niveau des modalités de financement et de production des soins. C'est pourquoi les marchés américains répondent rapidement aux préférences des acheteurs (individuels et entreprises) (Docteur *et al.*, 2003)[8]. En Suisse, en revanche, on observe beaucoup moins de variation dans les produits d'assurance-maladie obligatoire et d'assurance supplémentaire, notamment parce que la réglementation qui s'y applique est conçue pour assurer l'équité d'accès et de financement. Ici, les produits d'assurance-maladie diffèrent surtout par le coût des primes.

Faute d'informations accessibles, les assurés ne profitent que peu des possibilités de choix que leur offrent les produits d'assurance-maladie privée, car il est souvent difficile de comparer les offres en termes de prix et de prestations. C'est l'une des explications plausibles du faible taux de changements d'assureur pour la couverture de base obligatoire en Suisse (Colombo, 2001). L'insuffisance d'information a aussi posé un problème dans les régimes d'assurance sociale qui ont tenté d'introduire une concurrence entre les assureurs, comme aux Pays-Bas et en Allemagne (Gress *et al.*, 2002). L'Australie et certains États des États-Unis[9] ont mis au point des informations comparatives pour faciliter le choix des consommateurs et établi des directives pour les informations à fournir par le secteur privé.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Pour que puissent se dégager les préférences des consommateurs, il est indispensable d'autoriser les assureurs à différencier leurs produits en termes de prestations et de prestataires. Cependant, un excès de différenciation risque d'accroître la confusion chez les consommateurs et de nuire à la mutualisation des risques. L'imposition de règles de communication peut être utile pour permettre aux consommateurs de mieux s'y retrouver dans la complexité des options et de faire des choix valables parmi les assurances privées. Si les pouvoirs publics s'inquiètent des inégalités qui peuvent se créer, ils devront peut-être prendre des mesures pour permettre l'accès à une assurance des personnes à haut risque à des conditions abordables (voir encadré 2.2).

Pistes possibles pour améliorer la réponse des systèmes de santé : résumé des conclusions

Lorsqu'ils sont modérés, les délais d'attente ne semblent pas avoir d'effets négatifs sur les résultats sanitaires, mais ils affectent la qualité de vie et risquent d'engendrer des coûts extérieurs au système de santé, par exemple en termes de productivité au travail. Les pays n'y attacheront pas tous le même poids lorsqu'ils auront à décider s'il y a des mesures à prendre pour remédier au problème des délais d'attente et lesquels. Les décisions des pays peuvent aussi varier selon l'importance qu'ils attachent aux considérations d'équité dans le domaine des soins non urgents, et sur l'opportunité de rationner certaines prestations par le prix. Les pays qui souhaitent réduire les temps d'attente jugés excessifs devront accroître soit la capacité, soit la productivité chirurgicale, en sachant que dans le premier cas il y aura des augmentations de coût, et que dans le deuxième il pourrait aussi y en avoir. Si l'offre d'interventions est jugée adéquate, il est aussi possible de réduire les délais en changeant la propension à générer de l'attente, par exemple par une gestion plus restrictive de la demande ou par des incitations financières aux médecins afin qu'ils réduisent les listes.

La question de savoir comment employer l'assurance-maladie privée pour améliorer la capacité de réponse du système de santé est une question délicate[10]. En soi, l'existence de différentes options donne plus de choix au consommateur, encore que la réalité de ce choix dépende beaucoup de la diversité des produits. Il est clair qu'un système où existent de multiples assureurs privés ou sociaux qui sont libres d'innover va s'adapter aux préférences des consommateurs mieux que ne peut le faire un système à payeur unique. Mais le coût financier (sur lequel nous reviendrons plus loin) et en termes d'équité peut être considérable et difficile à surmonter.

Notes

1. La plupart des patients n'ayant pas les informations nécessaires pour évaluer la qualité des soins qui leur ont été fournis, leur degré de satisfaction peut être davantage fonction d'autres facteurs. Les efforts consentis par les pouvoirs publics et les autres parties prenantes pour accroître la disponibilité et l'exploitabilité des informations sur la qualité technique des soins et d'autres aspects qui bénéficient d'une évaluation plus détaillée ou systématique pourraient modifier ces paramètres à l'avenir.
2. Ainsi, le taux de souscription d'une assurance-maladie privée duplicative est inférieur à 15 % au Portugal, en Espagne et au Royaume-Uni, même si l'intérêt principal de ce type d'assurance est de permettre un accès plus rapide aux soins.
3. Ainsi, Propper (1990 et 1995) constate que les personnes interrogées en Angleterre ne sont prêtes à payer qu'environ 100 dollars au prix de 2001 pour réduire d'un mois le temps d'attente d'une intervention élective pour un état stable. Bishai et Lang (2000) donnent une fourchette

d'estimations de la disposition à payer pour attendre moins longtemps une opération de la cataracte qui va de 30 à 130 dollars par mois au Canada, au Danemark et en Espagne.

4. Voir, par exemple, pour le Royaume-Uni, Tinker *et al.* (1999).
5. Cette assurance étant essentiellement financée par les fonds publics (les bénéficiaires de Medicare ne paient en général qu'une faible prime), techniquement cette couverture n'est toutefois pas considérée comme une assurance-maladie privée selon la définition de l'OCDE.
6. Toutes les options ne sont pas proposées sur tous les marchés, en partie à cause de la hausse des primes due à la sélection défavorable pour les options qui offrent les prestations les plus complètes.
7. L'éventail des choix varie. De nombreux employeurs proposent plusieurs plans d'assurance entre lesquels les salariés peuvent choisir, d'autres n'en proposent qu'un seul, voire aucun. Le marché de l'assurance individuelle offre moins de choix et peut même ne pas donner accès à une couverture, surtout pour les personnes qui relèvent des catégories à haut risque.
8. En témoigne par exemple la rapidité des changements apportés aux dispositifs de couverture suite aux réactions négatives suscitées par le système des soins gérés, changements qui se sont traduits par une multiplication de produits d'assurance assortis de conditions moins strictes.
9. Le gouvernement fédéral et les États rédigent et diffusent ensemble des informations comparatives sur la couverture des polices d'assurance supplémentaire de Medicare.
10. Lorsqu'il s'agit de décider du rôle que doit jouer l'assurance-maladie privée dans un système de santé, il faut savoir que beaucoup des caractéristiques qui importent, sinon la plupart, sont celles qu'on va imposer et non des caractéristiques intrinsèques. Le point de savoir si la couverture est volontaire ou obligatoire, si elle est substitutive, duplicative, supplémentaire ou complémentaire par rapport à la couverture publique, si les assureurs sont en concurrence et sur quelles bases et quelles sont les interventions publiques (par exemple réglementation du marché, subventions) utilisées sont autant de facteurs essentiels pour déterminer l'impact de l'assurance-maladie privée sur le système de santé.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

ISBN 92-64-01557-4
Vers des systèmes de santé plus performants
© OCDE 2004

Chapitre 4

Dépenses de santé : la recherche de coûts raisonnables et d'un financement durable

La hausse des dépenses de santé reste pour les gouvernements de la plupart des pays de l'OCDE un problème pressant, même si la nature des préoccupations qu'elle suscite a pu changer au fil du temps. La plupart des pays ont utilisé, avec d'ailleurs un certain succès, divers outils pour en ralentir le rythme. Cependant, ils n'ont jamais réussi à remédier aux causes fondamentales de cette croissance et, dans certains cas, les mesures prises ont même eu des effets secondaires indésirables, tels que l'apparition ou l'aggravation des délais d'attente pour certaines prestations. Par ailleurs, certains pays ont poussé trop loin leur maîtrise des coûts et se demandent à présent si le financement de leurs systèmes est suffisant pour atteindre leurs objectifs de performance.

L'augmentation des coûts et ses conséquences

Les coûts de la santé augmentent

La santé représente une part importante des économies des pays de l'OCDE : plus de 8 % du PIB en moyenne, et plus de 10 % dans trois d'entre eux en 2001 (graphique 4.1). Depuis dix ans, les coûts des soins n'ont pas cessé d'augmenter dans tous les pays de l'OCDE et, la plupart du temps, cette croissance a été plus rapide que celle de l'ensemble de l'économie (graphique 4.2).

Il est généralement admis que les progrès de la médecine en matière de traitement et de prévention sont un facteur majeur de la croissance des coûts, qui a été responsable d'environ la moitié de l'augmentation totale des dépenses au cours du demi-siècle précédent (Newhouse, 1992). Durant cette période, les nouvelles technologies – conquête de maladies infectieuses par de nouveaux vaccins, développement de thérapies pour des maladies pour lesquelles il n'y en avait pas auparavant, comme le SIDA, et aujourd'hui l'émergence de thérapies géniques – ont transformé la pratique de la médecine. Les progrès récents de l'imagerie médicale, des biotechnologies et de la pharmacologie laissent à penser que cette tendance devrait se poursuivre (Aaron, 2003).

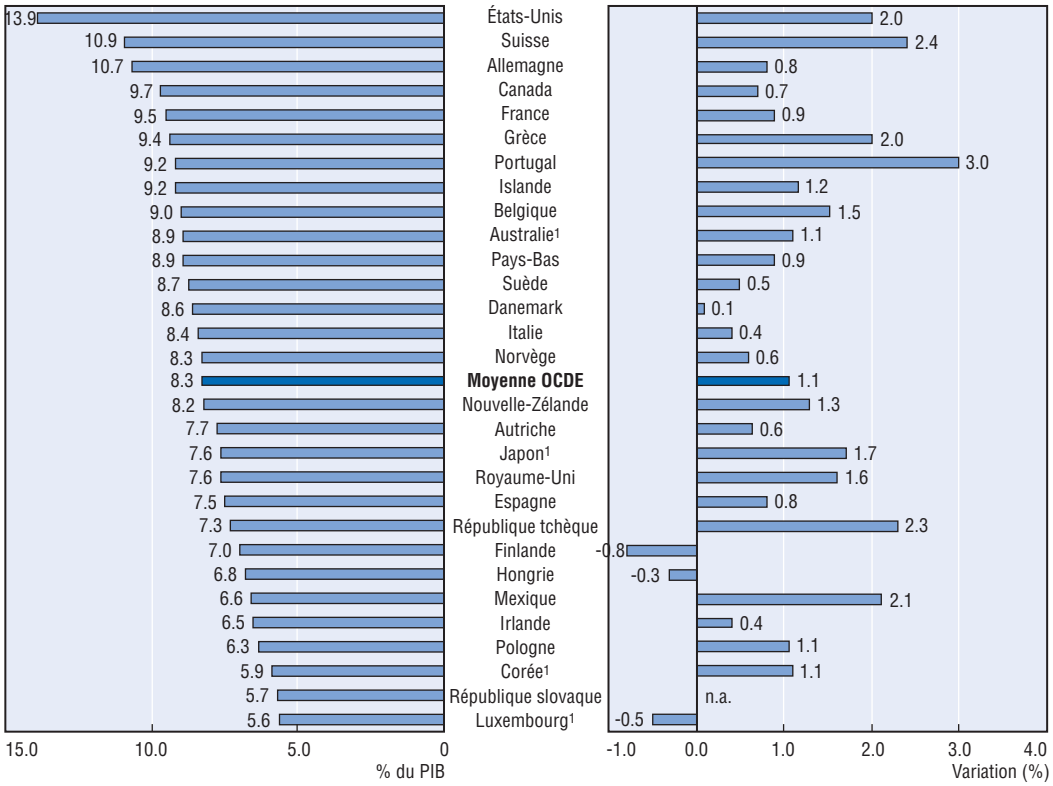
Par ailleurs, les conséquences du vieillissement de la population pour les coûts de la santé sont un facteur qu'il est important de prendre en compte. Les populations de la zone de l'OCDE vieillissent rapidement. En effet, parmi les pays de l'OCDE, l'espérance de vie a augmenté depuis quarante ans de 2.3 mois par an en moyenne et la faiblesse des taux de natalité se traduit par une baisse des effectifs des cohortes les plus jeunes. Ces deux tendances signifient que la proportion de la population âgée de 80 ans et plus dépasse aujourd'hui 3 % et continue d'augmenter dans la plupart des pays de l'OCDE (graphique 4.3).

Il n'est pas évident qu'en soi le vieillissement de la population pèse davantage sur le système de soins aigus. Certaines données montrent que les coûts des soins se concentrent sur les deux dernières années de la vie, et que le coût total des soins pour les personnes âgées est le même quelle que soit l'espérance de vie. Si ce constat reste valable à mesure que celle-ci s'allonge, les dépenses de santé seront retardées d'autant. D'un autre côté, comme la proportion de personnes âgées dans la population va certainement croître rapidement et que

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Graphique 4.1. **Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 2001**

Graphique 4.2. **Variation des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 1990-2001**



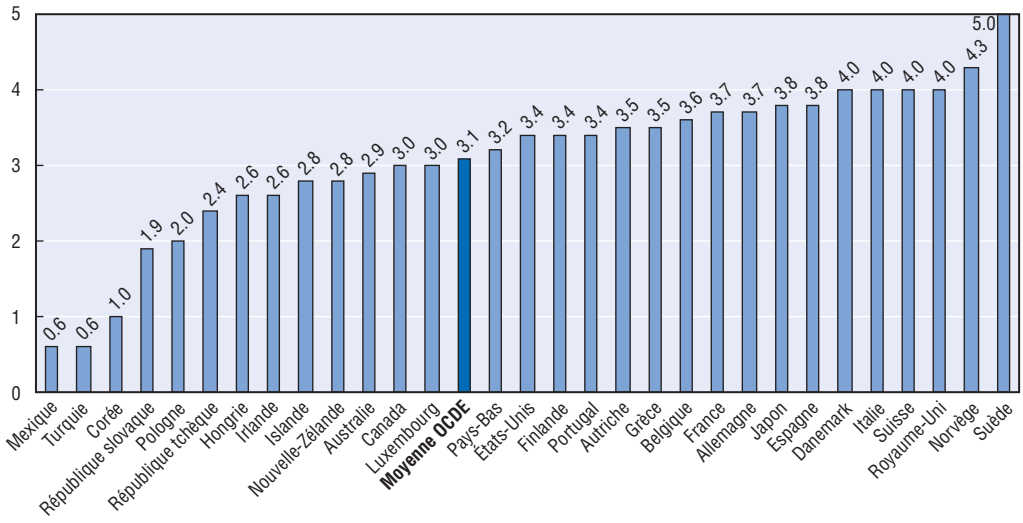
Note : La variation moyenne des dépenses de santé totales exclut la République slovaque et la Turquie. Elle est fondée sur les données de 2000, au lieu de 2001, pour l'Australie, la Corée, le Japon et le Luxembourg, et sur les données de 1992, au lieu de 1990, pour l'Allemagne.

1. 2000.

Source : *Éco-santé OCDE 2003.*

Graphique 4.3. **Proportion de la population âgée de 80 ans et plus, 2000**

En pourcentage



Source : *Éco-santé OCDE 2003.*

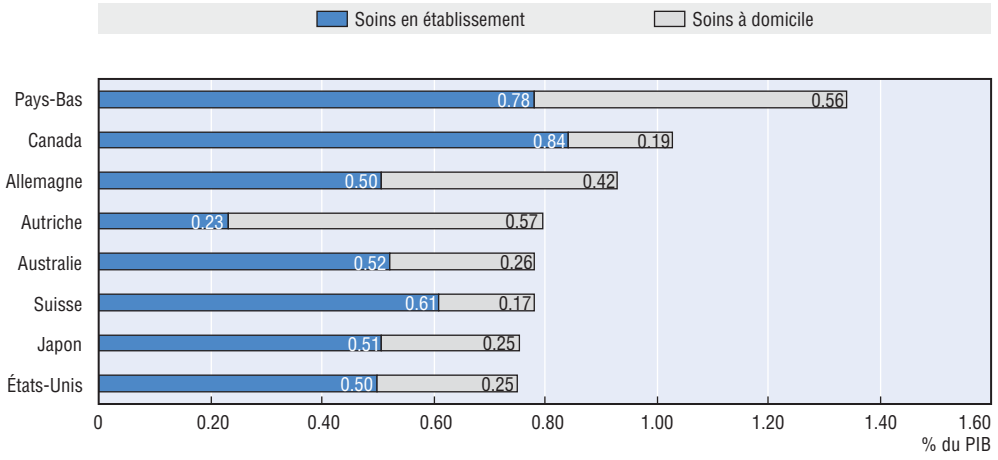
leur taux de mortalité est plus élevé, la proportion de personnes en fin de vie va croître également. Les projections de l'OCDE fondées sur les dépenses publiques moyennes par tranche d'âge[1] laissent à penser qu'entre 2000 et 2050 les dépenses de soins aigus vont augmenter d'environ 2 points en pourcentage du PIB (Bains et Oxley, 2004). Comme ce résultat ne tient pas compte des effets de la réduction des taux de mortalité à un âge donné, il correspond probablement à une estimation élevée de l'impact du vieillissement.

Hausse des coûts des soins de longue durée

Les dépenses publiques et privées consacrées aux services de soins de longue durée pour les personnes âgées augmentent dans les pays de l'OCDE. On assiste en effet à une forte croissance du nombre de personnes du 4e âge, qui sont celles qui ont le plus besoin de soins de longue durée. Dans de nombreux pays (notamment l'Australie, l'Allemagne, le Japon et le Luxembourg), la montée récente des dépenses publiques résulte du développement des programmes publics d'aide aux personnes dépendantes. Plus généralement, ces dépenses augmentent dans de nombreux pays en réponse aux attentes croissantes d'une population vieillissante et aux transformations des structures familiales et des conditions de vie des personnes âgées (OCDE, 2004b)[2].

Les coûts des soins de longue durée représentent actuellement une proportion relativement faible du PIB par rapport à la santé en général[3], en partie à cause de la prévalence des soins familiaux non rémunérés (graphique 4.4). Toutefois, le taux de croissance élevé des tranches d'âge supérieures auquel on s'attend signifie que les dépenses publiques consacrées aux services de soins de longue durée vont probablement au moins doubler en pourcentage du PIB d'ici 2050 en moyenne (Bains et Oxley, 2004). Cette augmentation pourrait être plus forte encore si d'autres facteurs – hausse plus importante des coûts unitaires ou diminution de la prise en charge familiale – accroissent la demande. D'un autre côté, cette prévision pourrait être revue à la baisse si dans l'avenir les personnes très âgées jouissaient d'une meilleure santé avec moins de handicaps. Compte tenu de ces incertitudes, il importe que les politiques mises en place soient suffisamment souples pour s'adapter aux circonstances.

Graphique 4.4. **Dépenses publiques en soins de longue durée en proportion du PIB dans une sélection de pays de l'OCDE, 2000**

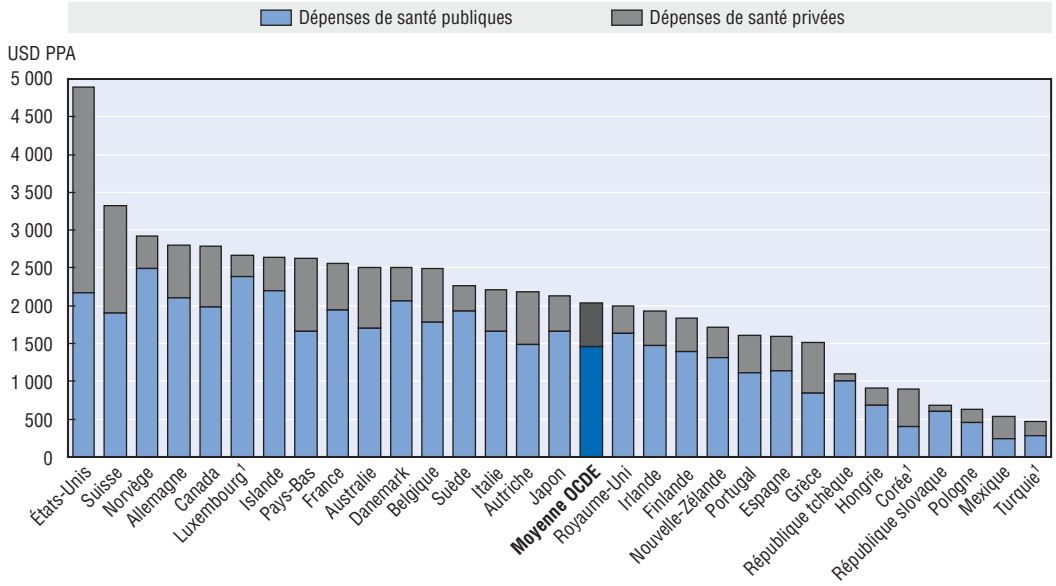


Source : Étude de l'OCDE sur les soins de longue durée.

Les coûts grèvent les finances publiques

Dans la plupart des pays de l'OCDE, la pression qu'exerce sur les finances publiques cette croissance continue des coûts de la santé préoccupe les gouvernements. Étant donné la prédominance des régimes d'assurance-maladie publics ou du financement public direct des soins dans la plupart des pays de l'OCDE, c'est le budget public qui assume la plus grande part des dépenses de santé (72 % en moyenne) dans tous les pays à l'exception de la Corée, du Mexique et des États-Unis (graphique 4.5). Même aux États-Unis, où le

Graphique 4.5. **Dépenses de santé par habitant, 2001**

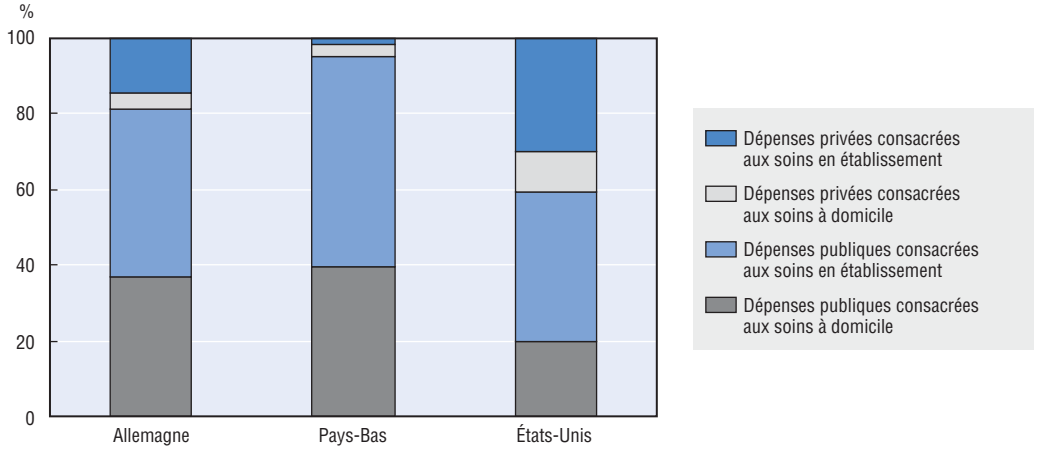


Note : La moyenne de l'OCDE est non pondérée. Pondérée par la population, la moyenne de l'OCDE s'élève à 2 535 dollars EU PPA par habitant.

1. 2000.

Source : Éco-santé OCDE 2003 ; les données pour la Turquie proviennent des Comptes de la santé nationaux du pays.

Graphique 4.6. **Dépenses en soins de longue durée par source de financement dans certains pays de l'OCDE, 2000**



Note : Les données comprennent seulement les dépenses de santé en soins de longue durée.

Source : Étude de l'OCDE sur les soins de longue durée.

secteur privé joue un rôle exceptionnellement important dans le financement, les dépenses publiques de santé représentent 6 % du PIB, un ordre de grandeur comparable au pourcentage moyen des dépenses publiques dans la zone de l'OCDE (OCDE, 2003d).

La part des dépenses de soins de longue durée supportée par les finances publiques varie fortement selon les pays (par exemple environ 60 % aux États-Unis, plus de 90 % aux Pays-Bas) (graphique 4.6). Plusieurs pays ont augmenté leurs dépenses pour les soins à domicile, mais tous n'augmentent pas de la même façon les dépenses pour les soins en institution. Là où de nouveaux programmes publics ont facilité l'accès aussi bien aux soins à domicile qu'aux soins institutionnels, les deux volets peuvent être en augmentation ; c'est ce qui se passe notamment en Allemagne depuis dix ans (OCDE, 2004b).

Bilan des efforts de maîtrise des coûts de santé

Même si les pays ont réussi ici et là à maîtriser les coûts sur le court terme, le problème reste aigu dans beaucoup de pays.

Stratégies utilisées pour maîtriser les coûts

Face à la hausse tendancielle des dépenses de santé, la plupart des pays de l'OCDE essaient depuis vingt ans de la freiner. D'une façon générale, les stratégies appliquées pour ralentir cette croissance des dépenses reposent sur des mesures de maîtrise des coûts telles que : *i)* la régulation des prix, des ressources et (dans une moindre mesure) des volumes d'activité ; *ii)* le plafonnement des dépenses de santé, globalement ou par secteur ; et *iii)* les transferts de coûts vers des sources privées de financement (patients individuels ou assurances-maladie privées).

Régulation des prix et de l'offre

La plupart des pays réglementent d'une façon ou d'une autre les prix et/ou les volumes d'activité du secteur de la santé, souvent par des moyens destinés à influer sur les niveaux de dépenses aussi bien publics que privés. La maîtrise salariale prédomine dans les systèmes où la plupart des professionnels de santé sont des salariés du secteur public, comme c'est le cas dans les pays nordiques, en Grèce, en Italie et au Portugal. Dans d'autres systèmes, les tarifs des services et biens médicaux et des soins en institution sont généralement fixés administrativement, ou contrôlés par l'État lorsqu'il s'agit de prix convenus entre acheteurs et prestataires. Au Royaume-Uni, les pouvoirs publics réglementent les bénéfices nationaux des sociétés pharmaceutiques. La plupart des pays prennent des mesures pour contenir les volumes d'activité, qui vont de restrictions à l'entrée en faculté de médecine et d'autres mesures concernant les effectifs de professionnels de santé à des mesures plus directes de régulation de la capacité du secteur hospitalier.

L'effet de la régulation des prix sur les dépenses de santé peut dans certains cas être limité par la réponse des prestataires aux incitations économiques que leur offrent les systèmes de rémunération. Par exemple, pour compenser le gel des prix, les praticiens peuvent accroître le volume d'actes ou en modifier la composition de façon à inclure un plus grand nombre d'actes rémunérés à un tarif supérieur[4], comme cela s'est passé en Corée jusqu'à ce que les honoraires soient augmentés au milieu des années 90 (OCDE, 2003e). Parfois, on assiste à des déplacements d'activité vers des secteurs où il n'y a pas de contrôle des prix ; c'est ce qui s'est passé dans certains pays où les régimes publics et privés fonctionnent en parallèle, comme en Grèce et en Irlande[5]. Il arrive aussi que l'on code les patients dans des catégories de rémunération supérieures lorsque le système en comporte plusieurs.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

L'efficacité de la maîtrise des coûts par le contrôle des prix dépend aussi des coûts administratifs que ce contrôle implique et de la capacité à fixer les prix à des niveaux qui correspondent aux coûts d'un prestataire efficient. Surtout, à plus long terme, un contrôle prolongé des salaires ou des prix peut entraîner pour le secteur de la santé de sérieuses difficultés à attirer un personnel qualifié et à maintenir sa capacité de soins. Néanmoins, des systèmes de rémunération sophistiqués ont été utilisés avec succès lorsqu'il y avait un suivi rigoureux de leur impact. Le programme américain Medicare notamment a mis en place, pour la plupart des types de prestations, des systèmes complexes de paiement prospectif auxquels on peut attribuer un ralentissement de la croissance des coûts et une amélioration du rapport coût/efficacité de la production des soins. Ces systèmes ont d'ailleurs été repris par des payeurs privés.

Plafonnement des dépenses de santé

Un autre outil très utilisé pour maîtriser les dépenses est celui des plafonds ou des contrôles budgétaires. Ceux-ci concernaient initialement le secteur hospitalier, qui est l'élément le plus coûteux du système. Ils ont ensuite été étendus à d'autres prestataires et fournisseurs, afin d'améliorer la capacité de maîtrise des dépenses globales, compte tenu en particulier des possibilités de substitution d'un secteur à l'autre. La maîtrise des dépenses passe aujourd'hui souvent par des budgets globaux qui regroupent toutes les composantes des dépenses publiques de santé, et des plafonds supplémentaires sur les dépenses de soins ambulatoires et de produits pharmaceutiques.

En général, les plafonds budgétaires se sont révélés efficaces, surtout dans les pays où la production des soins relève du secteur public – comme au Danemark, en Irlande et en Nouvelle-Zélande – et dans les pays à payeur unique comme le Canada. Lorsque ces plafonds sont fermes et exécutoires, ils peuvent être un outil puissant de limitation des dépenses. Cependant, ces contraintes imposées d'en haut peuvent aussi avoir des effets négatifs en ce sens qu'elles n'incitent guère les prestataires à réaliser des gains d'efficience ou à accroître la productivité. Par exemple, les plafonds budgétaires fixes incitent les prestataires et les fournisseurs à pousser les dépenses jusqu'au montant plafond. L'établissement des budgets en fonction des dépenses de l'exercice précédent risque de favoriser les prestataires inefficients et de pénaliser ceux qui sont efficients. C'est pourquoi les pays de l'OCDE accompagnent de plus en plus les plafonds budgétaires par des mesures qui tiennent compte des niveaux de production et de l'efficience relative des différents hôpitaux.

Transfert des dépenses vers le secteur privé

Certains pays de l'OCDE ont pris des mesures pour réduire la charge que font peser les coûts de la santé sur les systèmes de financement publics. La démarche diffère selon les pays. Dans certains, la quote-part à la charge de l'usager a augmenté. Et parfois cela s'est accompagné d'un développement de l'assurance-maladie privée. Même si dans certains cas ces mesures ont permis de réduire la charge qui pèse sur les finances publiques, l'impact sur la dépense totale est resté minime.

Impact de l'augmentation de la quote-part à la charge de l'usager sur les dépenses publiques et les dépenses totales. Les mesures touchant la participation du patient aux frais paraissent avoir eu un impact sur la part des dépenses publiques dans les dépenses totales. Après les fortes augmentations liées à l'extension des régimes publics d'assurance-maladie que l'on a observée dans les années 70, la croissance de la part publique dans les dépenses totales de santé s'est nettement ralentie au cours des années 80. Entre 1990

et 2000, la part du secteur public dans les dépenses totales de santé est restée stable à environ 72 % en moyenne[6].

L'impact sur la demande globale des ménages et la consommation de soins des mesures de transfert de coûts a toutefois été limité, car la quote-part à la charge de l'usager reste minime dans la plupart des pays de l'OCDE, et lorsqu'elle est plus importante, des mesures de protection ont généralement été mises en place pour les utilisateurs de soins lourds et les personnes à faible revenu. Les données empiriques dont on dispose suggèrent que l'élasticité de la demande de soins est généralement faible, particulièrement dans le domaine des soins hospitaliers[7]. Néanmoins, un copaiement important peut avoir un réel impact sur la demande de prestations (voir encadré 4.1).

Encadré 4.1. **Effet du copaiement sur la maîtrise des dépenses de santé en Corée**

En Corée, les paiements directs représentent 41 % de la dépense de santé totale, au deuxième rang parmi les pays de l'OCDE (OCDE, 2003c). En effet, les tickets modérateurs sont élevés et certains types de prestations sont exclus de la couverture du régime national d'assurance-maladie. Ces deux facteurs expliquent probablement pour une bonne part pourquoi les dépenses de santé par habitant en Corée sont inférieures à celles que l'on attendrait pour un pays ayant ce niveau de vie.

L'importance des copaiements n'a toutefois pas suffi à limiter la croissance des dépenses de santé ni à maintenir l'équilibre budgétaire du régime national d'assurance-maladie. En effet, depuis 1985, à l'exception de quelques années, le taux annuel de croissance des dépenses réelles de santé par habitant est nettement supérieur à celui du PIB réel par habitant. L'évolution des dépenses publiques seules est analogue. La situation financière du régime national d'assurance-maladie se dégrade depuis le début des années 90, principalement en raison de la croissance en volume des prestations de santé. Derrière cette croissance, on trouve des facteurs structurels tels que le vieillissement de la population, des attentes de plus en plus fortes de soins plus développés et de meilleure qualité, ainsi que les incitations créées par le remboursement à l'acte dans un environnement orienté vers le profit. Le régime national d'assurance-maladie est en déficit depuis 1995. Depuis la mise en place de deux réformes majeures en 2000, les dépenses ont grimpé en flèche, transformant le déficit en crise financière dramatique.

Source : OCDE (2003e).

Rôle de l'assurance-maladie privée dans la maîtrise des dépenses publiques et de la dépense totale. Certains pays ont encouragé le développement des marchés de l'assurance-maladie privée dans le but d'alléger les contraintes de demande et de coût qui pèsent sur les régimes publics. Pour cela, ils ont autorisé les assurances privées à fournir une couverture duplicative par rapport au régime public (par exemple en Australie, en Irlande, au Royaume-Uni), exclu des catégories entières de la population du régime public (par exemple en Allemagne, aux Pays-Bas, aux États-Unis) ou exclu certaines prestations de la couverture publique (par exemple les soins dentaires aux Pays-Bas).

L'assurance-maladie privée ne représente en moyenne dans les pays de l'OCDE que 6.4 % des dépenses totales de santé et 23 % du total des dépenses privées de santé, mais il y a de grandes différences entre les pays[8]. Peu de pays ont enregistré des

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

changements notables de la proportion des dépenses totales de santé couverte par l'assurance-maladie privée au cours de la décennie écoulée[9], mais quelques-uns ont enregistré une augmentation de la proportion de la population couverte (OCDE, 2004c).

L'assurance privée duplicative a pris en charge certaines des dépenses qui sans cela auraient été supportées par le régime public. Ainsi, en Australie, l'assurance-maladie privée a contribué à financer des augmentations de capacité des hôpitaux privés et peut-être permis d'alléger les pressions financières qui s'exercent sur les hôpitaux publics qui traitent aussi des assurés privés, comme en Irlande. Cependant, les transferts de coûts vers l'assurance privée restent limités. Souvent en effet, les assureurs privés se contentent d'assurer les risques mineurs, tandis que les patients les plus lourds et les prestations les plus coûteuses restent du ressort du régime public, comme au Royaume-Uni et en Irlande[10]. En Australie, de nombreux assurés privés continuent à utiliser les services financés par le régime public. Aux États-Unis, les bénéficiaires de Medicare qui ont choisi de souscrire des plans d'assurance administrés par des compagnies privées ont la faculté de s'en désengager lorsqu'ils sont atteints d'une maladie grave pour retourner au programme traditionnel administré par le secteur public, qui leur donne un choix plus large de prestataires et de traitements[11]. Ce système profite aux assureurs privés aux dépens du financement public.

Même si, dans les pays qui restreignent l'accès à la couverture publique de certaines catégories de population, les dépenses publiques sont peut-être inférieures à ce qu'elles seraient sans cela, il faut remarquer qu'elles y représentent néanmoins une proportion relativement forte du PIB. Ceci s'explique en grande partie par le fait que les marchés privés tendent à assurer les personnes en relativement bonne santé et à faible risque, tandis que les personnes à plus haut risque et/ou les personnes âgées, qui représentent la grande majorité des dépenses totales de santé, sont assurées par les régimes publics. De même, l'exclusion de certaines prestations allège certainement les dépenses des régimes publics, mais les types de prestations qui sont exclues (notamment optique et soins dentaires) ne représentent généralement pas une source importante de dépenses. La mesure dans laquelle ces dépenses sont prises en charge par les assureurs privés, par rapport aux dépenses directes des patients, varie selon les pays.

L'assurance privée peut également engendrer un risque d'*augmentation* des dépenses publiques. Ainsi, la couverture par les assurances privées du ticket modérateur sur les prestations de santé financées par le secteur public, comme en France, amortit les signaux émis par les prix et réduit les incitations à modérer la consommation de soins, et tend par conséquent à accroître la demande. L'intervention de l'assurance privée peut toutefois être importante pour assurer l'accès aux soins lorsque la quote-part laissée à la charge de l'usager est relativement élevée, comme dans le programme américain Medicare. D'autre part, l'assurance-maladie privée peut accroître la charge qui pèse sur le secteur public si le coût de la subvention éventuelle qu'il accorde pour une couverture privée est supérieur aux économies que permet le transfert de charge. De surcroît, surtout lorsque l'offre est rare, les assureurs privés peuvent faire monter les prix payés par le secteur public.

Les pays où existent de multiples sources d'assurance primaire (privée et sociale) comptent parmi ceux dont la dépense totale de santé est la plus élevée[12]; on peut en déduire que ces dispositifs sont plus coûteux. La maîtrise des coûts est plus problématique dans les systèmes à payeurs multiples, où les acheteurs se trouvent en position moins forte

pour négocier les prix et les quantités avec les prestataires, à moins que soient établis des plafonds de remboursement ou des contrôles des prix, comme c'est le cas en Suisse. En l'absence d'intervention publique, les prix payés par les assureurs privés risquent d'être plus élevés que les prix fixés ou négociés par les payeurs publics, car dans la plupart des pays les assureurs privés n'ont pas une part importante de marché (l'Irlande fait ici figure d'exception). Les pays ont tendance à cantonner les mesures de maîtrise des coûts au régime public, à quelques exceptions près, comme aux Pays-Bas. En outre, les systèmes fondés sur l'assurance-maladie privée ont tendance à avoir des coûts administratifs plus élevés comparés aux régimes à payeur unique du modèle assurance sociale[13] ou du modèle public intégré[14]. Peut-être est-ce dû à des coûts plus élevés supportés par les assureurs dans un environnement compétitif[15]. D'autre part, avoir affaire à de multiples assureurs peut aussi accroître les coûts administratifs des prestataires.

Si l'on choisit de recourir à l'assurance-maladie privée pour réduire la charge du financement public, certaines précautions peuvent être utiles (OCDE, 2004c). Premièrement, dans les systèmes où la couverture privée est duplicative, il faudrait encourager les patients qui disposent d'une assurance privée à utiliser des soins financés par leur assurance, sachant que les primes augmenteront en conséquence. Deuxièmement, il convient de comparer les économies de financement public réalisées par des transferts vers les assurances privées au coût des subventions éventuelles au marché de l'assurance privée. Troisièmement, il peut être utile d'interdire la couverture par les assurances privées de tickets modérateurs peu élevés, afin de limiter le risque moral, même si une certaine couverture de ce type peut être nécessaire pour garantir l'accès aux soins de populations vulnérables ou d'autres catégories lorsque les tickets modérateurs sont élevés. Quatrièmement, il faudrait envisager d'appliquer des mesures de maîtrise des coûts (par exemple des systèmes de prix administrés) aussi bien au financement public qu'au financement privé afin que l'impact soit maximal à la fois sur les dépenses publiques et sur la dépense totale.

Degré d'efficacité de la maîtrise du rythme de croissance des dépenses de santé

Les efforts de maîtrise des coûts évoqués plus haut ont coïncidé avec un ralentissement du rythme de croissance des dépenses dans de nombreux pays de l'OCDE. En moyenne, le taux de croissance annuel des dépenses réelles de santé a été nettement plus faible dans les années 80 (3.2 %) et 90 (3.0 %), où de nombreuses mesures ont été prises pour maîtriser les coûts, que dans les années 70 (6.0 %). Toutefois, malgré quelques succès apparents à court terme de ralentissement du rythme de la hausse des dépenses de santé, les mesures de maîtrise des coûts ne se sont généralement pas attaquées aux causes fondamentales du phénomène, et la hausse des dépenses (totales et publiques, dans la plupart des cas) est restée supérieure à la croissance économique moyenne dans la plupart des pays de l'OCDE dans les années 90. Le mouvement est reparti à la hausse au début de la présente décennie.

Comment juger de l'adéquation des niveaux de dépenses de santé

Une augmentation de la proportion des dépenses de santé dans le PIB n'est pas nécessairement préoccupante. En effet, le bien-être social peut très bien en être amélioré, particulièrement si la demande de soins de santé tend à augmenter plus rapidement que le revenu et si le coût des progrès technologiques est plus que compensé par des améliorations de la qualité des soins et des résultats qui en découlent pour la santé.

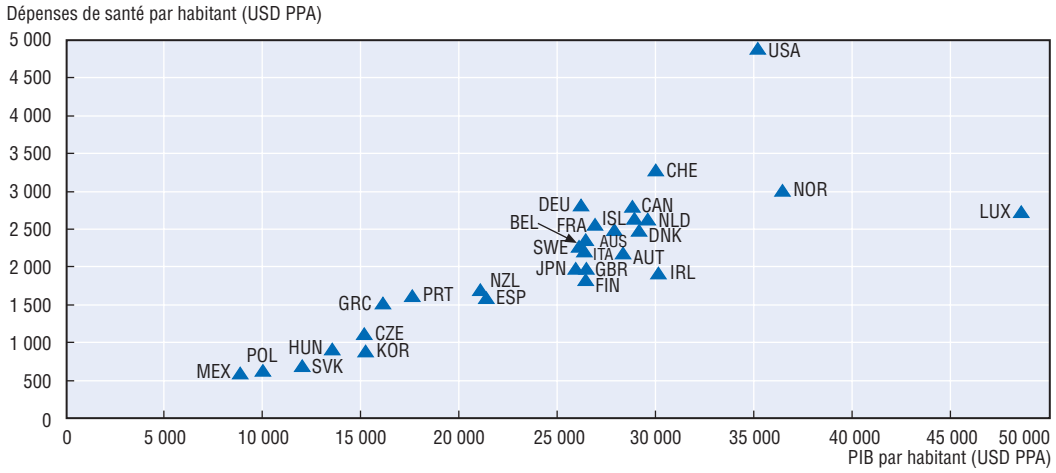
VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

A cela s'ajoute le fait que l'on connaît bien les arbitrages et les conséquences (voulues et non voulues) qu'impliquent les mesures de maîtrise des coûts. Par exemple, des budgets plafonnés incitent à adopter des technologies économiques, et dissuadent d'adopter des technologies qui peuvent être efficaces par rapport à leur coût mais augmentent la dépense, ou qui réduisent peut-être les coûts unitaires mais augmentent les coûts globaux en entraînant une croissance en volume. De la même manière, les systèmes de prix administrés peuvent ne pas se traduire par des niveaux de paiement représentatifs de la valeur du produit et du coût de la production, ce qui entraîne des distorsions du marché. Ainsi, Halm et Gelijns (1991) citent un exemple de prix administré, pour des implants cochléaires, dans le programme Medicare, fixé à un niveau tel qu'il ne couvrait qu'une fraction du coût des appareils, ce qui en a limité la diffusion et a eu un impact négatif sur les investissements ultérieurs en recherche et développement.

Les autorités sont néanmoins obligées, face à des priorités concurrentes et à des ressources limitées, de prendre des décisions sur l'intérêt de la dépense. En fait, elles se retrouvent confrontées au problème de déterminer quel est le niveau « approprié » des dépenses de santé.

De façon générale, les pays de l'OCDE dont le PIB par habitant est le plus élevé tendent à consacrer à la santé plus de dépenses par habitant (graphique 4.7). L'effet du revenu sur les dépenses de santé semble en refléter l'impact sur le volume comme sur le prix des prestations, puisque la quantité de soins consommés et le prix des prestations à relativement forte densité de main-d'œuvre s'accroissent lorsque le revenu s'élève. On observe toutefois une variation importante d'un pays à l'autre, qui pourrait s'expliquer dans une certaine mesure par les décisions quant à ce qui constitue le niveau de dépenses approprié et à l'intérêt de dépenser plus pour la santé par rapport à d'autres biens et services. Cette variation, associée au fait que la relation revenu-dépense est plus faible dans les pays de l'OCDE les plus riches, laisse à penser que l'élévation du revenu n'implique pas nécessairement une croissance des dépenses de santé ; en revanche, les décisions politiques et les caractéristiques structurelles des systèmes peuvent avoir une grande influence sur le taux de croissance des dépenses lié au revenu.

Graphique 4.7. **Dépenses de santé et PIB par habitant, 2001**



Source : Éco-santé OCDE 2003.

La recherche d'une réponse appropriée au mouvement de hausse des dépenses doit prendre en compte le fait que le niveau des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de performance varie pour une configuration institutionnelle donnée selon le niveau de performance souhaité et les intrants requis[16]. Les données comparatives sur les caractéristiques des systèmes, les intrants et les extrants suivant les pays peuvent être très utiles pour cela. Ainsi, une étude de l'OCDE a mis en évidence une corrélation entre les montants des dépenses de santé et les délais d'attente pour la chirurgie non urgente (Siciliani et Hurst, 2003). Une augmentation des dépenses publiques par habitant de 100 dollars était associée à une réduction de 5.6 jours du délai moyen d'attente, et une augmentation de 100 dollars par habitant de la dépense totale réduisait les délais d'attente de 6.6 jours. Cela dit, les décisions visant à augmenter les dépenses de santé n'ont pas nécessairement l'effet souhaité sur les performances et les pays n'apprécient pas tous de la même façon les améliorations potentielles (voir encadré 4.2). En outre, ce qui est considéré comme supportable pour une capacité de financement donnée varie aussi selon les pays.

Encadré 4.2. **Les délais d'attente indiquent-ils une insuffisance des dépenses publiques de santé ?**

Nombreux sont les facteurs d'augmentation du volume de chirurgie non urgente dans les pays de l'OCDE. Si les interventions chirurgicales sont gratuites ou presque pour les patients, comme c'est le cas dans de nombreux pays, les candidats à ces interventions seront peu sensibles aux prix. D'autre part, la demande peut être « induite » par les chirurgiens lorsqu'ils sont rémunérés à l'acte ou que l'établissement dans lequel ils opèrent est rémunéré à l'activité. Par ailleurs, entre les différents pays ou au sein d'un même pays, les avis des chirurgiens sur les indications de la chirurgie non urgente divergent.

Malgré tout, les pouvoirs publics doivent prendre en compte les coûts aussi bien que les avantages et, au final, la capacité de leur budget à financer les programmes publics. Ils ne sont généralement pas disposés à soumettre le service public aux conditions de la demande, qu'il s'agisse de celle des patients ou de celle des médecins, ce qui les conduit dans certains cas à imposer à la chirurgie des limites budgétaires et des contraintes de capacité, et à refuser les systèmes de rémunération à l'activité, dans un souci de maîtrise des coûts. Ces considérations peuvent également les inciter à prendre des mesures pour gérer la demande. L'objectif (implicite) sera de limiter les taux d'interventions chirurgicales au niveau socialement souhaitable, où les avantages marginaux équilibrent les coûts marginaux. Ce rationnement qui n'est pas basé sur les prix peut générer des listes d'attente. En fait, les délais d'attente pour la chirurgie non urgente remplacent l'effet des prix dans la maîtrise de la demande.

La fixation des budgets et des capacités chirurgicales implique une très grande marge d'appréciation. Si les chirurgiens n'ont pas de position claire quant aux indications des interventions non urgentes et à leur efficacité, on ne peut pas s'attendre à ce que les politiques puissent trancher facilement sur les budgets et les capacités. En fin de compte, beaucoup dépendra de l'importance attachée à la capacité de réponse du système et à une amélioration rapide de la qualité de vie des patients candidats à de telles interventions par rapport aux coûts qu'implique un accroissement de capacité ou d'activité ou d'autres mesures visant à réduire les délais d'attente. S'agissant de chirurgie financée par les budgets publics, le jugement final incombera toujours aux gouvernements (et à leurs électorats).

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Financement durable des soins de santé et de longue durée

Assurer un financement durable est capital. Avec le vieillissement de la population et la baisse de la proportion d'actifs, les systèmes dont le financement repose sur les cotisations des travailleurs vont être mis en difficulté, et on ne peut espérer financer le développement de la production de soins par les recettes fiscales sans peser davantage sur le contribuable ou réduire les financements publics consacrés à d'autres biens et services.

Un rôle accru des financements privés dans les systèmes de santé de demain?

La poursuite attendue de la hausse tendancielle des coûts qui pèsent sur les systèmes publics de santé impose de s'interroger sur la durabilité de leur financement. Cette durabilité est sujette à l'évolution de l'économie globale, de la démographie et du travail. Le vieillissement des populations et la diminution de la proportion d'actifs en particulier vont avoir des incidences sur le niveau futur des ressources publiques disponibles et les mécanismes les plus appropriés pour financer les dépenses futures de santé. Les systèmes financés par l'impôt en particulier vont être confrontés aux pressions à la hausse de la fiscalité à mesure que la population vieillit et que la proportion d'actifs diminue.

Ces évolutions vont probablement faire revenir au premier plan la question du rôle que doit jouer le financement privé dans les systèmes de santé. Une approche consiste à relever le ticket modérateur, mais l'impact d'une participation modeste de l'usager aux frais sur la dépense totale est relativement faible, surtout si on l'assortit d'exonérations et de plafonds, ou si elle est prise en charge par l'assurance privée. Dérembourser des prestations jugées peu utiles peut être intéressant lorsque la couverture publique est généreuse, mais l'impact total sur le financement public n'est pas forcément important. On peut aussi réduire l'admissibilité à la couverture publique, mais cela porte atteinte à la solidarité. Les pouvoirs publics peuvent souhaiter faire appel à une assurance privée duplicative de la couverture publique pour accroître le financement total lorsque les ressources publiques ou l'offre de prestataires financés par les fonds publics sont jugées insuffisantes. Toutefois, l'expérience montre que cet emploi de l'assurance privée pose problème pour diverses raisons. Premièrement, il faut que les gens soient incités à acheter une assurance privée, c'est-à-dire qu'ils aient le sentiment que la couverture publique ne répond pas à leurs besoins. Ensuite, il faut qu'ils soient incités à utiliser les prestations financées par le privé. Certains pays de l'OCDE ont essayé d'y parvenir par le biais de subventions et de réglementation, mais il n'est pas certain qu'ils y aient réussi.

Accroître la part du privé dans le financement des soins pose aussi des problèmes d'équité de financement. Les primes d'assurance-maladie privée n'étant généralement pas fonction du revenu, mais souvent de l'âge et de l'état de santé (au moins dans une certaine mesure), l'assurance-maladie privée tend à être une source de financement plus régressive que la plupart des régimes d'assurance publique ou sociale. Elle est néanmoins plus progressive que les paiements directs par les usagers, car elle leur permet de mutualiser les coûts des soins. Les mesures visant à favoriser l'accès à l'assurance-maladie privée, en imposant des restrictions à la sélection des risques ou en accordant des subventions ciblées, peuvent améliorer l'équité des marchés d'assurance-maladie privée en termes de financement, mais à un certain coût (voir encadré 2.2).

Financement des soins de longue durée : approches individuelles ou collectives?

Le financement des soins nécessaires à la préservation des capacités fonctionnelles des personnes âgées pose aujourd'hui un gros problème à de nombreux pays, compte tenu de l'évolution des structures démographiques et des capacités de financement. Les revenus des générations âgées ont augmenté par rapport à ceux qui prévalaient au début de leur carrière (OCDE, 2001). De plus, le rapport des actifs aux retraités diminue dans toute la zone de l'OCDE (Dang *et al.*, 2001). Il y a donc peut-être lieu d'envisager de modifier les financements pour tenir compte de ces évolutions, par exemple en faisant appel aux revenus des personnes âgées elles-mêmes pour supporter une partie de la charge, faute de quoi il faudra trouver d'autres moyens, comme par exemple la création d'une nouvelle branche des systèmes de protection sociale.

Plusieurs pays de l'OCDE ont répondu à ce problème récemment en modifiant les modes de financement. Quelques-uns (Allemagne, Japon, Luxembourg) ont mis en place une couverture d'assurance sociale pour les soins de longue durée et d'autres (France, Corée) envisagent de faire de même (voir encadré 4.3). Relativement peu de pays (entre autres l'Australie et les Pays-Bas) assurent depuis un certain temps une couverture des soins de longue durée dans le cadre du financement public. Certains pays où la couverture des soins de longue durée était relativement généreuse ont cherché à la pérenniser en accroissant la participation des bénéficiaires aux frais lorsqu'ils peuvent la supporter (par exemple en Australie, en Suède, et dans certaines provinces du Canada).

L'assurance-dépendance privée ne joue pas pour le moment un rôle important dans le financement des soins de longue durée (voir encadré 4.4). Un type particulier de dispositif d'assurance privée a été créé en Allemagne avec l'introduction d'une assurance-dépendance sociale dans laquelle les compagnies d'assurance-maladie privées sont tenues d'assurer une couverture supplémentaire des risques dépendance pour 8 % de la population, avec des règles d'admissibilité et de mutualisation des risques calquées sur celles du régime d'assurance sociale. Le marché de l'assurance-dépendance complémentaire est un marché qui se développe dans plusieurs pays, mais elle s'adresse généralement à des personnes qui ne sont pas susceptibles d'en bénéficier dans un futur proche, et n'entraîne donc pas beaucoup de dépenses de prestations pour l'instant (en dehors des coûts administratifs).

Il est intéressant de noter par ailleurs que si la production des soins de longue durée relève souvent de la politique régionale ou locale, dans certains pays (notamment Canada, Espagne et Suisse), il en va de même des décisions relatives aux conditions financières pour les utilisateurs. Ces différences de conditions financières qui en résultent selon le lieu de résidence ont conduit à se demander si les soins de longue durée ne devraient pas relever de directives nationales au même titre que les soins aigus.

Considérations d'équité dans le financement des soins de longue durée

Un débat majeur en matière d'équité des soins de longue durée concerne la meilleure manière de partager raisonnablement le coût de ces soins entre les individus, et les formes de mutualisation des risques à employer. Le coût des soins de longue durée représente un risque important, qui se concrétise pour certaines personnes âgées et leurs familles et non pour d'autres. Si beaucoup de personnes âgées peuvent avoir besoin d'une certaine aide à domicile, beaucoup ne pourront pas sans épuiser leurs ressources personnelles faire face aux coûts extrêmement lourds des soins en établissement de long séjour ou de leur équivalent à domicile. En outre, s'assurer individuellement contre ces risques reste très

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 4.3. **Assurance sociale pour les soins de longue durée dans les sociétés vieillissantes : l'expérience récente en Allemagne et au Japon**

De nombreux pays de l'OCDE utilisent l'assurance sociale obligatoire pour financer des régimes sociaux tels que pensions de retraite, pensions d'invalidité et soins de santé. Face à l'augmentation de la demande de soins de longue durée dans une société vieillissante, un certain nombre de pays envisagent ce moyen pour couvrir l'augmentation des coûts qui en découlent pour la société. L'Allemagne et le Japon, où existe une assurance sociale obligatoire pour les autres risques, en ont élargi la couverture aux soins de longue durée, respectivement en 1995/1996 et 2000.

Dans ces deux pays, l'augmentation des coûts de la dépendance pesait sur d'autres budgets publics qui n'étaient ni suffisants ni conçus pour cela. En Allemagne, à la fin des années 80 et au début des années 90, le nombre de personnes âgées bénéficiant d'une aide sociale sous conditions de ressources a sensiblement augmenté, car elles étaient de plus en plus nombreuses à ne pas pouvoir faire face aux coûts des soins de longue durée, essentiellement en institutions, et à devoir compter sur l'aide sociale après avoir dépensé toutes leurs économies. Un additif au régime d'assurance sociale obligatoire a répondu à ce problème pour la plupart des usagers de soins de longue durée et favorisé les soins à domicile de préférence aux soins institutionnalisés.

Au Japon, les dépenses publiques en soins de longue durée ont augmenté dans les décennies 80 et 90, du fait de l'intégration de la dépendance dans les prestations sociales financées par l'impôt et d'une utilisation indue des soins hospitaliers financés par l'assurance-maladie. Il a donc été jugé nécessaire d'introduire pour les soins de longue durée une nouvelle source de financement et de redéfinir les frontières de l'assurance-maladie existante afin de la recentrer sur les soins aigus.

Dans les deux pays, le nouveau dispositif d'assurance-dépendance a été bien reçu par le public, bien qu'il fasse appel à des cotisations supplémentaires aussi bien des actifs que des retraités (40 ans et plus au Japon). Plusieurs facteurs communs y contribuaient : les deux pays avaient une longue tradition de couverture des risques sociaux et sanitaires majeurs par une assurance sociale obligatoire, et l'expérience de l'administration de l'assurance-maladie publique a facilité la mise en place du dispositif, les pouvoirs publics pouvant s'appuyer sur les mécanismes existants de protection sociale (organismes d'assurance-maladie en Allemagne et municipalités au Japon). Dans les deux pays, l'opinion publique était très préoccupée par le problème de la dépendance des personnes âgées et par conséquent prête à accepter le supplément de cotisation.

Des problèmes communs subsistent. Dans les deux pays, les nouveaux régimes ont permis d'alléger la charge des autres budgets publics et de favoriser le développement de nouveaux prestataires pour les soins de longue durée, notamment un élargissement de la gamme des services de soins à domicile. Toutefois, le nombre croissant de personnes âgées et la faiblesse des performances macroéconomiques ont récemment mis ces systèmes en difficulté. En Allemagne, où le taux de cotisation est fixé par la loi à 1.7 % du salaire (jusqu'à un certain plafond), le régime a accusé des déficits croissants en 2002 et 2003. Cependant, les taux de prestations ne sont pas indexés et n'ont donc pas augmenté. Au Japon, trois ans après la mise en place du régime, la plupart des municipalités ont été obligées d'augmenter les primes d'assurance d'environ 10 %. Bien que le gouvernement japonais s'efforce d'encourager une utilisation efficace des prestations en adaptant les taux de rémunération, et qu'il ait mis en place un contrôle plus étroit des dépenses, une nouvelle augmentation des primes semble inévitable.

Encadré 4.4. **Assurance-dépendance privée : bilan et problèmes**

Étant donné les coûts très élevés des soins formels de longue durée et la concentration des besoins parmi les personnes âgées, on peut penser que le mode de financement le plus approprié est un mécanisme collectif de mutualisation des risques. Certains pensent que ce sont les régimes publics qui peuvent le mieux assurer cette fonction, et de fait, c'est ce qu'ont décidé plusieurs pays. Toutefois, dans d'autres cas, on a décidé de faire peser la charge du financement de la dépendance en partie ou principalement sur le financement privé. La question se pose alors de savoir si les mécanismes d'assurance privée permettent de répartir le risque de ces coûts sur l'ensemble de la population, et quelles sont les populations (catégories d'âge, de risque ou de revenu) qui peuvent en bénéficier le plus.

On a trop peu d'expérience de l'assurance-dépendance privée dans les pays de l'OCDE pour pouvoir en tirer des conclusions. Malgré un rôle croissant dans quelques pays (par exemple la France et les États-Unis), l'assurance-dépendance privée volontaire n'est pas actuellement une source majeure de financement des soins de longue durée dans aucun pays de l'OCDE. C'est aux États-Unis qu'elle joue le rôle le plus important : elle y représente 11 % des dépenses totales de soins de longue durée.

Les problèmes auxquels sont confrontés les marchés de l'assurance-dépendance privée – et les raisons possibles de leur développement limité – sont notamment les faibles taux de souscription de personnes non âgées, leurs faibles taux de fidélisation, les difficultés à prévoir les coûts futurs et leur occurrence, la stabilité des primes et les avantages et inconvénients de la souscription d'une assurance par rapport à un autofinancement pour différents niveaux de revenu.

onéreux, car ce sont les personnes qui risquent le plus d'en avoir besoin qui ont le plus de chances de vouloir s'assurer. Si la souscription d'une assurance était obligatoire, les primes pourraient bénéficier de la mutualisation des risques.

C'est pourquoi un nombre croissant de pays ont choisi un modèle d'assurance sociale collective pour aider à faire face aux coûts les plus lourds de la dépendance, de la même façon que les sociétés fournissent une assurance collective contre le risque de maladie et d'invalidité dès la jeunesse. Toutefois, le point jusqu'auquel les pays sont prêts à aller pour réaliser l'équité d'accès aux soins de longue durée quelle que soit la capacité de paiement n'est évidemment pas la même. À côté des solutions du type assurance sociale, d'autres pays considèrent que la responsabilité publique des soins de longue durée se limite à un filet de sécurité pour les cas où les moyens privés sont insuffisants.

Pistes pour la recherche de coûts supportables et d'un financement durable : résumé des conclusions

La plupart des pays de l'OCDE disposent aujourd'hui de toutes sortes de voies et moyens pour maîtriser le rythme de la croissance des dépenses publiques par une conjugaison de contrôles budgétaires et administratifs sur les paiements, les prix et l'offre de prestations. Les systèmes sophistiqués de prix administrés peuvent être techniquement difficiles à appliquer, mais il en existe de nombreux exemples qui favorisent la productivité sans apparemment nuire aux résultats. À long terme, toutefois, le maintien des salaires et des prix à des niveaux trop faibles risque d'avoir un effet négatif de distorsion sur les marchés, et il y a donc lieu d'être vigilant.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

L'imposition d'une participation modérée de l'usager aux frais peut convenir lorsqu'on souhaite réduire la charge qui pèse sur les systèmes de financement public. Néanmoins, il ne faut pas en attendre des économies substantielles, d'autant qu'on est obligé d'en exonérer les populations vulnérables si l'on veut éviter des restrictions d'accès qui pourraient à long terme se révéler coûteuses ; cette exonération entraînera aussi des coûts administratifs. D'autre part, réduire la demande de prestations n'augmente pas nécessairement l'efficience, car les consommateurs auront tout aussi tendance à économiser sur la prévention et les traitements nécessaires si on ne les incite pas à agir autrement. En outre, si l'on permet à l'assurance-maladie privée de couvrir les tickets modérateurs, cela annule leur effet de modération de la demande et risque d'aboutir globalement à une augmentation des coûts.

De toute façon, les progrès médicaux et l'augmentation de la demande de populations de plus en plus aisées et âgées rendent pratiquement inévitable l'évolution des coûts à la hausse. Les pays doivent choisir la réponse appropriée et déterminer les niveaux de dépenses de santé qui conviennent aux besoins et aux circonstances dans un contexte donné de structures institutionnelles, d'objectifs de performance, de considérations sur l'accès, sur les coûts et la durabilité du financement. Le vieillissement des populations de la zone OCDE, l'augmentation du revenu des personnes âgées, les prévisions de croissance économique et l'équité sont autant de facteurs qui doivent être pris en compte. S'il est vrai que les pays riches tendent à dépenser plus pour la santé, à revenu comparable le niveau des dépenses varie beaucoup d'un pays à l'autre, et offre aux pouvoirs publics un large champ d'action.

Il paraît éminemment souhaitable d'assurer une protection de la population contre le risque de frais très lourds en cas de dépendance, comme cela se fait pour les soins aigus et l'invalidité. On peut le faire par différents moyens, tels qu'une assurance publique obligatoire (Luxembourg, Pays-Bas et Japon), un système mixte d'assurance publique et d'assurance privée obligatoire (Allemagne), des allocations dépendance financées par l'impôt (Autriche) ou des prestations en nature également financées par l'impôt (Suède et Norvège). Même s'il y a des difficultés à surmonter pour développer la participation aux marchés privés de l'assurance-dépendance, ceux-ci sont actuellement en développement en France et aux États-Unis.

Notes

1. Ces projections, fondées sur des données provenant de 18 pays, prennent pour hypothèse que le profil des coûts en fonction de l'âge reste le même et que les dépenses ne sont pas modifiées par d'autres facteurs.
2. Les changements de société font que davantage de personnes âgées fragiles vivent seules ou avec un conjoint âgé. Avec l'évolution de l'effectif de la population d'âge actif et de sa situation au regard de l'emploi, les possibilités de prise en charge familiale des personnes âgées vulnérables se sont réduites. Une population de mieux en mieux informée et de plus en plus instruite s'attend à bénéficier d'une protection sociale de base contre les frais considérables qu'impliquent des soins intensifs, ainsi que d'un éventail plus large de services de meilleure qualité.
3. La frontière entre soins de santé et soins de longue durée est difficile à tracer et varie selon les pays. Il est par conséquent difficile de faire la part des deux dans les données relatives aux dépenses.
4. Pour contrebalancer les effets incitatifs d'un système de rémunération à l'acte où le nombre des actes n'est pas limité, ce qui porte les médecins à les multiplier, certains pays ont expérimenté des barèmes de rémunération régulée, par lesquels les médecins sont remboursés sur la base d'un nombre de points par acte et la valeur d'un point est déterminée en fonction du volume des actes effectués au cours de la période de référence de façon à maintenir le volume total des dépenses dans le cadre d'un budget global.

5. En Europe orientale, les prix et salaires du secteur de la santé restent bas et les dessous de table sont courants.
6. Depuis trente ans, on observe une convergence générale dans la zone de l'OCDE de la part des dépenses représentées par le secteur public ; elle a eu tendance à diminuer dans de nombreux pays où elle était très forte (notamment en République tchèque, Norvège, Royaume-Uni) et à augmenter dans les pays où elle était la plus faible (notamment Grèce, Turquie, États-Unis) (OCDE, 2003c).
7. Voir l'analyse de ces données dans Docteur et Oxley (2003).
8. Il s'agit d'une moyenne non pondérée des 23 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données ou d'estimations (voir tableau 2.1). En sont exclus la Belgique, la Grèce, la Pologne, le Portugal, la Suède, la Turquie et le Royaume-Uni. Si l'on exclut aussi les États-Unis, où l'assurance-maladie privée représente 35 % des dépenses de santé, la moyenne tombe à 5.9 %.
9. Entre 1990 et 2000, la proportion du financement par l'assurance-maladie privée dans la dépense totale de santé a augmenté dans certains pays de l'OCDE (par exemple Canada, Allemagne et Nouvelle-Zélande). Dans d'autres pays, toutefois, la part de l'assurance-maladie privée dans le financement des dépenses de santé totales et privées a diminué (par exemple Autriche, Irlande et Australie).
10. Les Pays-Bas prévoient d'adopter un système d'assurance-maladie privée obligatoire pour l'ensemble de la population, comprenant des garanties publiques afin de contrer d'éventuels effets négatifs. Ces garanties comprennent : l'obligation pour les assureurs d'accepter toutes les demandes ; l'interdiction d'établir des primes variant selon l'âge et l'état de santé des demandeurs ; une assurance de base définie par le gouvernement ; des remboursements d'impôt liés au revenu pour accroître l'équité du financement ; et la redistribution des primes selon le niveau de risque assumé par chaque assureur.
11. Avec Medicare+Choice, les bénéficiaires du programme public Medicare peuvent s'inscrire à un plan de soins coordonné ou autre plan d'assurance privée. Ces plans sont financés par une contribution forfaitaire par bénéficiaire et par mois. Le financement étant essentiellement public, on ne peut qualifier ce modèle d'assurance privée selon la définition utilisée par l'OCDE.
12. C'est aux États-Unis, en Suisse et en Allemagne que la santé représente la proportion la plus élevée du PIB, et ces pays se trouvent aussi parmi les cinq premiers pour le niveau de dépenses par habitant (OCDE, 2003d).
13. Aux États-Unis, les coûts administratifs représentent 31 % des dépenses de santé, contre 16.7 % au Canada (Woolhandler *et al.*, 2003). Les frais généraux des compagnies d'assurance-maladie aux États-Unis représentaient 11.7 % des dépenses de santé, contre 1.3 % dans le système de contrat public canadien et 3.6 % dans le programme américain Medicare.
14. Les modèles publics intégrés ont peu de coûts de transaction et leurs frais généraux pourraient très bien être inférieurs à ceux du Canada (Himmelstein et Woolhandler, 1986).
15. Les quelques données dont on dispose à cet égard sont examinées dans OCDE (2004c).
16. Ainsi, comme on l'a vu précédemment, les systèmes à payeurs multiples peuvent avoir besoin de plus de ressources que les systèmes à payeur unique pour couvrir les frais administratifs.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

ISBN 92-64-01557-4
Vers des systèmes de santé plus performants
© OCDE 2004

Chapitre 5

Améliorer le rapport coûts/résultats des systèmes de santé : la recherche de l'efficience

Sur le long terme, améliorer l'efficience est peut-être le seul moyen – en tout cas le plus attrayant – de concilier l'accroissement de la demande de soins et les contraintes des finances publiques. C'est pourquoi l'un des objectifs prioritaires actuels des pays de l'OCDE est d'optimiser l'utilisation des ressources de leurs systèmes de santé. Les données internationales montrent que les systèmes de santé présentent des inefficiences qui permettent d'envisager des améliorations du rapport coûts/résultats du système et de la productivité des soins. En outre, l'économie du secteur de la santé, qui se caractérise en général par des imperfections du marché et une intervention publique massive, implique un risque élevé d'excès ou de mauvaise répartition des dépenses, et par conséquent de gaspillage. Beaucoup de mesures récemment prises dans le cadre d'une politique d'amélioration de la santé ou de la qualité des soins peuvent se révéler d'un bon rapport coûts/résultats à long terme – et peut-être même à court terme. En outre, un certain nombre d'autres stratégies visant à réduire les gaspillages (administratifs ou autres) ou à améliorer la productivité peuvent aussi s'envisager.

Les inefficiences avérées dans les systèmes de santé

Les écarts significatifs observés entre les pays sur le plan de la capacité des systèmes de santé, des ressources dépensées, des volumes et types de prestations fournies et des résultats sanitaires obtenus, montrent qu'il y a des disparités entre les systèmes sur le plan de l'efficience. Diverses caractéristiques et complexités des systèmes de santé font qu'ils fonctionnent rarement de manière optimale, ce qui signifie que la marge d'amélioration de l'efficience est potentiellement importante. Parmi ces principaux facteurs, on peut citer l'asymétrie de l'information, l'incertitude en matière de besoins et de soins de santé appropriés, et des incitations économiques inadaptées.

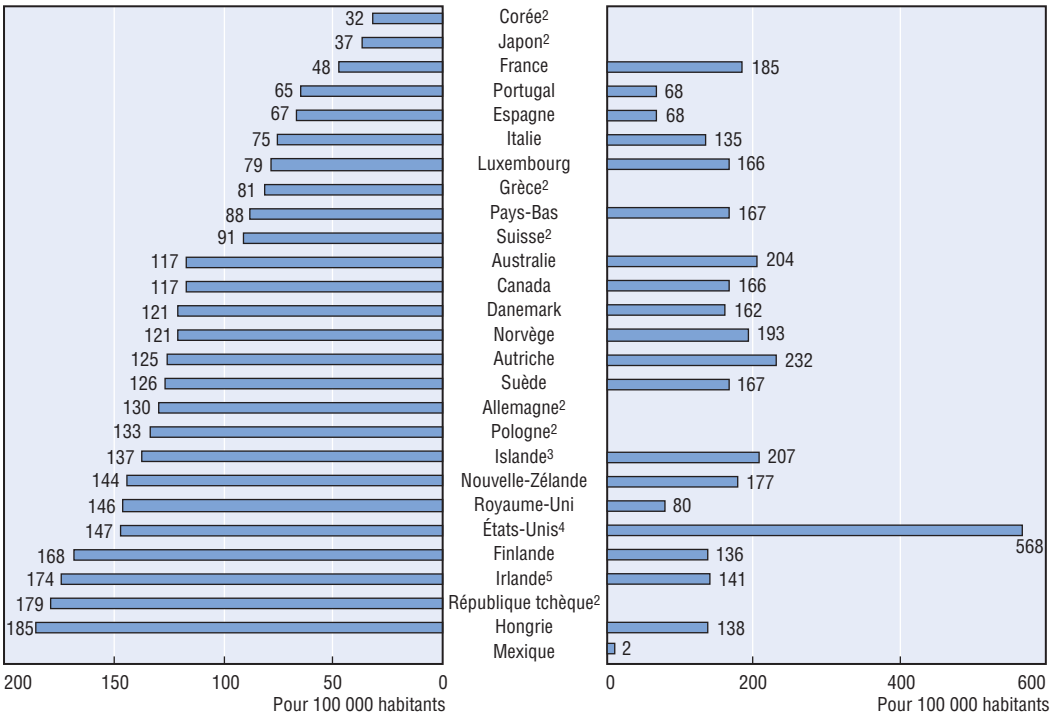
De nombreuses études par exemple font état de grandes disparités dans l'utilisation des technologies et des traitements, aussi bien entre les pays qu'à l'intérieur d'un même pays. Ces disparités, qui peuvent être dues à des différences sur le plan des incitations économiques, des politiques d'adoption ou de diffusion des technologies, ou d'autres facteurs encore, laissent à penser qu'il y a aussi des différences de rapport coût/efficacité de l'utilisation. On peut voir une illustration des différences d'utilisation de certains traitements dans les écarts importants constatés entre l'incidence des maladies cardiaques, mesurée par les données relatives aux causes de mortalité, et les taux d'utilisation des interventions chirurgicales (graphiques 5.1 et 5.2). Une étude portant sur différents pays montre que la relation entre l'incidence des cardiopathies et les interventions de revascularisation est faible (Moïse, 2003).

Ces disparités indiquent probablement un manque d'efficacité de certains systèmes de santé. Il est possible que dans certains pays on laisse passer des chances d'appliquer des traitements qui seraient bénéfiques pour les patients, tandis que dans d'autres on en applique davantage que ce qui serait optimal (si certains ne sont pas cliniquement justifiés). Le taux de traitements peut dépasser le taux optimal même lorsqu'ils

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Graphique 5.1. **Cardiopathie ischémique, population totale, taux de mortalité normalisé en fonction de l'âge, 2000**

Graphique 5.2. **Interventions de revascularisation coronaire[1] pour 100 000 habitants, 2000**



1. Pontages aorto-coronaires et interventions coronaires percutanées (angioplastie).
2. Des données complètes sur ces interventions chirurgicales ne sont pas disponibles.
3. Les données se rapportent à 1999.
4. Les données sur les pontages coronaires se rapportent à 1999.
5. Les données sur les pontages coronaires pour l'Irlande se rapportent à 2001.

Source : Éco-santé OCDE 2003.

présentent tous un avantage clinique, si on dépasse le point limite à partir duquel le rendement marginal de l'investissement diminue. Veiller à ce que l'on applique une médecine fondée sur les meilleures pratiques et les résultats aurait donc un double avantage : non seulement améliorer la qualité des soins, mais peut-être bien aussi en réduire le coût.

Des études plus poussées sont nécessaires pour mieux connaître les implications de différents taux d'utilisation des ressources et d'application des traitements sur les résultats sanitaires. Néanmoins, les conclusions d'une étude internationale sur les soins pratiqués en cas de crise cardiaque montre que les différences entre pays du taux d'amélioration des résultats sanitaires sont beaucoup plus faibles que les différences de taux de traitements, ce qui permet de penser que le rapport coût/efficacité des soins pourrait être amélioré (McClellan et Kessler, 2003). Cette étude montre que l'utilisation intensive des technologies pour soigner les crises cardiaques offre un avantage marginal décroissant. La question de savoir s'il vaut la peine de consentir des investissements supplémentaires qui n'apportent qu'une amélioration marginale est affaire d'appréciation, mais ce type d'étude internationale peut apporter un éclairage utile sur les implications des différents choix.

Rapport coûts/efficacité des investissements dans la prévention des maladies et la promotion de la santé

Les gouvernements qui cherchent à optimiser l'utilisation des ressources consacrées à la santé pourraient reconsidérer l'équilibre global entre les dépenses consacrées à la promotion de la santé (ou à la prévention des maladies) et aux soins. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les soins représentent plus de 90 % du total des dépenses de santé, tandis que la promotion de la santé en représente moins de 5 % (OCDE, 2003d). Une idée, intéressante de prime abord, est que les États dépensent trop pour la médecine curative et qu'ils pourraient grandement améliorer l'efficience de leurs systèmes de santé et économiser les deniers publics s'ils mettaient davantage l'accent sur la prévention et le diagnostic précoce.

Il est amplement démontré que les actions visant à prévenir les maladies contagieuses, telles que les campagnes de vaccination, sont efficaces par rapport à leur coût et, dans l'ensemble, les pays de l'OCDE en ont tiré les conclusions pratiques. Toutefois, s'agissant des maladies non contagieuses on ne sait souvent pas grand-chose du rapport coût/efficacité des mesures de prévention, notamment parce que le délai peut être très long entre l'intervention et les résultats, de sorte qu'il est difficile de démontrer le rapport de cause à effet. Là où il est démontré, la mesure du rapport coût/efficacité est faussée par le fait que les coûts sont immédiats tandis que les avantages apparaissent beaucoup plus tard et ne sont donc pas valorisés de la même façon. Compte tenu de ces délais et de l'importance des groupes de population sur lesquels il faut intervenir, il n'y a aucune certitude que le rapport coût/efficacité des investissements consacrés à la prévention soit meilleur que celui de soins curatifs ultérieurs. Des travaux supplémentaires seront nécessaires pour avoir une idée de ce que devrait être l'intervention publique dans ce domaine.

Mesures d'amélioration de l'efficience axées sur la demande

Partant du principe que la participation des patients aux frais les rend plus sensibles aux prix, certains décideurs espèrent qu'en augmentant cette participation, les patients seront incités à réduire au minimum les soins inutiles. Toutefois, les quelques données dont on dispose montrent que les réductions de la demande induites par ce système ne concernent pas seulement les prestations d'utilité limitée ou marginale, mais aussi des prestations nécessaires dans le domaine de la prévention et du traitement (Siu *et al.*, 1986 ; Manning *et al.*, 1987), ce qui réduit les possibilités de diagnostic précoce et risque d'entraîner à terme une dégradation des résultats sanitaires et des dépenses de soins plus élevés. On peut éviter une partie de ces conséquences en supprimant le ticket modérateur pour les soins préventifs, prénataux et d'autres pour lesquels on juge inopportun de réduire la demande. On pourrait en revanche en augmenter le montant pour les prestations jugées d'une utilité limitée.

Quelques pays étudient la possibilité de pousser plus loin le principe de sensibilisation aux prix, essentiellement en remplaçant la couverture intégrale par une assurance ne couvrant que les risques lourds, couplée à un compte d'épargne personnelle destiné à couvrir les dépenses relatives aux soins de santé. Cette approche est en cours d'expérimentation aux États-Unis. Elle soulève un certain nombre de problèmes qui vont de la segmentation potentielle des risques (qui limite l'effet de mutualisation de l'assurance) qu'implique un système basé sur le choix, à une insuffisance de la demande des consommateurs due à l'aversion pour le risque.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Toutefois, une autre piste est possible, qui consiste à mieux faire connaître aux patients les meilleures pratiques, en profitant du développement d'un consumérisme plus actif en matière de santé. Certaines initiatives dans ce sens existent. Aux États-Unis, par exemple, un nouveau logiciel interactif permet aux patients de mieux comprendre les différentes options thérapeutiques qui se présentent pour soigner des pathologies comme l'hyperplasie prostatique bénigne et le cancer du sein, et leur donne des informations personnalisées sur la probabilité d'aboutir à différentes résultats. Une fois parfaitement informés des risques et des résultats probables, les patients pourraient se montrer plus enclins que leurs médecins à opter pour des traitements moins invasifs et moins lourds.

Certains systèmes de santé ont mis en place des mécanismes destinés à guider ou à infléchir la demande de soins. Par exemple, plusieurs pays ont institué le système des médecins référents, généralistes chargés de réguler l'accès aux spécialistes, qui peuvent aussi être financièrement incités à influer sur l'orientation des soins. Une autre méthode consiste à exiger un deuxième avis médical ou une autorisation préalable avant d'accéder à certaines prestations (chirurgie, médecins spécialistes, soins d'urgence) ou encore à mettre en place des services de conseil – par exemple un service de renseignements téléphoniques confié à des infirmières. Toutes ces approches offrent des possibilités d'améliorer le rapport coût/efficacité des soins. Toutefois, selon la manière dont on les utilise, elles pourraient aller à l'encontre des objectifs de réactivité et alourdir les coûts administratifs.

Mesures d'amélioration de l'efficience axées sur l'offre

Étant donné que ce sont pour une grande part les acheteurs et les fournisseurs de soins de santé qui décident pour le compte des consommateurs et des patients, ce sont probablement les initiatives portant sur l'offre qui présentent le meilleur potentiel d'amélioration de l'efficience. De nombreux changements ont été apportés dans ce but à l'organisation, au financement et à la production des soins[1]. Ainsi, dans un grand nombre de pays de l'OCDE où le financement et la production des soins relèvent du secteur public, on s'est efforcé d'établir une séparation plus nette entre les fonctions d'achat et de production, de manière à se rapprocher des conditions dans lesquelles se déroulent les transactions économiques normales. Là où ils sont intervenus, ces changements ont généralement été perçus comme positifs, mais pas toujours. En revanche, l'expérience de la décentralisation des processus décisionnels et administratifs est moins probante. De nombreux pays (notamment l'Espagne) ont pris des mesures dans ce sens. Certaines ont été jugées concluantes, mais l'expérience ne s'est pas poursuivie partout. Il s'est révélé difficile de trouver le bon équilibre entre centralisation et décentralisation des décisions, et il n'est probablement pas le même dans tous les pays. Parmi les autres réformes importantes, on peut citer des mesures de lutte contre l'utilisation frauduleuse et abusive des systèmes de santé, et des efforts d'intégration horizontale ou verticale de la production de soins de façon à réaliser des économies d'échelle ou à réduire les doubles emplois et les gaspillages. Une option particulièrement prometteuse est celle qui consiste à intégrer les services de santé et de soins de longue durée, et les efforts visant à améliorer la continuité des soins, qui peuvent impliquer plusieurs prestataires. Comme ces réformes dépendent du contexte où elles sont mises en œuvre, il est difficile de tirer des conclusions générales quant à leurs effets, mais il est clair qu'il existe des expériences réussies qui méritent d'être étudiées (voir encadré 5.1).

Encadré 5.1. **Gains d'efficience récents réalisés par la Veterans Health Administration aux États-Unis**

La réforme de la Veterans Health Administration (VHA) aux États-Unis montre comment l'on peut réorganiser avec succès un système de santé public (Kizer, 2000). La VHA, qui avait été créée pour financer et fournir des soins médicaux et de réadaptation aux anciens combattants invalides, s'est trouvée au début des années 90 confrontée à la fois à de nombreux rapports dénonçant des défauts de gestion et de fonctionnement qui ont dégradé son image vis-à-vis du public, et à la concurrence du secteur privé. Cette crise a débouché sur une restructuration majeure avec, à partir du milieu des années 90, la mise en place de soins primaires universels et d'un réseau de services intégrés réunissant au sein d'une même unité tous les prestataires VHA d'une zone donnée. Complétées par un programme de mesure et de gestion des performances, des investissements en technologies de l'information et l'utilisation de directives cliniques, ces innovations ont permis d'améliorer nettement la qualité des soins. En quatre ans, la mortalité chirurgicale a diminué de 9 % et le taux de conformité aux normes de prévention est passé de 34 à 81 % (Khuri *et al.*, 1998 ; Kizer, 2000)[1]. En même temps, les coûts estimatifs par patient ont diminué de 25 % en cinq ans, ce qui prouve que réduction des coûts et amélioration de la qualité peuvent aller de pair (Kizer, 2000).

1. L'un des hôpitaux qui dépendent de cette administration applique des technologies d'informatique sans fil et des codes barres, ce qui lui a permis de réduire de 70 % les taux globaux d'erreurs de médication (Agency for Healthcare Research and Quality, 2000).

L'efficience du déploiement des ressources en personnel de santé

Pour déployer au mieux le personnel de santé, il faut tenir compte des facteurs clés qui influent sur l'efficience, notamment des implications des différents modes de rémunération et des différentes structures de compétences. Il est difficile de dire si l'efficience dans le domaine des soins ambulatoires s'est améliorée avec le temps, même si les différences de structure et de performance des effectifs de santé varient considérablement d'un pays à l'autre. Ainsi, en 2000, on constate de grands écarts dans le nombre de consultations de médecin par habitant (graphique 5.3). Ce chiffre, qui s'établissait en moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE à 6.5 consultations par personne et par an (OCDE, 2003c), s'échelonnait entre un minimum de moins de trois consultations par personne et par an dans des pays comme la Turquie, le Mexique, la Grèce et la Suède, et plus de 10 au Japon, en République tchèque et en Hongrie. Durant la dernière décennie, le nombre de consultations par habitant a légèrement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, avec cependant des exceptions notables comme le Royaume-Uni, où ce nombre a diminué de 13 % pendant la même période (graphique 5.4).

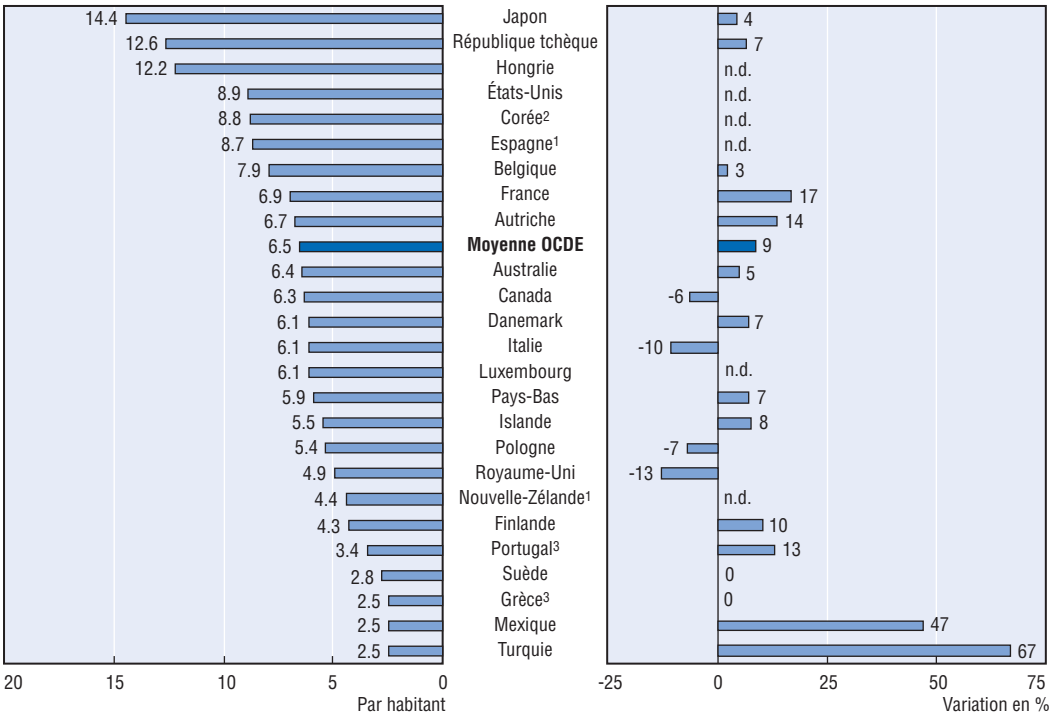
Les modes de rémunération peuvent influer sur la productivité des soins ambulatoires

Le mode de rémunération des médecins dans les pays de l'OCDE est lui aussi très variable, y compris à l'intérieur d'un même pays. Certains systèmes qui financent les soins par l'impôt salarient directement les médecins généralistes (notamment la Grèce, le Portugal, l'Espagne et la Suède), tandis qu'en Australie, au Danemark, en Nouvelle-Zélande, en Norvège et au Royaume-Uni, les généralistes sont indépendants et conjuguent plusieurs

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Graphique 5.3. **Nombre de consultations de médecins par habitant, 2000**

Graphique 5.4. **Variation du nombre de consultations de médecins par habitant, 1990-2000**



Note : La moyenne de l'OCDE ne prend pas en compte l'Allemagne, la Corée, l'Espagne, les États-Unis, la Hongrie, l'Irlande, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque et la Suisse. Les données pour le Danemark comprennent les consultations téléphoniques mais excluent les consultations auprès des spécialistes. Les Pays-Bas excluent les consultations pour les soins maternels et infantiles, ainsi que les consultations de planification des sorties d'hôpitaux et d'établissements médicalisés. Le Portugal et la Turquie ne prennent pas en compte les visites aux médecins libéraux. Le Royaume-Uni exclut les consultations de spécialistes du secteur indépendant ainsi que celles hors des services de consultation externe des hôpitaux. Les estimations des États-Unis comprennent tous les appels téléphoniques passés au sujet d'un conseil médical, d'une ordonnance ou de résultats d'un examen ; elles ne se limitent donc pas aux visites de médecins.

1. 2001.
2. 1999.
3. 1998.

Source : Éco-santé OCDE 2003.

modes de rémunération : capitation, salaire et paiements à l'acte. Dans les systèmes basés sur l'assurance, comme ceux de l'Autriche, de la Belgique, de la France, de l'Allemagne, du Japon, de la Corée et de la Suisse, les médecins généralistes tendent à être des contractants indépendants essentiellement rémunérés à l'acte. Les spécialistes (pour les soins ambulatoires) perçoivent en général soit un salaire soit des honoraires à l'acte, la première option étant plus courante dans le secteur public.

Les données disponibles ne fournissent que peu d'informations sur l'impact du mode de rémunération sur les taux d'activité des médecins. Le paiement à l'acte semble favoriser une augmentation de la quantité d'actes, mais réduit le nombre de consultations chez le spécialiste et le volume des ordonnances, par rapport au paiement à la capitation ou au salaire (Gosden *et al.*, 1999 et 2001). Cela dit, l'expérience de la Norvège, qui a pratiqué les deux systèmes de rémunération en parallèle pendant un certain temps, montre que le

profil d'activité des médecins n'est pas seulement influencé par le mode de rémunération, mais aussi par des facteurs cliniques et par l'influence des pairs.

L'expérience des pays de l'OCDE montre également que les modes de rémunération simples peuvent comporter des incitations négatives. Selon certains commentateurs, des honoraires facturés par les médecins payés à l'acte, sans qu'il y ait un contrôle sur les prestations effectivement fournies, peut déboucher sur des prix élevés, des taux élevés d'utilisation de prestations inutiles et une augmentation des dépenses. Dans un système de capitation ou de salariat, certains ont exprimé la crainte que les médecins jugent plus intéressant financièrement de fournir moins de prestations ou de sélectionner les patients ayant le moins de problèmes, ou encore de décourager activement les personnes à haut risque (« écrémage »).

Pour éviter les effets désincitatifs des modes de rémunération simples, certains acheteurs publics et privés se sont récemment orientés vers des systèmes de rémunération plus élaborés qui intègrent différents dispositifs – plafonnement des dépenses, contrôle des honoraires et examen de la consommation de prestations – et conjuguent une rémunération à la capitation ou sous forme de salaire et une rémunération à l'acte. Ces modes de rémunération mixtes qui associent un élément fixe (capitation ou salaire) à un élément variable (honoraires à l'acte) pour des interventions spécifiques, en fonction de leur rapport coût/efficacité (système actuellement appliqué pour les généralistes au Royaume-Uni), peuvent produire des effets incitatifs appropriés. Toutefois, dans la pratique, ces systèmes posent aussi des problèmes. Ainsi, l'Allemagne fait partie des pays qui pratiquent un contrôle des honoraires conjugué à des plafonds globaux. Comme ce système encourage chaque médecin à augmenter son volume d'activité pour maintenir son niveau de revenu, les associations régionales de médecins contrôlent le volume des actes et pénalisent les médecins dont le niveau élevé d'activité ne correspond pas à la sévérité des cas qu'ils traitent.

Trouver la bonne répartition des compétences

Le ratio médecins/infirmières varie considérablement entre les pays de l'OCDE, ce qui amène à se demander s'ils ont su trouver le bon équilibre des compétences entre médecins et infirmières. L'importance relative des différentes catégories de personnel dans chaque pays dépend probablement d'un ensemble de facteurs : considérations de productivité, préférences du personnel de santé et des patients, facteurs contextuels, économiques et sociaux. Diverses données indiquent que certaines tâches traditionnellement effectuées par les médecins pourraient être confiées à des infirmières très qualifiées sans que la qualité des soins en soit sensiblement affectée. Certains pays prennent d'ailleurs des mesures dans ce sens. Par exemple, dans certains États aux États-Unis, les infirmières diplômées effectuent de plus en plus d'actes habituellement accomplis par les médecins généralistes (tels que check-ups et examens gynécologiques), et peuvent permettre un élargissement de l'activité du cabinet médical. Apporter les modifications appropriées à la répartition des compétences peut permettre de réduire les frais de personnel, d'en améliorer la productivité et d'alléger les contraintes dues à des pénuries de certains types de personnel.

Améliorer l'efficience du secteur hospitalier

L'hôpital est un secteur dont l'efficience s'est considérablement améliorée dans de nombreux pays de l'OCDE. Entre 1985 et 2000, par exemple, la durée moyenne de séjour hospitalier pour soins aigus est tombée de 9.6 à 6.5 jours. Bien entendu, un séjour plus court ne présente pas forcément un meilleur coût/efficacité, surtout s'il nécessite une plus

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

forte intensité de prestations et coûte aussi cher, où si les résultats sanitaires s'en ressentent. Sur ce dernier point, cependant, les pays de l'OCDE n'ont pas relevé de problème[2]. Autre signe d'amélioration de l'efficience, la tendance générale de la réduction de capacité des hôpitaux, alors même que le nombre d'hospitalisations a augmenté dans certains pays (OCDE, 2003c). Enfin, on observe dans l'ensemble des pays un développement de la chirurgie ambulatoire, rendue techniquement possible par des innovations médicales telles que la laparoscopie, qui permet des actes moins invasifs.

Le délai d'attente pour les interventions non urgentes peut à certains égards être considéré comme un indicateur d'efficience, quoiqu'il se prête à différentes interprétations. Pour un taux d'interventions non urgentes donné, le délai d'attente optimal peut fort bien être supérieur à zéro. Bien que les patients, qui peuvent souffrir ou être handicapés par leur état, préfèrent généralement un traitement précoce et qu'une attente excessive induise probablement d'autres coûts sociaux, opter pour la constitution de certaines files d'attente peut être source d'économies en permettant de réduire la capacité chirurgicale et par conséquent d'abaisser les coûts unitaires. Cela découle du caractère stochastique de la demande de soins médicaux et chirurgicaux d'urgence : dans un système qui fonctionne avec un niveau de productivité élevé, une file d'attente de patients non urgents permet de garantir le taux d'occupation de l'hôpital lorsque le taux des hospitalisations d'urgence (qui sont prioritaires) varie.

Deux questions fondamentales motivent aujourd'hui la poursuite des efforts d'amélioration de l'efficience dans le secteur hospitalier. Premièrement, quels types de changement peut-on mettre en œuvre pour réduire les gaspillages, améliorer l'efficience ou accroître la productivité des soins hospitaliers ? Les pays qui étudient les possibilités d'améliorer l'efficience ont encore diverses interrogations relatives à la pertinence des interventions chirurgicales, aux fraudes et abus, à l'administration et à l'autonomie de gestion. Deuxièmement, quels sont les types d'incitations économiques et administratives qui permettent réellement d'améliorer l'efficience ? Sur ces deux points, il y a beaucoup à apprendre de l'expérience récente, mais les possibilités d'expérimentation et d'étude sont loin d'être épuisées.

Améliorer les capacités et l'autonomie de gestion des hôpitaux et les rendre plus responsables de leurs coûts

De nombreux systèmes hospitaliers, en particulier ceux qui sont gérés par le système national de santé, se trouvent confrontés à des contraintes budgétaires strictes et peu d'autonomie de décision. Plusieurs réformes ont été mises en œuvre dans le domaine du budget et de la gestion afin d'améliorer les incitations à l'efficience à l'intérieur de chaque hôpital. Par exemple, certains pays ont allongé la durée de l'exercice budgétaire au-delà d'un an, pour que les prestataires ne se sentent pas obligés de dépenser tous les crédits qui leur restent avant la fin de l'exercice, et autorisé les hôpitaux à conserver les crédits non utilisés. Dans de nombreux pays, les crédits d'investissement sont attribués en dehors du budget de fonctionnement et le coût des équipements n'est pas intégré dans le processus budgétaire. Au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, en revanche, les hôpitaux se voient désormais imputer un taux de rendement du capital investi, dans le but de les inciter à une utilisation plus modérée. Les pays qui ont entrepris de dissocier les fonctions d'acheteur et de prestataire ont généralement accordé plus d'autonomie aux gestionnaires des hôpitaux publics. Dans certains cas, l'autonomie est accordée sur la base des performances (« autonomie méritée »), et donne aux hôpitaux plus d'indépendance, une plus grande

souplesse et la possibilité d'expérimenter de nouvelles répartitions des ressources à l'intérieur de l'établissement. Le statut public du personnel hospitalier a souvent limité les possibilités de souplesse de gestion. Certains pays, qui ont instauré l'appel à la concurrence pour les services de soutien dans les hôpitaux publics (et dans de nombreux autres services publics), ont constaté qu'il en résultait des économies pour un niveau de qualité donné (Domberger et Jensen, 1997).

Évolution des modes de rémunération pour tenir compte de la productivité

Les modes de rémunération des hôpitaux qui ont prévalu par le passé dans de nombreux pays de l'OCDE n'ont pas favorisé l'efficience ; parfois même, ils ont eu l'effet contraire (par exemple lorsque les coûts étaient intégralement remboursés *ex post*). De nombreux barèmes de paiement à l'acte ne correspondent pas aux coûts réels, souvent parce qu'ils ne tiennent pas suffisamment compte des évolutions technologiques et de la baisse du prix des équipements. Les systèmes de paiement prospectifs à la pathologie, tels que ceux qui déterminent à l'avance la rémunération sur la base du coût estimé des soins hospitaliers pour un épisode donné, semblent offrir un cadre plus efficace pour un régime de prix administrés. Ils présentent l'avantage supplémentaire d'inciter les hôpitaux à réduire leurs coûts par épisode de soins.

Les systèmes de rémunération à l'activité nécessitent de bien évaluer les coûts relatifs des traitements de différentes pathologies et les tarifs doivent être établis à des niveaux qui couvrent exactement le coût moyen du traitement par un prestataire efficient, ce qui est extrêmement difficile à réaliser dans la pratique[3]. En outre, pour des raisons d'accès ou de qualité, les décideurs peuvent être amenés à subventionner les prestataires dont les services coûtent plus cher, comme les hôpitaux ruraux dont les volumes d'activité sont relativement faibles, et les hôpitaux qui assurent des soins spécialisés à des patients à très haut risque. Comme tout barème de prix, ces tarifs doivent être régulièrement ajustés pour tenir compte de l'impact de l'évolution technologique et d'autres facteurs sur les coûts et prix relatifs.

Les systèmes de tarification à l'activité peuvent favoriser une augmentation de cette activité, ce qui est une bonne chose lorsqu'il y a des listes d'attente et des réserves de productivité non utilisées. Cependant, ils peuvent aussi avoir des effets indésirables auxquels les payeurs doivent être attentifs : un tarif forfaitaire par épisode de soins peut inciter les hôpitaux à faire sortir les patients trop tôt, à les « surclasser » dans une pathologie plus coûteuse ou à « écrémer » pour éviter les patients qui coûtent trop cher. Ces problèmes peuvent nécessiter de revoir la répartition des risques liés à des patients dont le coût est significativement plus élevé entre l'acheteur et le prestataire, et divers systèmes mixtes ont été proposés dans ce sens[4] (van Barneveld *et al.*, 2001).

Les systèmes de paiement prospectif peuvent entraîner des dépassements de budget par l'augmentation du volume de prestations. Au début des années 90, une tentative pour introduire dans la région de Stockholm un système de paiement à la pathologie dans un contexte de concurrence entre unités hospitalières, a été abandonné par les autorités suédoises : l'expérience avait permis une augmentation substantielle de la production et une réelle diminution des délais d'attente, mais les dépassements budgétaires étaient suffisamment importants pour imposer un changement d'orientation (Forsberg *et al.*, 2001). L'Autriche et d'autres pays ont tenté de résoudre ce problème en imposant un budget global, l'enveloppe budgétaire de chaque hôpital étant déterminée en fonction de son niveau d'activité durant l'exercice. Les incitations à accroître la production risquent de ne pas jouer si les prestataires pensent qu'ils vont être privés des fruits de leurs efforts par la

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

réduction des paiements unitaires, surtout si ces montants tombent en dessous du coût variable. Cependant, lorsqu'il y a déjà une offre excédentaire de prestations et pas de liste d'attente, ce type de dispositif peut encourager une demande induite par l'offre[5].

Le rôle de la concurrence au niveau des prix dans l'amélioration de l'efficience du secteur hospitalier

L'offre de soins fait déjà l'objet d'une large concurrence dans un certain nombre de domaines, notamment celui des soins primaires, où les médecins sont en concurrence auprès de la clientèle et où le consommateur dispose d'un choix très large. La concurrence existe aussi dans le secteur hospitalier dans de nombreux pays où les patients ont le libre choix de leur hôpital, même s'ils n'en ont pas forcément la possibilité pratique en cas d'urgence. Toutefois, la concurrence au niveau des prix reste limitée et, à l'exception du secteur de l'assurance privée aux États-Unis, les prix sont généralement fixés par des négociations de type monopole bilatéral entre groupes d'acheteurs et groupes de prestataires.

Dans leur recherche de l'efficience, quelques pays ont tenté d'introduire une concurrence entre les prestataires au niveau des prix, par opposition à des barèmes de prix imposés. La concurrence sur le marché des services de santé privés – par la concurrence entre assureurs aux États-Unis – a contribué temporairement à modérer la croissance des coûts des soins de santé. Ailleurs, les tentatives pour établir des marchés pour les prestations cliniques dans les systèmes publics se sont heurtées à toute une série de problèmes (dont il est difficile de dire s'ils tenaient davantage à la structure du marché ou à l'opposition des monopoles professionnels) et ont parfois été abandonnées. Parmi les problèmes rencontrés, figuraient : l'absence de capacité excédentaire couplée à une liste d'attente pour les soins non urgents (interdisant aux hôpitaux de se porter candidats pour des prestations supplémentaires) ; le manque de compétences des gestionnaires pour opérer sur un marché concurrentiel ; l'absence de tiers payants ou acheteurs qualifiés, conjuguée au maintien d'un contrôle centralisé des décisions d'achat ; des coûts de transaction élevés (difficiles à justifier auprès d'une opinion sceptique) ; des préoccupations quant à l'accessibilité locale des soins (les pouvoirs publics ne peuvent pas laisser un hôpital fermer brutalement, surtout s'il est le seul prestataire local) ; la difficulté de fixer des prix qui reflètent correctement les coûts en l'absence d'une véritable concurrence ; et la résistance des professionnels de santé (médecins et infirmières en particulier) disposant d'un pouvoir monopolistique, qui se sont « appropriés » certains aspects de l'offre de soins de santé.

Améliorer l'efficience des soins de longue durée

Un certain nombre de mesures ont été prises pour améliorer l'efficience des soins de longue durée. Parmi les plus courantes figurent :

- un examen de pré-admission en long séjour, lorsque c'est possible, pour faire en sorte que seules les personnes pour lesquelles c'est la seule solution entrent dans un établissement où les soins sont coûteux ;
- une meilleure définition des subventions publiques pour la dépendance, afin de mieux adapter aux besoins du patient les paniers de soins en institution et hors institution ;
- prévoir le paiement de prestations de soins à domicile, en examinant les paniers de prestations intensives qui représentent une réelle alternative à l'institutionnalisation ;
- une gestion suivie du cas de chaque patient, où des modifications aux services fournis sont recommandées lorsque la situation du patient évolue ;

- une intervention plus précoce de soutien aux soignants familiaux, notamment par des conseils, une relève, et une aide pour les tâches lourdes, au lieu d'attendre que le soignant s'épuise et que l'institutionnalisation reste la seule solution.

Toutes ces mesures figurent dans le système d'assurance-dépendance mis en place au Japon en 2000, et certaines ont également été mises en œuvre dans des pays comme l'Australie, le Canada, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les États-Unis. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire pour répandre davantage ce type de mesures dans ces mêmes pays et dans d'autres. Les patients et leurs familles se trouvent encore trop souvent face à un manque de coordination et à une insuffisance de collaboration entre les professionnels de différents secteurs.

Un certain nombre de pays ont pris des mesures pour améliorer les interactions entre les secteurs de soins aigus et de soins de longue durée ; ce sont notamment la mise en place d'équipes d'évaluation pluridisciplinaires et l'ajustement des signaux financiers de façon à faire en sorte que les patients qui relèvent désormais de soins de longue durée ne restent pas dans une structure de soins aigus. Il importe de veiller à ce que ces mesures aboutissent à une prise en charge plus appropriée dans une structure plus appropriée ; sinon, les gains apparents dans le secteur hospitalier risquent de déboucher sur une baisse d'efficience globale du système.

Promouvoir l'utilisation efficiente des technologies médicales

Les progrès technologiques peuvent améliorer l'efficience des soins. Sur la base de données américaines, Cutler et McClellan (2001) ont conclu que sur la période étudiée, les avantages totaux des changements technologiques dépassaient les coûts correspondants pour quatre au moins des pathologies concernées (pour le cancer du sein, les résultats étaient ambigus). L'étude ne disait pas si les mêmes avantages auraient pu être obtenus avec des investissements moins coûteux, mais elle constate une corrélation claire et constante entre un traitement plus intensif et des résultats améliorés. D'autres travaux laissent à penser que les différences de résultats entre pays, tout au moins pour le traitement des crises cardiaques, sont beaucoup plus modestes que les différences de types de traitement (McClellan et Kessler, 2003).

Les technologies médicales étant le premier facteur de croissance des coûts de santé, les responsables des politiques de santé constatent que l'amélioration de l'efficience passe par une meilleure gestion de ces technologies. Néanmoins, compte tenu du rôle qu'elles jouent dans l'amélioration des résultats sanitaires, il importe de poursuivre minutieusement ces efforts de gestion.

Perspectives d'amélioration de l'efficience dans le secteur pharmaceutique

Le secteur pharmaceutique représente aujourd'hui en moyenne dans les pays de l'OCDE plus de 16 % des dépenses totales de santé, soit 1.6 point de plus qu'il y a dix ans. Le nombre de médicaments nouveaux a considérablement augmenté au cours des dernières années et l'introduction de produits nouveaux plus coûteux a été l'un des principaux facteurs de la hausse des dépenses pharmaceutiques, qui elle-même a contribué à l'augmentation des dépenses de santé totales (même si, dans certains cas, les médicaments viennent remplacer d'autres traitements, notamment chirurgicaux, ce qui explique que la croissance soit supérieure dans ce secteur par rapport à d'autres).

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Les systèmes de paiement administrés, qui sont la norme dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE, posent des problèmes particuliers s'agissant des produits pharmaceutiques. En effet, le prix socialement optimal d'un médicament doit tenir compte non seulement de sa valeur propre, mais aussi du coût de la recherche-développement, condition nécessaire pour que le processus d'innovation se poursuive. La recherche fondamentale qui est la source des technologies médicales et en particulier des produits pharmaceutiques est souvent menée par des institutions publiques telles que le National Institute for Health aux États-Unis et le CNRS en France. Cependant, le coût du passage d'une découverte scientifique à un nouveau remède et, de plus en plus, le coût de la recherche scientifique que cela implique est à la charge du secteur privé[6]. Or, ces travaux sont en grande partie financés par la rente que génèrent les innovations brevetées.

Les produits pharmaceutiques innovants sont souvent protégés par des brevets, dont la fonction est de conférer au détenteur un monopole temporaire qui permet de rétribuer l'innovation. Cependant, cette rétribution est limitée par les prix que les acheteurs sont disposés à payer. Les autorités en charge de l'assurance nationale plafonnent souvent le remboursement des produits brevetés et, dans certains pays, leur prix de vente même est contrôlé. Globalement, ces mesures de maîtrise des prix réduisent les recettes des producteurs et entraînent des disparités de prix considérables entre pays. De telles pratiques peuvent décourager l'innovation en réduisant le rendement des investissements.

Pour les produits tombés dans le domaine public, on encourage de plus en plus la baisse des coûts par le biais de la concurrence. Des lois ont été votées qui autorisent le remplacement des médicaments de marque prescrits par des équivalents génériques. Pour inciter les consommateurs à réclamer ces produits génériques, les remboursements de l'assurance sont souvent limités au « prix de référence » le plus bas d'une classe pharmaceutique donnée. De telles approches offrent de réelles possibilités d'améliorer l'efficience de l'utilisation des médicaments prescrits. Cependant, les fabricants, les médecins et les patients les contestent souvent, au motif que le « produit de référence » ne convient pas forcément à tous les patients. Par ailleurs, cette approche peut freiner la diffusion de nouveaux produits en les rendant inabordables pour les patients qui sont tributaires de l'assurance sociale pour financer leur traitement. Faciliter la disponibilité et l'utilisation des médicaments génériques peut éviter ces effets négatifs en encourageant une concurrence fondée sur les prix au niveau de la molécule plutôt qu'au niveau de la catégorie thérapeutique.

Dans la mesure où ces systèmes de prix abaissent la rentabilité des investissements de l'industrie pharmaceutique dans la recherche-développement, ils risquent d'affaiblir l'incitation à l'innovation. En revanche, employés à bon escient, les prix de référence peuvent réorienter les incitations vers le développement de médicaments qui représentent de véritables avancées et non des modifications marginales des formules existantes (Pammoli et Riccaboni, 2004)[7]. Il pourrait s'ensuivre un gain net de bien-être. En outre, toutes les parties prenantes s'accorderont probablement à reconnaître que, si les autorités jugent la maîtrise des dépenses publiques nécessaire dans le secteur pharmaceutique, les systèmes de prix de référence sont préférables à des approches consistant à réduire les financements publics tous azimuts sans tenir compte des différentes possibilités de traitement.

L'évaluation des technologies médicales, outil d'amélioration de l'efficience de la production de soins

L'évaluation des technologies médicales et l'évaluation pharmaco-économique jouent un rôle de plus en plus important dans de nombreux pays de l'OCDE. Elles consistent à rassembler des informations sur une technologie (ou une application) et ses conséquences, à en faire la synthèse et à les évaluer, de façon à permettre la prise de décision sur la base de données concrètes. Elles se fondent sur un critère d'efficacité, et peuvent aussi prendre en compte le rapport coût/efficacité, le gain d'efficacité par rapport aux technologies existantes, ainsi que les aspects juridiques, sociaux ou éthiques pertinents.

Certains pays intègrent des évaluations dans leurs processus de décisions sur les prix et les remboursements dans les régimes publics. De plus en plus, les pouvoirs publics exigent des évaluations pharmaco-économiques des coûts et avantages des nouveaux médicaments, en plus de la preuve de leur innocuité, avant d'en autoriser la mise sur le marché ou le remboursement par les régimes publics d'assurance (Dickson *et al.*, 2003). Ces évaluations servent aussi à l'élaboration de guides de pratiques cliniques et de normes de performance fondées sur l'expérience et les résultats, deux outils utiles pour améliorer l'efficience de la production de soins. Ainsi, les évaluations des technologies médicales peuvent appuyer le processus décisionnel au niveau micro (clinique), méso (hôpital ou autorité de santé) et macro (gouvernement, assurances).

Les décideurs accordent d'ores et déjà une grande importance au rôle de l'évaluation des technologies médicales, et cela ne va faire que s'amplifier, d'autant que de nombreuses technologies largement utilisées et bénéficiant de financements importants n'ont pas fait leurs preuves en termes d'amélioration de la santé des patients (Fuchs, 1987 ; Maynard *et al.*, 2000)[8]. Qui plus est, compte tenu du rythme élevé des innovations et des publications d'études nouvelles, les décideurs ont des difficultés à se tenir au courant de la multitude de données relatives à l'impact des technologies[9]. Enfin, de nombreux systèmes de santé ayant rapproché le processus de décision du patient, de plus en plus de décideurs vont avoir besoin de données concrètes de grande qualité.

Il y a jusqu'ici peu de données systématiques sur l'impact de l'évaluation des technologies médicales sur la prise de décision, le fonctionnement des systèmes de santé ou les résultats sanitaires[10]. Cependant, un certain nombre de mesures permettraient de renforcer cet impact : élargir le champ couvert par les évaluations, en les faisant porter non seulement sur les technologies nouvelles mais aussi sur les technologies plus anciennes, mieux utiliser les technologies de l'information et de la communication, améliorer la fiabilité des résultats et accroître la confiance en eux, développer les activités de diffusion ciblées et améliorer la méthodologie des évaluations pour prendre en compte le point de vue des patients (OCDE, 2004d).

Par ailleurs, il est indispensable d'améliorer les interactions entre producteurs et utilisateurs des évaluations. Ainsi, un dialogue précoce entre ces deux parties faciliterait la collecte en temps voulu de données pertinentes tenant compte des caractéristiques particulières de la technologie et des questions spécifiques qui intéressent le décideur (OCDE, 2004d). Il importe en outre de veiller à ce que la production d'informations sur ces évaluations soit adaptée aux caractéristiques institutionnelles particulières des systèmes de santé et notamment de leurs instances de décision. L'encadré 5.2 donne un aperçu de la façon dont les processus d'évaluation des technologies médicales et de décision ont été adaptés aux besoins et aux caractéristiques institutionnelles de trois systèmes de santé.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 5.2. **Le rôle de l'évaluation des technologies médicales dans le processus de décision des systèmes de santé de trois pays de l'OCDE**

L'accès à des données factuelles fiables et de qualité répondant aux besoins des décideurs est indispensable si l'on veut que l'évaluation des technologies médicales (ETM) joue un rôle dans le processus de décision. Il faut en même temps que les processus de décision eux-mêmes favorisent l'utilisation de ces données et des évaluations. Les trois exemples qui suivent montrent comment trois systèmes de santé, où les chaînes de décision sont différentes, encouragent et utilisent l'évaluation des technologies médicales.

Australie

En Australie, c'est sur deux régimes fédéraux de financement des services de santé que l'évaluation des technologies médicales a eu le plus d'impact : le Medicare Benefits Scheme (MBS) et le Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS). Ces deux régimes exigent : *i)* une évaluation économique des nouveaux avantages potentiels ; *ii)* une évaluation des données factuelles par les commissions consultatives compétentes ; et *iii)* la prise de décision par le ministre sur la base des recommandations des commissions. La conduite et l'utilisation des ETM ont évolué avec le temps en fonction des besoins de ces deux régimes ; il en est résulté la mise au point d'importantes directives sur les évaluations économiques et une excellente adaptation des activités ETM aux besoins. Cependant, leur influence au niveau des pratiques cliniques est restée plus limitée.

Si les processus d'ETM sont généralement acceptés par les parties prenantes en Australie, les résultats des décisions qui en découlent peuvent être controversés par les organisations professionnelles, industrielles et médicales. Le bilan établi sur 355 demandes présentées dans le cadre du PBS montre que le Pharmaceutical Benefits Advisory Committee en a rejeté 25 %.

Canada

Au Canada, les activités d'ETM sont décentralisées au niveau des provinces, avec une coordination par l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS). Compte tenu de la décentralisation du système de santé canadien, l'un des principaux défis consiste à améliorer l'utilisation des ETM dans la prise de décision. C'est pour y répondre qu'a été mis en place le Ontario Health Technology Advisory Committee dans la province de l'Ontario, qui rassemble les cadres dirigeants du secteur hospitalier et des experts cliniques, chargés de recenser les technologies nouvelles et émergentes et d'établir les priorités d'évaluation. Ce comité favorise l'utilisation des ETM dans la prise de décision en jetant un pont entre deux mondes : les données d'expérience et la prise de décision. Dans ce modèle, les évaluations précoces des technologies se font sur la base des caractéristiques de la technologie considérée, des données concrètes disponibles et des besoins des décideurs. Par exemple, les évaluations de technologies médicales doivent dans la mesure du possible se faire en 12 semaines. La méthode consiste à faire remonter systématiquement les données factuelles pour les intégrer dans le processus de décision. Ce programme n'a démarré que récemment, mais il sera important ultérieurement d'en évaluer les répercussions sur la prise de décision et l'exploitation des données d'ETM.

Encadré 5.2. **Le rôle de l'évaluation des technologies médicales dans le processus de décision des systèmes de santé de trois pays de l'OCDE** *(suite)*

Mexique

Le système de santé mexicain est complexe, et comporte de multiples niveaux de décision publics et privés. Il a les moyens de réaliser des ETM, mais il manque de mécanismes de coordination entre institutions qui puissent faciliter l'utilisation des ETM dans la prise de décision.

C'est pourquoi le ministère mexicain de la Santé a récemment mis en place un centre d'excellence technologique chargé de mettre au point une politique nationale d'évaluation des technologies de la santé. Parallèlement, l'Institut mexicain de la sécurité sociale – IMSS (principal organisme public d'assurance-maladie qui couvre 50 millions de Mexicains) est chargé de réaliser les évaluations de technologies médicales et de créer des mécanismes qui en facilitent l'utilisation dans les processus de décision. Sur un plan général, il établit des règles pour l'adoption des nouvelles technologies médicales qui optimisent la capacité du système. S'agissant des établissements de soins, il met au point des systèmes d'information et des outils de gestion. Sur le plan clinique, il met au point des directives cliniques.

Cette initiative a eu un impact sur la prise de décision. Elle a par exemple facilité les décisions d'allocation efficiente des ressources pour les nouvelles technologies et la radio-chirurgie, sur la base d'informations fournies par un registre de l'état fonctionnel des équipements médicaux.

Source : Duran et Coburn (2003).

Il est de plus en plus évident que l'accès à des données de qualité est une condition nécessaire, mais non suffisante, pour gérer efficacement l'adoption et l'utilisation des technologies médicales. Le processus de décision lui-même a un rôle important dans le bon usage de ces données et l'application des recommandations. Ainsi, les décisions prises dans la transparence, sur la base de données concrètes, avec des possibilités de recours, ont beaucoup plus de chances de rencontrer une large adhésion des parties prenantes (OCDE, 2004d).

Il importe aussi d'être conscient que si l'évaluation des technologies médicales peut servir à la décision, elle ne la remplace pas. Les valeurs, la culture, l'éthique, la psychologie et la politique compliquent l'équation et doivent être prises en compte. L'intégration optimale des données scientifiques dans des processus transparents où les données factuelles peuvent être interprétées est un problème complexe. Au Royaume-Uni, le National Institute of Clinical Excellence est un pionnier reconnu dans ce domaine, et ses méthodes d'évaluation des données factuelles constituent une référence internationale (Hill *et al*., 2003).

Depuis l'introduction des évaluations des technologies médicales dans les années 70, des progrès considérables ont été faits dans la production et l'utilisation de données factuelles pour les décisions. De nombreux problèmes subsistent, notamment ceux que les technologies futures risquent de poser aussi bien aux décideurs qu'aux évaluateurs : dans les 20 années qui viennent, le génie génétique, le génie tissulaire et d'autres secteurs des biotechnologies conduiront, au-delà des concepts traditionnels de soins préventifs,

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

curatifs et palliatifs à un concept nouveau d'amélioration des performances humaines, notamment sur le plan de la mémoire, des processus cognitifs et des capacités physiques. Ces nouvelles technologies seront peut-être capables de réduire les effets secondaires individuels mais en même temps auront des conséquences économiques et bioéthiques importantes (Moldrup *et al.*, 2003).

Les instruments d'action disponibles pour gérer la diffusion des nouvelles technologies de la santé

Les pays de l'OCDE appliquent diverses stratégies pour gérer la diffusion des technologies de la santé : réglementation, listes d'inclusions et d'exclusions et mécanismes de paiement prospectif. Cependant, ces instruments peuvent dans bien des cas se révéler grossiers et avoir des conséquences non souhaitées. De nombreux pays ont utilisé ces dernières années des instruments qui visent à prendre en compte, dans la gestion des technologies de la santé, leur efficacité. Les divers instruments suivants, dont la liste n'est pas exhaustive, donnent quelques exemples utiles de mécanismes novateurs destinés à favoriser l'intégration optimale des nouvelles technologies médicales dans la production de soins.

Conventions sur le coût, le volume et l'efficacité

Des conventions de coût, de volume et d'efficacité sont couramment utilisées pour transférer ou maîtriser les coûts. Dans le cadre du programme australien Medicare, par exemple, qui est basé sur la rémunération à l'acte, des conventions prix-volume ont été mises en place pour les examens de laboratoire, l'imagerie diagnostique et l'anesthésie. En vertu de ce dispositif, le gouvernement et les professionnels de santé s'entendent sur un plafonnement des dépenses pendant une période de trois à cinq ans. Si l'utilisation dépasse les prévisions, les prix baissent. Lorsque le financement de la nouvelle technologie est acquis, le montant des dépenses autorisées est relevé ; cependant, à ce stade, un nouveau plafond est fixé. Cela permet d'avoir une indication certaine du montant des dépenses, même si le dispositif de financement est théoriquement non plafonné.

Certaines de ces conventions s'efforcent de prendre en compte l'efficacité des technologies, mais cet exercice n'est pas une science exacte. Au Royaume-Uni, par exemple, les pouvoirs publics, l'industrie, les prestataires et les autres parties prenantes se sont mis d'accord sur l'achat et la fourniture d'interféron bêta pour le traitement de la sclérose en plaque. Cet accord prévoit que si un certain niveau d'efficacité n'est pas atteint, les pouvoirs publics et le fabricant renégocieront le prix du médicament (UK Department of Health, 2002). Ce type de mécanisme peut contribuer à améliorer le rapport coût/efficacité et faciliter l'accès aux nouvelles technologies en attendant que les informations soient rassemblées, et encourager le fabricant à promouvoir une prescription appropriée du traitement.

Mécanismes de paiement

Les mécanismes de paiement peuvent constituer de puissantes incitations à appliquer les technologies de la santé conformément aux besoins constatés et aux données factuelles disponibles. À titre d'exemple, le programme australien « Immunise Australia », lancé en 1997, comportait une série d'incitations financières pour les médecins généralistes et des primes pour les parents, qui ont permis d'augmenter sensiblement les taux de vaccination. Aux États-Unis, certains décideurs espéraient que l'association d'incitations économiques et des outils de gestion dont disposent les plans de soins gérés favoriserait une utilisation plus

efficiente des technologies médicales, mais au vu des données recueillies à ce jour, les résultats ne sont pas très nets[11].

Accords de plan

Les accords de plan entre diverses parties prenantes peuvent servir de base à la fixation de directives de diffusion. Ce type d'accord permet à l'organisme central, par exemple, de fixer de grands objectifs et aide à diffuser les technologies conformément à ces objectifs. En Autriche, les décideurs nationaux et régionaux se sont mis d'accord sur un plan conduisant à augmenter le taux de diffusion de tomographie d'émission de positons (TEP) sur une période donnée. Ce plan tient compte des besoins cliniques, de la distribution de la population et de l'équité d'accès géographique.

Programmes d'application

Les programmes d'application constituent un moyen efficace de diffusion appropriée des technologies lorsqu'elles ont des implications plus larges, comme le montrent les exemples des Pays-Bas et de la Norvège. Aux Pays-Bas, après avoir mené dans six régions des essais pilotes de traitements des accidents vasculaires cérébraux, le gouvernement a lancé un programme national de mise en œuvre de ces traitements. Un groupe de travail a élaboré un ensemble de directives les concernant, ainsi qu'une stratégie complète de mise en œuvre dans 23 régions. Cette mise en œuvre est en cours et donne d'ores et déjà des signes de réussite. En Norvège, le Centre national de télémédecine recueille, établit et fournit des informations sur la télémédecine. Il assure pour le Service national de la santé des activités de recherche, de développement et de conseil pour la mise en place des services de télémédecine. Grâce à un programme de recherche actif, il pilote et évalue les nouveaux projets avant diffusion. Le centre examine aussi les technologies, applications et protocoles qui pourraient influer sur la production future des soins de santé.

Coopération entre prestataires

Le renforcement de la coopération entre prestataires et organismes de santé peut réduire les pressions à la baisse des prix qui pourraient s'opérer par la concurrence ; toutefois, il semble s'accompagner d'une baisse des taux d'investissement à forte intensité capitalistique (Pritchard, 2002). La coopération semble également être un facteur majeur d'efficacité des activités multidisciplinaires, comme par exemple les programmes d'hospitalisation à domicile et les services liés aux accidents vasculaires cérébraux. Ces types de services nécessitent une chaîne ininterrompue d'interventions de toute une gamme de prestataires des secteurs des soins ambulatoires, aigus et de proximité. La coopération entre ces différents prestataires s'avère capitale pour la réussite de tels programmes.

Le rôle de l'assurance-maladie privée dans l'amélioration de l'efficience

Un des attraits majeurs de l'assurance-maladie privée réside dans son potentiel d'améliorer l'efficience de la prestation de soins. Cependant, la concrétisation de ce potentiel dépend largement de son aptitude à se placer sur un marché où s'exerce une concurrence basée sur le rapport coûts/résultats. L'expérience montre cependant qu'il y a de sérieux obstacles à la mise en place de cette forme de concurrence ; en outre, il n'est pas certain que la concurrence entre assureurs soit nécessaire ou suffisante pour améliorer l'efficience.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Efforts mis en œuvre par les assureurs privés pour améliorer le rapport coût/efficacité de la prestation de soins de santé

En théorie – et cela se vérifie dans la pratique aux États-Unis[12] – les assureurs privés peuvent utiliser leur pouvoir sur le marché pour promouvoir le rapport coût/efficacité des soins, tout comme les systèmes de santé publics se servent pour cela de leur pouvoir réglementaire ou monopsoniste. Cela peut les conduire notamment à utiliser des outils de gestion des soins. Le concept de « soins gérés » recouvre toute une série d'initiatives visant à influer sur la quantité, la qualité et l'adéquation des soins fournis aux assurés, notamment des mesures de prévention, de promotion de la santé, de gestion des maladies chroniques, des bilans d'utilisation, des directives cliniques, des restrictions sur certains traitements et des mesures d'incitation ou d'information qui aident les consommateurs à choisir des prestataires ou des services d'un bon rapport coût/efficacité. À cela pourrait s'ajouter la prise en compte par les assureurs du critère coût/efficacité dans le choix de leurs prestataires.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les assureurs n'ont pris aucune disposition pour améliorer le rapport coût/efficacité des prestations qu'ils financent. Il peut y avoir à cela plusieurs explications, entre autres la complexité et le coût, la résistance du corps médical et la volonté de ne pas restreindre la liberté de choix des individus. En outre, dans la plupart des pays de l'OCDE, les assureurs n'ont pas profité du système des contrats sélectifs pour négocier avec les prestataires des accords de gestion des soins. Il faut d'ailleurs noter que beaucoup de ces considérations s'appliquent également aux acheteurs publics. Toutefois, dans un système à payeur unique, il peut être plus difficile, par principe, à un organisme monopsoniste à financement public de ne pas traiter de la même façon tous les prestataires de soins de santé.

L'utilisation des dispositifs de soins gérés étant assez complexe, les organisations et les assureurs risquent de ne pas être très tentés d'investir dans leur application, surtout s'ils n'en attendent pas de gains significatifs ou s'ils anticipent une résistance des parties prenantes, notamment les organisations professionnelles. Par ailleurs, dans les pays où l'assurance-maladie privée ne joue qu'un rôle restreint dans le financement des soins coûteux, les assureurs sont peu exposés aux risques et aux coûts, de sorte qu'ils ne sont guère incités à adopter des dispositifs de soins gérés pour les patients à haut risque et à coût élevé. Les systèmes de mutualisation des coûts des soins aux personnes vulnérables (qu'ils soient volontaires ou obligatoires) permettent une péréquation des risques entre les assureurs mais réduisent leur intérêt à gérer les soins de manière efficiente.

Alors qu'aux États-Unis, les assureurs ont cherché de manière plus active à influer sur les modalités, les volumes et les coûts des soins de santé, certaines de leurs initiatives ayant suscité des préoccupations quant à l'accessibilité des soins, elles ont été infléchies par des changements volontaires du marché d'une part et un renforcement de la réglementation d'autre part. Aux États-Unis, on considère généralement que les efforts mis en œuvre par les entreprises pour réduire les coûts par le biais des soins gérés ont permis des gains d'efficience – notamment une baisse de la durée des hospitalisations – qui ont freiné la croissance des dépenses de santé dans les années 90. Cette réussite est largement imputable au système des contrats sélectifs, qui limite pour l'assuré le choix du prestataire, conjugué à la limitation du montant des remboursements et au contrôle de l'utilisation. Mais devant la résistance des prestataires et des consommateurs, les employeurs et les assurés ont exigé plus de souplesse (on a parlé de « levée de boucliers » contre les soins gérés), et les régimes d'assurance ont été conduits à modifier leurs pratiques, le plus souvent en assouplissant les limitations au choix du prestataire et à l'accès aux soins[13]. Ce type de phénomène montre

que les marchés de l'assurance privée n'ont qu'une capacité limitée à améliorer l'efficience de la production des soins, mais qu'ils sont capables en revanche de s'adapter à la demande.

La concurrence entre assureurs-maladie comme outil pour améliorer l'efficience du système de santé

Certains pays où existent des régimes d'assurance-maladie privés ou des assureurs sociaux multiples ont tenté d'instaurer des marchés concurrentiels. La concurrence que se livrent les assureurs pour attirer des clients et engranger des bénéfices devrait en effet stimuler l'efficience du système et le rendre plus sensible à l'innovation et aux préférences et exigences des acheteurs.

Or, sur les marchés de l'assurance-maladie des pays de l'OCDE, la concurrence reste d'une ampleur limitée (voir l'encadré 5.3). En effet, les coûts élevés de transaction et d'information empêchent les assurés de changer facilement d'assureur et, dans certains pays, la chose est rendue encore plus difficile par la non-transférabilité de la couverture et le manque d'informations comparatives sur les performances des assureurs. D'autre part, les incitations à changer de produit d'assurance sont réduites lorsque les produits ou les primes proposés sont peu différenciés. La faible taille des marchés de l'assurance-maladie privée – en particulier dans les pays où elle n'est pas la principale source de couverture de la population – peut limiter l'intérêt pour les assureurs d'entrer sur ce marché. Qui plus est, pour des raisons historiques, plusieurs marchés d'assurance-maladie privés sont dominés par un petit nombre d'assureurs qui recrutent leurs clients dans une région ou une catégorie professionnelle données.

La concurrence sur les marchés de l'assurance-maladie, lorsqu'elle existe, n'entraîne pas systématiquement les gains d'efficience recherchés. Cela dépend beaucoup du contexte. Les assureurs qui opèrent sur des marchés manifestement plus compétitifs sont incités à se concurrencer non seulement sur la base de gains d'efficience réels, mais aussi par la sélection des risques et par d'autres pratiques qui reportent les coûts sur d'autres payeurs. En Australie, par exemple, les assureurs peuvent avoir intérêt à proposer des produits moins complets qui attirent les clients à faible risque. Les assureurs privés qui proposent une couverture duplicative optionnelle aux bénéficiaires du programme américain Medicare attirent généralement les personnes à faible risque qui, lorsqu'elles se trouvent confrontées à des problèmes de santé, peuvent revenir à la couverture publique standard, ce qui gonfle les coûts du régime public. D'un point de vue technique et politique, il est très difficile de neutraliser ces incitations, qui sont très puissantes du fait qu'une petite partie de la population assurée représente une forte part des coûts de santé. Par ailleurs, les assureurs supportent des frais généraux élevés liés à la publicité, à la facturation, à l'évaluation de leurs produits et à la passation de contrats avec les prestataires, qui alourdissent les coûts dans le contexte d'un marché concurrentiel.

Des outils réglementaires et d'information adéquats sont nécessaires si l'on veut encourager entre les assureurs une forme de concurrence basée sur l'efficience, surtout lorsque les considérations d'équité sont primordiales et que l'assurance-maladie privée représente la couverture primaire de certaines catégories de population ou concerne des services essentiels. Compte tenu des imperfections du marché (asymétrie de l'information et intérêt des assureurs à sélectionner les risques par exemple), il faut mettre en place des garde-fous réglementaires si l'on veut encourager la concurrence. Les consommateurs ont besoin d'une information transparente et d'une réglementation protectrice pour pouvoir bien connaître et acheter en toute confiance les produits qui leur sont proposés.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

Encadré 5.3. **La concurrence entre assureurs : l'expérience des pays de l'OCDE**

Des réformes visant à encourager la concurrence entre assureurs sociaux et privés ont été introduites en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas et en Suisse, pays qui disposaient déjà d'assureurs multiples. La concurrence sur les marchés de l'assurance peut améliorer l'efficience de deux façons. Premièrement, elle encourage les assureurs à réduire au minimum leurs coûts administratifs et à améliorer leurs services aux assurés (même s'il y a de fortes chances pour que leurs frais administratifs restent supérieurs à ceux des systèmes à payeur unique). Deuxièmement, les contrats sélectifs, qui consistent pour l'assureur à mettre en concurrence différents prestataires de soins (comme dans les systèmes de soins gérés aux États-Unis) est de nature à améliorer l'efficience de la prestation de soins.

L'expérience récente des pays qui ont introduit la concurrence donne à penser qu'il est plus difficile que prévu d'instaurer et de maintenir des conditions de concurrence tout en respectant l'obligation de couvrir toute la population. L'expérience à court terme révèle que la mise en concurrence des assureurs sociaux a entraîné un nivellement des primes, mais dans une mesure qui varie selon les pays[1]. La question clé est de savoir si la concurrence peut être maintenue à long terme, d'autant plus qu'avec les techniques de correction des risques qui existent actuellement, les incitations des assureurs à pratiquer « l'écrémage » ne peuvent être totalement éliminées. Toutefois, l'un des avantages majeurs de la mise en concurrence des assureurs est qu'ils peuvent contraindre les prestataires à plus d'efficience. Jusqu'à présent, les réglementations ont limité ces effets dans la plupart des pays de l'OCDE : les prix continuent d'être fixés dans un environnement monopolistique bilatéral, et les assureurs n'exercent guère de contrôle sur la pertinence et la qualité des soins.

Une étude comparative de l'organisme de soins intégrés californien Kaiser Permanente et du British National Health Service (NHS) a mis en évidence les avantages potentiels de la concurrence sur les marchés de l'assurance (Feachem *et al.*, 2002). Ces deux systèmes sont fondés sur le modèle des soins de santé intégrés, mais tandis que Kaiser est en concurrence avec d'autres régimes d'assurance, le NHS jouit d'un monopole pour la fourniture de soins de santé financés par l'État à l'ensemble des citoyens du Royaume-Uni. La comparaison statistique donne à penser que Kaiser obtient de meilleurs résultats que le NHS pour un coût à peu près similaire. Les raisons de cet écart incluent : une meilleure intégration du système à tous les niveaux, une meilleure gestion des ressources hospitalières, et des investissements informatiques plus importants. Cela tendrait à prouver qu'un organisme confronté à la concurrence doit absolument trouver le moyen d'être plus efficient qu'un monopole s'il veut survivre. D'un autre côté, Kaiser a du mal à être concurrentiel sur les marchés de l'assurance des États-Unis, notamment parce que sa réputation de qualité encourage l'affiliation de personnes à risque élevé, ce qui entraîne un phénomène de sélection défavorable et majore les primes de Kaiser par rapport à celles d'autres régimes.

1. On a pu observer un certain déplacement de la clientèle des assureurs chers vers des assureurs moins chers, l'ampleur du phénomène étant en partie fonction des écarts initiaux de primes entre assureurs. Ainsi, les mouvements des assurés et la réduction des écarts entre les primes ont été plus importants en Allemagne qu'aux Pays-Bas, car les différences initiales y étaient plus prononcées. En Suisse, malgré des écarts de primes très élevés, il y a eu relativement peu de déplacements de clientèle, car les assurés sont très fidèles à leur assureur local.

Pistes possibles pour améliorer l'efficience : résumé des conclusions

Les systèmes de santé de l'OCDE souffrent d'un sérieux manque d'efficience, qu'une réorientation appropriée des politiques permettrait de corriger. Ainsi, il n'est pas certain que les pays aient investi suffisamment de moyens dans la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ils ont probablement consacré trop de ressources aux soins curatifs au détriment de la prévention, et cette éventualité mérite une analyse sérieuse et approfondie, même s'il n'y a aucune assurance de prime abord que le rapport coût/efficacité des mesures de prévention soit nécessairement meilleur que le rapport coût/efficacité de traitements ultérieurs.

Des changements portant sur la demande offrent quelques perspectives intéressantes. Dans les systèmes où les soins de santé sont *grosso modo* gratuits et sans restrictions, il apparaît possible, du point de vue de l'utilisation de services, d'améliorer le rapport coût/efficacité de la production des soins en instaurant un mécanisme de gestion de la demande, par exemple par des médecins référents. De plus, certaines méthodes telles que l'information des patients sur les coûts et les résultats probables de certains traitements et l'application de prix de référence pour les produits pharmaceutiques sont de nature à améliorer l'efficience. L'obligation de copaiement pourrait être appliquée avec plus de discernement, de manière à libérer des fonds pour élargir la couverture du système (en termes de population ou de prestations de base) tout en le rendant plus efficient. Les assurances privées qui complètent la couverture publique en prenant en charge le ticket modérateur présentent un inconvénient majeur : elles rendent les patients moins sensibles aux prix et, ce faisant, annihilent une partie des efforts visant à améliorer l'efficience, comme l'imposition de prix de référence pour les produits pharmaceutiques. D'un autre côté, la couverture supplémentaire privée peut être utile comme moyen de rationnement par le prix des prestations accessoires, de luxe ou jugées non essentielles par les décideurs.

Du côté de l'offre, les perspectives sont peut-être plus prometteuses. Les efforts visant à dissocier les rôles de payeur et de prestataire de soins, de manière à se rapprocher des conditions des marchés économiques normaux, se sont généralement révélés efficaces. D'autres réformes organisationnelles, telles que la décentralisation ou les changements de mode de gestion, peuvent permettre de réduire les gaspillages, d'augmenter la productivité et d'améliorer le rapport coût/efficacité des systèmes de soins. Le déploiement des ressources humaines pourrait être rendu plus efficient en utilisant, lorsque les circonstances s'y prêtent, du personnel de qualification moins élevée, par exemple en remplaçant pour certains actes les médecins par des infirmières.

En l'absence de rationnement par les prix ou de gestion de la demande, pour de nombreux services la demande risque d'être supérieure à ce que l'État, dans certains pays, est prêt à financer. Par conséquent, dans de nombreux systèmes, il pourrait être intéressant de mettre en place une gestion des capacités et de l'offre de prestations afin de piloter la diffusion des nouvelles technologies. Ceci devrait se faire en se fondant sur les meilleures informations possibles apportées par l'évaluation des technologies médicales, et en utilisant des mécanismes visant à encourager une production efficiente de soins, de préférence à des approches trop brutales. Dans certains systèmes, un temps d'attente minimal peut être jugé approprié pour les interventions chirurgicales non urgentes, parce qu'il indique que le système n'a pas de capacité chirurgicale excédentaire, même s'il importe de déterminer s'il y a des déficits de productivité. L'opportunité de maintenir un délai d'attente dépend entièrement du poids que l'on attribue à des améliorations

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

marginales de la réactivité perçue du système, de la qualité de vie des patients et des résultats pour leur santé, et aux autres coûts sociaux liés à l'attente.

Pour les pouvoirs publics, encourager la poursuite des progrès de la médecine tout en gérant efficacement les ressources de la collectivité constitue un véritable défi. Il existe un problème de « free-rider », en ce sens que le financement de la recherche et du développement et l'expérimentation des effets de l'innovation en technologies de santé sont assurés de manière disproportionnée par certains pays. Il est difficile pour l'instant de dire si cette solution est efficiente et durable, ou s'il y en aurait une meilleure.

Une question clé est de savoir quelles approches inciteront le mieux les prestataires à améliorer l'efficience de la production des soins. De manière générale, les approches basées sur la concurrence ne sont pas très concluantes pour l'instant. Le succès notable de la mise en concurrence des assureurs aux États-Unis a été de courte durée, et les tentatives faites dans d'autres pays (qu'il s'agisse d'assureurs privés ou sociaux) ont été moins fructueuses. Le choix de la méthode à privilégier – mise en concurrence, incitations financières ou autres approches – dépend probablement de l'existence ou non de capacités excédentaires dans le système, de l'aptitude technique des acheteurs à adopter des stratégies d'achat élaborées et d'autres facteurs.

Dans l'ensemble de la zone OCDE, les méthodes de rémunération des hôpitaux, des médecins et autres prestataires de soins ont évolué dans le bon sens, et cette tendance doit être encouragée. Les modes de rémunération basés sur le remboursement des coûts, qui encourage l'inefficience, sont peu à peu abandonnés au profit de modes de rémunération basés sur l'activité. Cependant, les systèmes qui rétribuent la productivité comportent une part de risque, car ils peuvent encourager un volume d'activités excessif pour des avantages marginaux faibles. Il vaudrait beaucoup mieux adopter des modes de rémunération qui incitent les prestataires à fournir les services voulus au moment voulu et qui récompensent les prestataires ou les organisations qui contribuent à la réalisation des objectifs de performance du système. Mener à bien ce changement n'ira pas sans difficultés, aussi bien politiques que techniques. Les pays de l'OCDE sont encore loin du but, mais les mesures récemment prises dans ce sens sont prometteuses et mériteraient d'être développées.

La question des interactions entre les soins de longue durée et les autres services sociaux et de santé doit revenir à se demander s'il est possible d'améliorer la maîtrise des coûts et l'efficience des services de santé et de soins de longue durée par une meilleure coordination entre ces secteurs. L'amélioration en cours de l'efficience du secteur hospitalier implique une nécessité accrue de moyens de soins de longue durée plus facilement accessibles et plus intensifs pour les personnes âgées, en particulier si l'on veut éviter une institutionnalisation permanente après un épisode de convalescence de soins aigus. Cette question d'interface appelle un examen plus poussé, à mener sur un plan transversal, des questions qui touchent à la fois les soins aigus, les soins de longue durée (relevant aussi bien des services sociaux que de santé) et les autres services sociaux.

Notes

1. En plus des réformes structurelles ou transversales abordées dans cette section du rapport, les sections suivantes traitent aussi d'initiatives axées sur l'offre, y compris les ressources humaines dans le domaine de la santé, le secteur hospitalier, les soins de longue durée, la gestion de la technologie et l'assurance-maladie privée.
2. Par exemple, les études faites aux États-Unis montrent que l'adoption en 1983 par le programme public Medicare d'un système de paiement prospectif par épisode de soins a entraîné une

réduction de la durée des séjours sans compromettre les résultats sanitaires. Plus récemment, les changements mis en œuvre par la Veterans Health Administration ont entraîné une chute spectaculaire du nombre d'hospitalisations, de la durée des séjours et de l'utilisation des services d'urgence, et les taux de survie à un an pour neuf pathologies graves se sont améliorés ou sont restés stables (Ashton *et al.*, 2003).

3. Lorsque le tarif est trop élevé, il constitue une rente pour l'hôpital. Lorsqu'il est trop bas, l'hôpital ne couvre pas ses coûts et peut être contraint de fermer.

4. Par exemple, les hôpitaux peuvent avoir une proportion fixe de patients remboursés à 100 % ou obtenir un remboursement intégral pour les patients dont les coûts dépassent un certain seuil.

5. Il est possible que tel ait été le cas en République tchèque au début des années 90 et dans le secteur des soins ambulatoires en Allemagne dans la deuxième moitié des années 90.

6. Le coût du développement d'un nouveau médicament pour sa mise sur le marché a récemment été estimé à 880 millions de dollars EU sur 15 ans (Tollman *et al.*, 2001).

7. L'Italie et la Suède figurent parmi les pays qui ont pris des mesures autorisant des prix plus élevés pour des produits qui font la preuve d'un meilleur rapport coût-efficacité, par rapport aux simples variantes (Ekelund et Persson, 2003).

8. Ainsi, lors d'un examen systématique de 33 interventions destinées à traiter des douleurs chroniques lombaires et cervicales, le Conseil suédois d'évaluation des technologies médicales (SBU) a constaté que dans 44 % des cas il n'y avait aucun signe d'amélioration et dans 29 %, les signes d'amélioration étaient limités ou modestes. Dans 13 % des cas, on avait la preuve que le traitement n'était pas efficace (SBU, 2000).

9. A titre d'exemple, la tomographie par émission de positons a été référencée dans 19 708 articles entre 1969 et 2002. La première évaluation de cette technologie est intervenue en 1979 ; depuis lors, elle a été évaluée au moins 454 fois (OCDE, 2004d).

10. Les données limitées dont on dispose concernant l'impact de l'évaluation des technologies médicales sur la prise de décision sont quelque peu contradictoires. Deux rapports récents indiquent qu'il a été difficile de trouver des exemples concrets de cet impact, et que le corpus de données montrant comment traduire les données d'expérience dans la pratique est très limité (ECHTA, 2002 ; Maynard *et al.*, 2000). Cela tient en partie à la complexité d'une mesure de l'impact. Cependant, diverses études ont examiné l'impact plus général de l'évaluation des technologies médicales. Jacob et McGregor (1997) par exemple en ont étudié l'impact sur les décisions de politique. Ils ont mesuré les répercussions de 16 rapports d'évaluation de technologies médicales sur le nombre de réglementations proposées, adoptées et appliquées dans les domaines considérés, et constaté que 12 rapports avaient eu des répercussions considérables.

11. Par exemple, une étude a constaté une moindre utilisation de l'IRM dans les zones où la pénétration des régimes de soins gérés était plus élevée (Baker et Wheeler, 1998). En revanche, une autre étude portant sur la chirurgie de pointe de la vésicule biliaire a constaté des taux de diffusion comparables entre régimes de soins gérés et régimes traditionnels (Chernew *et al.*, 1997).

12. Au Royaume-Uni aussi certains assureurs ont mis en place quelques mesures limitées en faveur de la qualité.

13. Ce problème est compliqué par le traitement fiscal de l'assurance-maladie en tant qu'avantage social aux États-Unis, qui encourage les employeurs à offrir cet avantage et réduit par conséquent la sensibilité des salariés au coût des polices d'assurance.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

ISBN 92-64-01557-4
Vers des systèmes de santé plus performants
© OCDE 2004

Conclusions du Projet de l'OCDE sur la santé : des pistes d'avenir pour améliorer les performances d'ensemble des systèmes de santé

Après des années d'expérimentation et d'investigation, les responsables des politiques de santé des pays de l'OCDE ont aujourd'hui une assez bonne connaissance des outils et stratégies qui peuvent permettre de progresser vers de nombreux objectifs clés, comme la maîtrise du rythme de croissance des dépenses publiques, la garantie d'un accès équitable aux soins, l'amélioration de la santé et la prévention des maladies, et la mise en place d'un financement équitable et durable pour les services de santé et de soins de longue durée. Les travaux récents de l'OCDE ont mis en évidence de nouveaux outils qui peuvent apporter une aide précieuse aux décideurs en répondant à beaucoup de leurs préoccupations les plus pressantes concernant les effets des diverses mesures qu'ils envisagent pour gérer l'adoption et la diffusion des technologies de la santé, remédier aux pénuries d'infirmières et autres catégories de personnel de santé, accroître la productivité des hôpitaux et des médecins, gérer la demande de prestations de santé, réduire les temps d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes et faciliter l'accès à une couverture d'assurance-maladie privée abordable (voir encadré). En outre, ce travail apporte un éclairage nouveau sur des questions difficiles comme la détermination du niveau de dépenses de santé approprié, la définition du rôle que doit jouer le financement privé dans les systèmes de santé et de soins de longue durée, et l'évaluation des conséquences des délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes.

Malgré la pléthore d'informations et d'enseignements dont on dispose, atteindre les objectifs de performance fixés pour les systèmes de santé est loin d'être une tâche aisée. La santé est un secteur de l'économie qui fait l'objet d'interventions publiques considérables, justifiées par des considérations d'intérêt général, dont certaines se traduisent sans aucun doute par des défauts de la réglementation et des distorsions, mais qui est exposée à de graves imperfections du marché lorsque l'intervention publique est minime. Néanmoins, il ne fait aucun doute qu'au fil du temps les pays ont amélioré les performances de leurs systèmes de santé et qu'ils ont considérablement progressé dans la réalisation de leurs objectifs clés. Leur incapacité à réaliser complètement un grand nombre de leurs objectifs tient en partie au poids important du contexte institutionnel et historique sur les résultats de diverses stratégies d'amélioration. Elle tient certainement aussi à des problèmes de mise en œuvre, qui empêchent parfois de concrétiser les changements voulus. Dans le secteur de la santé comme dans d'autres domaines de l'action publique, il y a toujours des parties prenantes qui ont avantage au *statu quo* et qui s'opposent à des changements qu'elles perçoivent comme une menace pour leurs intérêts. Concilier les objectifs sociaux et industriels peut être particulièrement ardu dans le secteur de la santé. Mais il y a peut-être plus important encore : les problèmes non résolus s'expliquent par l'interdépendance des différents aspects de la performance, qui rend pratiquement inévitables des arbitrages, qu'on le veuille ou non. Comme les décideurs n'attachent pas tous la même importance aux différents objectifs, il n'existe pas d'approche unique et universelle pour une politique optimale de la santé.

L'élaboration de la politique de santé exige de mettre soigneusement en balance différents arbitrages, en tenant compte de l'importance accordée à une série de grands

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

objectifs et du degré élevé d'incertitude qui entoure les effets délibérés et fortuits de différentes décisions. L'objectif ultime est évidemment d'avoir une population en bonne santé, mais la promotion de la santé n'est pas le seul but. Le secteur de la santé est une composante importante des économies des pays de l'OCDE : il fournit de nombreux emplois et fait prospérer toute une industrie. Par conséquent, les décisions prises dans le

Des pistes intéressantes pour la politique de santé

Les informations réunies par le Projet de l'OCDE sur la santé permettent de dégager un certain nombre de pratiques ou d'approches qui peuvent être utiles afin d'améliorer les performances des systèmes de santé. Comme elles impliquent en général des arbitrages entre des objectifs concurrents, les décideurs doivent déterminer si les avantages à en attendre ont des chances d'être supérieurs aux coûts dans le contexte qui est le leur. De plus, les circonstances uniques d'un pays doivent être prises en compte quand vient le temps de déterminer les politiques appropriées. Il n'y a pas d'approche unique à l'amélioration de la performance.

Pistes possibles pour l'amélioration de l'état de santé de la population

- Appliquer des stratégies bien conçues de prévention des maladies et incapacités, qui peuvent impliquer des réallocations de ressources des soins vers la prévention, ou des changements dans la façon dont les ressources sont dépensées. Évaluer les possibilités d'amélioration de la santé qu'offrirait une réorientation des politiques (incluant la fiscalité) en matière d'alimentation, de violence, de circulation routière, de consommation d'alcool ou de tabac, ou d'autres domaines qui ne relèvent pas de la stricte compétence des autorités sanitaires.
- S'attaquer aux inégalités en matière de santé par des mesures visant à leurs causes profondes, telles que la pauvreté et l'exclusion sociale, en complément de mesures spécifiquement destinées à améliorer les soins pour les catégories vulnérables.
- Encourager les efforts visant à rendre la pratique médicale plus fondée sur l'expérience et les résultats – notamment par la mise au point et l'application de guides de pratiques cliniques et de normes de performance, et la réorientation des incitations économiques et administratives vers l'application de soins appropriés et l'obtention de résultats sanitaires souhaités.
- Faire en sorte que les systèmes de suivi de la qualité des soins de santé et des soins de longue durée soient suffisants pour contribuer à la réalisation des améliorations recherchées. L'élaboration et la normalisation d'indicateurs de qualité valables, y compris des mesures des résultats sanitaires, sont indispensables à cet égard.

Pistes possibles pour favoriser un accès aux soins adéquat et équitable

- Éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins en garantissant ou en subventionnant une couverture maladie pour les personnes à faible revenu, en les exonérant du ticket modérateur, et en autorisant les assurances-maladie privées complémentaires à couvrir une partie du ticket modérateur lorsque son montant constitue un obstacle à l'accès aux soins.
- Favoriser l'accès des personnes à haut risque (personnes âgées et personnes nécessitant des soins coûteux) à une assurance-maladie privée abordable, lorsque cela est nécessaire pour garantir leur accès aux soins, par des interventions telles que réglementation particulière, subventions ou incitations fiscales.
- Éviter les inégalités d'accès en fonction des sources de couverture maladie par des mesures telles que le plafonnement universel des remboursements ou l'application de listes d'attente uniques.

Des pistes intéressantes pour la politique de santé *(suite)*

Pistes possibles pour améliorer la réponse du système de santé

- Réduire les temps d'attente en chirurgie non urgente, lorsqu'ils sont jugés excessifs, en augmentant la capacité ou la productivité chirurgicale (par exemple en changeant les modalités de paiement des prestataires).
- Améliorer la satisfaction des bénéficiaires de soins de longue durée soit en aidant les membres de la famille qui leur fournissent des soins et/ou en versant directement des allocations aux bénéficiaires pour les aider à payer les prestataires, de façon à ce qu'ils aient davantage de maîtrise sur les services qui leur sont destinés et de choix des prestataires.
- Faire en sorte que les consommateurs soient suffisamment informés pour choisir leur couverture d'assurance-maladie, publique ou privée, en connaissance de cause.

Pistes possibles pour assurer un niveau de coût supportable et un financement durable

- Modérer le taux de croissance des dépenses publiques de santé par un ensemble de régulations budgétaires et administratives des paiements, des prix ou de l'offre. Suivre de près les effets de ces mesures sur la performance du système de santé.
- Introduire dans les régimes publics d'assurance-maladie une modeste participation du patient aux frais et faire en sorte que les assurances-maladies complémentaires ne la couvrent pas en totalité.
- Supprimer la couverture publique des prestations accessoires ou de luxe, en autorisant la sélection par le prix et une mutualisation des risques par une couverture supplémentaire privée.

Pistes possibles pour accroître l'efficience du système de santé

- Gérer la demande pour les interventions chirurgicales non urgentes et d'autres soins discrétionnaires par un système de filtrage, par l'établissement de priorités cliniques ou par une meilleure information des consommateurs et des patients, surtout dans les systèmes où la faiblesse du ticket modérateur et une offre excédentaire au niveau des prestataires se conjuguent pour favoriser une consommation excessive de soins.
- Appliquer des systèmes de prix du médicament ou d'autres politiques qui encouragent à choisir, parmi des médicaments analogues, le plus efficace par rapport à son coût et favoriser une innovation véritable dans le secteur pharmaceutique.
- Utiliser l'évaluation des technologies pour permettre une prise de décision solidement étayée et appliquer des stratégies de gestion des technologies qui prennent en compte les résultats sanitaires et favorisent une production de soins efficace par rapport à son coût.
- Élaborer, tester et appliquer des systèmes de paiement des prestations qui rétribuent la productivité et la qualité.

Pistes possibles pour améliorer les performances d'ensemble des systèmes de santé

- Investir dans des systèmes d'informatisation des données médicales nécessaires pour améliorer l'organisation et la production des soins.
- Contrôler régulièrement les performances du système de santé, à l'aide d'indicateurs valables et de données fiables, et les comparer aux objectifs fixés ou aux performances des pairs (à travers des comparaisons internationales).

cadre de la politique de santé peuvent avoir des conséquences économiques considérables. Les considérations sociales et politiques aussi sont importantes, car la capacité des systèmes de santé et de soins à satisfaire les patients, les consommateurs et les autres parties prenantes est un élément des performances de ces systèmes. Un autre point ne doit

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

pas être négligé : il est très difficile d'identifier isolément les effets des systèmes de santé sur l'état de santé, compte tenu de la multiplicité des facteurs socio-économiques, ainsi que des facteurs comportementaux et de risque qui jouent eux aussi un rôle majeur.

Les systèmes de santé parmi les pays de l'OCDE diffèrent considérablement par leur conception, les ressources qu'ils utilisent et les résultats qu'ils obtiennent. Pourtant, les pays de l'OCDE se sont fixés des objectifs de performance très similaires et ils se trouvent pratiquement tous face à un défi commun : améliorer les performances de leurs systèmes de santé. Pour améliorer la réponse des systèmes de santé aux objectifs que leur assignent les décideurs, la marche est suivre est claire : les pays de l'OCDE ont tout intérêt à mener plus loin l'expérimentation et, parallèlement, à mesurer soigneusement les performances en fonction d'indicateurs spécifiques et opérationnels, à effectuer des évaluations comparatives, et à partager les informations sur les approches adoptées, leur application et les résultats atteints, afin de mettre en évidence les méthodes efficaces et celles qui ne le sont pas et les conditions de réussite des différentes approches.

L'amélioration des performances des systèmes de santé passe par un réaménagement de ces systèmes. Cela nécessitera probablement dans un premier temps certains investissements qui à long terme seront rentables. Il faudra au minimum améliorer les systèmes d'enregistrement, de stockage, de consultation et de transfert des données médicales, et améliorer la surveillance et l'évaluation des performances (OCDE, 2002). Il y aurait lieu par ailleurs de recentrer les incitations économiques offertes aux prestataires, aux patients et aux organismes de soins, et de faire en sorte que les acheteurs de soins (publics et privés) emploient des moyens plus sophistiqués pour obtenir le meilleur rapport coûts/résultats. Les systèmes de santé, prestataires et organismes qui disposent d'une certaine marge financière sont peut-être plus à même de réaliser les investissements nécessaires à l'amélioration du rapport coût/efficacité des soins, mais même ceux qui n'en ont aucune devraient trouver des moyens de réduire les gaspillages et d'améliorer leur productivité si on utilise les incitations adéquates. Le domaine de la santé évolue vite, et il faut que l'organisation des soins s'adapte en conséquence. Les systèmes ont intérêt à être plus souples et capables de s'adapter et d'évoluer en fonction des données nouvelles.

Bien que les travaux récents de l'OCDE aient permis de combler plusieurs lacunes de nos connaissances, de nombreuses questions importantes restent posées, dont beaucoup ont été mises en évidence au cours de ces travaux. Compte tenu des objectifs actuels, certaines des questions les plus urgentes sont les suivantes : Comment exploiter au mieux les forces concurrentielles du marché pour accroître l'efficience des systèmes de santé ? Comment favoriser la poursuite du progrès des technologies médicales et assurer l'accès en temps voulu à ces nouvelles technologies tout en gérant les ressources publiques de manière responsable ? Compte tenu des défauts de la réglementation et du marché, quels sont les meilleurs moyens d'assurer une offre suffisante de personnel de santé à l'avenir ? Comment faire pour que les incitations économiques offertes aux prestataires de soins coïncident mieux avec l'objectif d'une production de soins efficace par rapport à son coût ? S'agissant de la responsabilité médicale, quelles sont les approches les plus appropriées pour prévenir les négligences, dédommager les victimes, encourager une application adéquate des prestations et permettre de tirer les conséquences des erreurs pour améliorer la qualité ? La poursuite de travaux à l'échelle internationale pourra aider les décideurs à répondre à ces questions, en leur permettant de s'appuyer sur des données probantes.

ISBN 92-64-01557-4
Vers des systèmes de santé plus performants
© OCDE 2004

Bibliographie

Aaron, H (2003), « Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health Care Spending? », *Health Affairs*, janvier.

Agency for Healthcare Research and Quality (2000), « Medical Errors: The Scope of the Problem », Fact sheet, Publication n° AHRQ 00-P037, Rockville, MD. Disponible à l'adresse *www.ahrq.gov/qual/errback.htm*.

Agency for Healthcare Research and Quality (2001), « Reducing and Preventing Adverse Drug Events to Decrease Hospital Costs. Research in Action », Issue 1, AHRQ Publication n° 01-0020, mars, Rockville, MD. Disponible à l'adresse *www.ahrq.gov/qual/aderia/aderia.htm*.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M. et Silber, J.H. (2003), « Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 12, pp. 1617-1623.

Alter, D., Iron, K., Austin, P. et Naylor, D. (2004), « Socioeconomic Status, Service Patterns, and Perceptions of Care Among Survivors of Acute Myocardial Infarction in Canada », *JAMA,* vol. 291, n° 9, pp. 1100-1107.

Alter, D., Naylor, D., Austin, P. et Tu, J. (1999), « Effects of Socio-economic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality after Acute Myocardial Infarction », *New England Journal of Medicine*, vol. 341, n° 18, pp. 1359-1367.

Antonazzo, E., Scott, A., Skatun, D. et Elliott, R.F. (2003), « The Labour Market for Nursing: A Review of the Labour Supply Literature », *Health Economics*, vol. 12, pp. 465-478.

Ashton, C.M., Souchek, J., Petersen, N.J., Menke, T.J., Collins, T.C., Kizer, K.W., Wright, S.M. et Wray, N.P. (2003), « Hospital Use and Survival Among Veterans Affairs Beneficiaries », *New England Journal of Medicine,* vol. 349(17), pp. 1637-1646, 23 octobre.

Bains, M. et Oxley, H. (2004), « Projections des dépenses de santé et de soins de longue durée liées au vieillissement de la population », *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques*, OCDE, Paris, à paraître.

Baker, L.C. et Wheeler, S.K. (1998), « Managed Care and Technology Diffusion: the Case of MRI »**,** *Health Affairs,* vol. 17(5), pp. 195-207, septembre-octobre.

Banque mondiale (1999), *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*, Prabhat Jha (dir. pub.), New York.

Beasley, R., Pearce, N. et Crane, J. (1997), « International Trends in Asthma Mortality », *Ciba Found Symposium*, Discussion 150-6, 157-9, vol. 206, pp. 140-150.

Bennett, J. (2003), « Investment in Population Health in Five OECD Countries », OECD Health Working Papers, n° 2, OCDE, Paris.

Bernstein, S.J., Brorsson, B., Aberg, T., Emanuelsson, H., Brook, R.H. et Werko, L. (1999), « Appropriateness of Referral of Coronary Angiography Patients in Sweden. SECOR/SBU Project Group », *Heart*, vol. 81, n° 5, pp. 470-477, mai.

Birmingham, C.L. *et al.* (1999), « The Cost of Obesity in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 160, n° 4, pp. 483-488, 23 février.

Bishai, D.M. et Lang, H.C. (2000), « The Willingness to Pay for Wait Reduction: the Disutility of Queues for Cataract Surgery in Canada, Denmark and Spain », *Journal of Health Economics,* vol. 19, pp. 219-230.

Blendon, R.J., Schoen, C., Desroches, C.M., Osborn, R., Scoles, K.L. et Zapert, K. (2002), « Inequities in Health Care: a Five-Country Survey », *Health Affairs,* vol. 21(3), pp. 182-190, mai/juin.

Bowker, T.J., Clayton, T.C., Ingham, J. *et al.* (1996), « A British Cardiac Society Survey of the Potential for the Secondary Prevention of Coronary Disease: ASPIRE (Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) », *Heart*, vol. 75, pp. 334-342.

Chassin, M.R. et Galvin, R.W. (1998), « The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality », *JAMA,* vol. 280, pp. 1000-1005.

Chernew, M., Fendrick, A.M. et Hirth, R.A. (1997), « Managed Care and Medical Technology: implications for cost growth », *Health Affairs,* vol. 16(2), pp. 196-206, mars-avril.

Colombo, F. (2001), « Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland », Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n° 53, OCDE, Paris.

Commission européenne (2001), *Key Figures on Health – Pocketbook,* Luxembourg.

Cowan, D. et Turner-Smith, A. (1999), « The Role of Assistive Technology in Alternative Models of Care for Elderly People », annexe 4 dans A. Tinker, F. Wright, C. McCreadie, J. Askham, R. Hancock et A. Holmans (1999), *Alternative Models of Care for Older People* (*With Respect to Old Age: Long-Term Care – Rights and Responsibilities: A Report by the Royal Commission on Long-Term Care,* Research Volume 2), The Stationary Office, Londres. *www.archive.official-documents.co.uk/document/cm41/4194/4192-2v2.htm* (en date de décembre 2003).

Cox, J.L. *et al.* (1996), « Managed Delay for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: the Experience at One Canadian Center », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 27, pp. 1365-1373.

Cutler, D et McClellan, M. (2001), « Is Technological Change in Medicine Worth It? », *Health Affairs*, vol. 20, n° 5, septembre- octobre.

Dang, T.T., Antolin, P. et Oxley, H. (2001), « Fiscal Implications of Ageing: projections of age-related spending », OECD Economic Department Working Papers, n° 305, OCDE, Paris.

Davies, B. et Fernandez, J.L. (2003), « Evaluating Community Care for Elderly People », *PSSRU Bulletin* 14, Personal Social Services Research Unit, University of Kent, Canterbury, Royaume-Uni.

Dickson, M. *et al.* (2003), « Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries », OECD Health Working Papers, n° 4, OCDE, Paris.

Docteur, E. et Oxley, H. (2003), « Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience », OECD Economics Department Working Papers, n° 374 et Health Working Papers, n° 9, OCDE, Paris.

Docteur, E., Suppanz, H. et Woo, J. (2003), « The US Health System: an assessment and prospective directions for reform », OECD Economics Department Working Paper, n° 350, OCDE, Paris.

Domberger, S. et Jensen, P. (1997), « Contracting Out by the Public Sector: Theory, Evidence and Prospects », *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 13, n° 4, pp. 67-78.

Doody, R.S., Stevens, J.C., Beck, C., Dubinsky, R.M., Kaye, J.A., Gwyther, L., Mohs, R.C., Thal, L.J., Whitehouse, P.J., DeKosky, S.T. et Cummings, J.L. (2001), « Practice Parameter: Management of Dementia (an Evidence-based Review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology », *Neurology*, vol. 56(9), pp. 1154-1166, 8 mai.

Doolan et Bates (2002), « Computerized Physician Order Entry Systems in Hospitals: Mandates and Incentives », *Health Affairs,* vol. 21(4), pp. 180-188, juillet/août.

DREES – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de statistiques (2003), « L'impact de la CMU sur la Consommation Individuelle de Soins », *Études et Résultats*, n° 229, mars.

Duran, L. et Coburn, D. (2004), « The Use of Health Care Technology Information in the Health System Decision-Making Process », draft working paper produced for The OECD's New and Emerging Health-Related Technology Project, OCDE, Paris.

ECHTA – European Collaboration for Health Technology Assessment Project (2002), « Working Group 6 Report », *International Journal of Health Technology Assessment in Health Care,* vol. 18, n° 2, pp. 447-455.

Ekelund, M. et Persson, B. (2003), « Pharmaceutical Pricing in a Regulated Market », *Review of Economics and Statistics,* vol. 85(2), pp. 298-306.

EuroAspire Groupes I et II (2001), « Clinical Reality of Coronary Prevention Guidelines: A Comparison of EuroAspire I and II in Nine Countries », *Lancet*, vol. 357, pp. 995-1001.

Feachem, R.G. *et al.* (2002), « Getting More for Their Dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal*, vol. 324, pp. 135-142.

Fonds de Financement de la CMU (2003), *Rapport d'évaluation de la CMU*, Paris, décembre.

Forsberg, E., Axelsson, R. et Arnetz, B. (2001), « Financial Incentives in Health Care. The impact of performance-based reimbursement », *Health Affairs*, vol. 58.

Frost et Sullivan (2001), « US Tissue Engineering Market », 26 septembre.

Fuchs, V.R. (1987), « The Counterrevolution in Health Care Financing », *New England Journal of Medicine*, vol. 316(18), pp. 1154-1156.

Gelijns, A. *et al.* (2004), « The Potential and Pitfalls of Evidence-based Decision-making for Technology: Issues in Transferability », document de travail réalisé pour le Projet NEHRT (New and Emerging Health-Related Technologies) de l'OCDE.

Gosden, T., Pederson, L. et Torgerson, D. (1999), « How Should We Pay Doctors? A Systematic Review of Salary Payments and their Effect on Doctor Behaviour », *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 92, pp. 47-55.

Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I.S., Sutton, M., Leese, B., Guiffrida, A., Sergison, M. et Pedersen, L. (2001), « Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physicians: a Systematic Review », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 6, n° 1, pp. 44-55.

Gray, D., Hampton, J.R., Bernstein, R.J., Kosecoff, J. et Brook, R.H. (1990), « Audit of Coronary Angiography and Bypass Surgery », *Lancet*, vol. 335(8701), pp. 1317-1320, 2 juin.

Gress, S., Groenewegen, P., Kerssens, J., Braun, B. et Wasem, J. (2002), « Free Choice of Sickness Fund in Regulated Competition: Evidence from Germany and the Netherlands », *Health Policy*, vol. 60, n° 3, pp. 235-254, juin.

Hadley, J. (2002), *Sicker and Poorer: The Consequences of Being Uninsured*, Kaiser Family Foundation, mai.

Halm, E.A. et Gelijns, A.C. (1991), « An Introduction to the Changing Economics of Technical Innovation in Medicine », dans A.C. Geljins et E.A. Halm (dir. pub.), *The Changing Economics of Medical Technology,* National Academy Press,Washington, DC.

Halm, E.A., Chassin, M.R., Tuhrim, S., Hollier, L.H., Popp, A.J., Ascher, E., Dardik, H., Faust, G. et Riles, T.S. (2003), « Revisiting the Appropriateness of Carotid Endarterectomy », *Stroke,* vol. 34(6), pp. 1464-1471, juin.

Hawes, C., Phillips, C.D., Rose, M., Holan, S. et Sherman, M. (2003), « A National Survey of Assisted Living Facilities », *The Gerontologist*, vol. 43, pp. 875-882.

Heidenreich, P.A. et McClellan, M. (2001), « Trends in Treatment and Outcomes for Acute Myocardial Infarction: 1975-1995 », *American Journal of Medicine,* vol. 110(3), pp. 165-174, 15 février.

Hetemaa, I., Keskimäki, I., Manderbacka, K., Leyland, A.H. et Koskinen, S. (2003), « How Did the Recent Increase in the Supply of Coronary Operations in Finland Affect Socio-economic and Gender Inequity in their Use? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, pp. 178-185.

Hill, S., Garattini, S., Van Loenhout, J., O'Brien, B.J. et de Joncheere, K. (2003), « Technology Appraisal Programme of the National Institute for Clinical Excellence – A Review by WHO », World Health Organization – Europe.

Himmelstein, D.U. et Woolhandler, S. (1986), « Cost without Benefit. Administrative Waste in US Health Care », *New England Journal of Medicine,* vol. 314(7), pp. 441-445, février.

Hirose, M., Imanacka, Y., Tasuro, I. et Evans, E. (2003), « How Can We Improve the Quality of Health Care in Japan? Learning from JCQHC Hospital Accreditation », *Health Policy,* vol. 66, pp. 29-49.

Hisashige, A. (1992), « The Introduction and Evaluation of MRI in Japan », *International Society for Technology Assessment in Health Care*, vol. 3, n° 126.

Hollander, M. et Chappell, N. (2002), *Final Report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care: A report prepared for the Health Transition Fund, Health Canada*, National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care, Victoria, British Columbia.

Hughes, M. (2003), « Summary of Results from Breast Cancer Disease Study », *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is best and at what cost?,* OCDE, Paris.

Hunt, L.W., Silverstein, M.D., Reed, C.E., O'Connell, E.J., O'Fallon, W.M. et Yunginger, J.W. (1993), « Accuracy of the Death Certificate in a Population-based Study of Asthmatic Patients », *JAMA,* vol. 269(15), pp. 1947-1952.

Hurst, J. et Siciliani, L. (2003), « Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries », OECD Health Working Papers, n° 6, OCDE, Paris.

Institut canadien d'information sur la santé (2003), *Les soins de santé au Canada*, Ottawa.

Institute of Medicine (1991), *The Computer-based Patient Record: An Essential Technology for Health Care,* dans R.S. Dick et E.B. Steen (dir. pub.), National Academy Press, Washington, DC.

Institute of Medicine (1999), *To Err is Human: Building a Safer Health System*, dans L.T. Kohn, J.M. Corrigan et M.S. Donaldson (dir. pub.), National Academy Press, Washington, DC.

Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century,* National Academy Press,Washington, DC.

Jacob, R. et McGregor, M. (1997), « Assessing the Impact of Health Technology Assessment », *International Journal of Technology Assessment in Health Care,* vol. 13, pp. 68-80.

Jacobzone, S., Cambois, E., Chaplain, E. et Robine, J.M. (1998), « The Health of Older Persons in OECD Countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing? », Labour Market and Social Policy Occasional Paper, n° 37, OCDE, Paris.

Jencks, S.F., Huff, E.D. et Cuerdon, T. (2003), « Change in the Quality of Care Delivered to Medicare Beneficiaries, 1998-1999 to 2000-2001 », *Journal of the American Medical Association,* vol. 289, pp. 305-312.

Jencks, S.F., Cuerdon, T., Burwen, D.R., Fleming, B., Houck, P.M., Kussmaul, A.E., Nilasena, D.S., Ordin, D.L. et Arday, D.R. (2000), « Quality of Medical Care Delivered to Medicare Beneficiaries: A Profile at State and National Levels », *Journal of the American Medical Association,* vol. 284, pp. 1670-1676.

Kalisch, D.W., Aaman, T. et Buchele, L.A. (1998), « Social and Health Policies in OECD Countries: a survey of current programmes and recent developments », Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n° 33, OCDE, Paris.

Kamien, M. (1998), « Staying in or Leaving Rural Practice: 1996 Outcomes of Rural Doctors' 1986 Intentions », *Medical Journal of Australia*, vol. 169, pp. 318-321.

Katz, S.J., McMahon, L.F. et Manning, W.G. (1996), « Comparing the Use of Diagnostic Tests in Canadian and US Hospitals », *Medical Care*, vol. 34, n° 2, pp. 117-125.

Keskimaki, I. (2003), « How Did Finland's Recession in the Early 1990s Affect Socio-economic Equity in the Use of Hospital Care? », *Social Science and Medicine*, vol. 56, pp. 1517-1530.

Khuri, S.F., Daley, J., Henderson, W., Hur, K., Demakis, J., Aust, J.B., Chong, V., Fabri, P.J., Gibbs, J.O., Grover, F., Hammermeister, K., Irvin, G., McDonald, G., Passaro, E., Phillips, L., Scamman, F., Spencer, J. et Stremple, J.F. (1998), « The Department of Veterans Affairs' NSQIP: the first national, validated, outcome-based, risk-adjusted, and peer-controlled program for the measurement and enhancement of the quality of surgical care. National VA Surgical Quality Improvement Program », *Annals of Surgery*, vol. 228(4), pp. 491-507.

Kili, S. *et al.* (2003), « Change in Harris Hip Score in Patients on the Waiting List for Total Hip Replacement », *Ann R. Coll. Sing. Engl.*, vol. 85, pp. 269-271.

Kizer, K.W. (2000), « Reengineering the Veterans Healthcare System », dans Ramsaroop *et al.* (dir. pub.), *Advancing Federal Healthcare*, Spinger, New York.

Lafer, G., Moss, H., Kirtner, R. et Reese, V. (2003), *Solving the Nursing Shortage. Best and worst practices for recruiting, retaining and recouping of hospital nurses,* Labor Education and Research Center, University of Oregon.

Lanes, S.F., Birmann, B., Raiford, D. et Walker, A.M. (1997), « International Trends in Sales of Inhaled Fenoterol, All Inhaled Beta-agonists, and Asthma Mortality, 1970-1992 », *Journal of Clinical Epidemiology,* vol. 50(3), pp. 321-328, mars.

Leape, L.L. (1994), « Error in Medicine », *Journal of the American Medical Association,* vol. 272, pp. 1851-1857.

Lundsgaard, J. (2004), « Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons », OECD Health Working Papers, OCDE, Paris, à paraître.

Manning, W.J. *et al.* (1987), « Health Insurance and the Demand for Medical Care: evidence from a randomised experiment », *American Economic Review,* vol. 773, juin.

Mattke, S. (2004), « Suivi et amélioration de la qualité technique des soins médicaux », *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques*, OCDE, Paris, à paraître.

Maynard, A. et Walker, A. (1997), *The Physician Workforce in the United Kingdom: Issues, Prospects and Policies*, The Nuffield Trust, Leeds.

Maynard, A., McDaid, D. et Astec (2000), « The Implications for Policy Makers », in R. Cookson, A. Maynard, D. McDaid, F. Sassi et T. Sheldon (dir. pub), *Analysis of the Scientific and Technical Evaluation of Health Care Interventions in the European Union,* Rapport à la Commission européenne, juillet. Disponible à l'adresse *www.lse.ac.uk/Depts/lsehsc/astec_report.htm*.

McClellan, M.B. et Kessler, D.P. (2003), « Conclusion », *Technological Change in Health Care: A Global Analysis of Heart Attack*, University of Michigan Press, Ann Arbor.

Medicare Payment Advisory Commission (2002), *Report to the Congress: Assessing Medicare Benefits*, Washington, DC, juin.

Moïse, P. (2003), « The Heart of the Health Care System: Summary of the Ischaemic Heart Disease Part of the OECD Ageing-Related Diseases Study », *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is best and at what cost?,* OCDE, Paris.

Moïse, P., Schwarzinger, M. et Um, M.Y. (2004), « The Future of Dementia and Alzheimer's Disease in OECD Countries », OECD Health Working Papers, OCDE, Paris, à paraître.

Møldrup, C., Morgall, J.M. et Peck, J. (2003), « Methodological Developments in Medical Technology Assessment – The Prospective Approach », *International Journal of Risk Research,* vol. 6, pp. 95-112.

Moon, L. (2003a), « Progressing the Collection of Information on Health Outcomes: A Perspective from the Ageing-Related Diseases Study », *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is best and at what cost?,* OCDE, Paris.

Moon, L. (2003b), « Stroke Treatment and Care: A Comparison of Approaches in OECD Countries », *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is best and at what cost?,* OCDE, Paris.

NCQA – National Committee for Quality Assurance (2003), *The State of Health Care Quality: Industry Trends and Analysis*, NCQA, Washington. Disponible sur *www.ncqa.org/Communications/State %20Of %20Managed %20Care/SOHCREPORT2003.pdf*.

Newhouse, J.P. (1992), « Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, n° 3, été.

Newhouse, J.P. (2002), « Why is There a Quality Chasm? », *Health Affairs,* vol. 21, pp. 13-25.

Nilsdotter, A.K. et Lohmander, L.S. (2002), « Age and Waiting Time as Predictors of Outcome after Total Hip Replacement for Osteoarthritis », *British Society for Rheumatology,* vol. 41, pp. 1261-1266.

Nolte, E. et McKee, M. (2003), « Measuring the Health of Nations: Analysis of Mortality Amenable to Health Care », *BMJ*, vol. 327, 15 novembre.

OCDE (2001), *Vieillissement et revenus : Les ressources des retraités dans neuf pays de l'OCDE*, Paris.

OCDE (2002), *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE,* Paris.

OCDE (2003a), *Ageing, Housing and Urban Development*, Paris.

OCDE (2003b), *A Disease-based Comparison of Health Systems: What is best and at what cost?*, Paris.

OCDE (2003c), *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2003,* Paris.

OCDE (2003d), *Éco-santé OCDE 2003, troisième édition,* Paris.

OCDE (2003e), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : la Corée,* Paris.

OCDE (2003f), *Tendances des migrations internationales*, chapitre sur « La mobilité internationale des professionnels de la santé : Évaluation et enjeux à partir du cas sud-africain », Paris.

OCDE (2004a), « Digital Delivery in Healthcare », chapitre 5 dans *Information Technology Outlook 2004*, Paris, à paraître.

OCDE (2004b), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Paris, à paraître.

OCDE (2004c), *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Paris, à paraître.

OCDE (2004d), *Technologies de la santé et processus décisionnel*, Paris, à paraître.

Pamolli, F. et Riccaboni, M. (2004), « Market Structure And Drug Innovation », *Health Affairs,* vol. 23(1), pp. 48-50.

Partnership for Solutions (2002), *Chronic Conditions: Making the Case for Ongoing Care*, Partnership for Solutions, Baltimore, décembre. Disponbible sur *www.partnershipforsolutions.org/DMS/files/chronicbook2002.pdf*.

Pritchard, C. (2002), « The Social and Economic Impact of Emerging Health Technologies: Mechanisms for Diffusion/Uptake of Technology and Evidence-based Planning », OCDE DSTI(2002)1/ANN1, OCDE, Paris.

Propper, C. (1990), « Contingent Valuation of Time Spent on NHS Waiting Lists », *The Economic Journal,* vol. 100 (Conference), pp. 193-199.

Propper, C. (1995), « The Disutility of Time Spent on the United Kingdom's National Health Service Waiting Lists », *The Journal of Human Resources,* pp. 677-700.

Rabinowitz, H.K., Diamond, J.J., Hojat, M. et Hazelwoord, C.E. (1999), « Demographic, Educational and Economic Factors Related to Recruitment and Retention of Physicians in Rural Pennsylvania », *Journal of Rural Health*, vol. 15, n° 2, pp. 212-218.

Reilly, T., Meyer, G., Zema, C., Crofton, C., Larson, D., Darby, C. et Crosson, K. (2002), « Les performances du service de santé : l'information du consommateur aux États-Unis », chapitre 5 dans *Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, OCDE, Paris.

Roos, L.L., Fisher , E.S., Brazauskas, R., Sharp, S.M. et Shapiro, E. (1992), « Health and Surgical Outcomes in Canada and the United States », *Health Affairs,* vol. 11(2), pp. 56-72, été.

Roos, L.L., Fisher, E.S., Sharp, S.M., Newhouse, J.P., Anderson, G. et Bubolz, T.A. (1990), « Postsurgical Mortality in Manitoba and New England », *Journal of the American Medical Association,* vol. 263(18), pp. 2453-2458.

Sarin, S. *et al*. (1993), « Does Venous Function Deteriorate in Patients Waiting for Varicose Vein Surgery? », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 86, pp. 21-23.

SBU – Swedish Council of Technology Assessment in Health Care (2000), *Back Pain Neck Pain – An Evidence based Review*, Report No. 145.

Schiøler, T., Lipczak, H., Pedersen, B.L., Torben, S., Mogensen, K., Bech, B.K., Stockmarr, A.A., Sveenning, A.R. et Frolich, A. (2001), « Incidence of Adverse Events in Hospitalized Patients: The Danish Adverse Event Study (DAES) », *Ugeskr Læger 2001*; vol. 163, pp; 5370-5378.

Schneider, E.C., Zaslavsky, A.M. et Epstein, A.M. (2002), « Racial Disparities in the Quality of Care for Enrollees in Medicare Managed Care », *Journal of the American Medical Association,* vol. 287(10), pp. 1288-1294, 13 mars.

Shields, M.A. (2003), *The Global Shortage Of Registered Nurses: What Can Policy-Makers Learn From The Econometric Evidence on Nurse Labour Supply?,* Rapport préparé pour le Victorian Department of Treasury and Finance, Melbourne.

Siciliani, L. et Hurst, J. (2003), « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries », OECD Health Working Papers, OCDE, n° 7, Paris.

Simoens, S. et Hurst, J. (2004), « Équilibrer l'offre et la demande de médecins et d'infirmières », *Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques*, OCDE, Paris, à paraître.

Siu, A.L., Sonnenberg, F. *et al*. (1986), « Inappropriate Use of Hospitals in a Randomized Trial of Health Insurance Plan », *New England Journal of Medicine,* vol. 315, pp. 1259-1266.

Sturm, R. (2002), « The Effects of Obesity, Smoking, and Drinking on Medical Problems and Costs », *Health Affairs*, vol. 21, n° 2, pp. 245-253, mars/avril.

Technological Change in Health Care (TECH) Research Network (2001), « Technological Change Around the World: Evidence from Heart Attack Care », *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai/juin.

Tinker, A. (2003), « Assistive Technology and its Role in Housing Policies for Older People », *Quality in Ageing – Policy, Practice and Research*, vol. 4(2), pp. 4-12.

Tinker, A., Wright, F., McCreadie, C., Askham, J., Hancock, R. et Holmans, A. (1999), *Alternative Models of Care for Older People*, (*With Respect to Old Age: Long-Term Care – Rights and Responsibilities: A Report by the Royal Commission on Long-Term Care,* Research Volume 2, The Stationary Office, Londres.

Tollman, P., Guy, P., Altshuler, J., Flanagan, A. et Steiner, M. (2001), « A Revolution in R&D – How Genomics and Genetics are Transforming the Biopharmaceutical Industry », Boston Consulting Group, novembre.

UK Department of Health (2002), « Cost Effective Provision of Disease-Modifying Therapies for People with Multiple Sclerosis: Health Service Circular 2002/004 ». Disponible sur : *www.doh.gov.uk/publications/coinh.html*.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS – ISBN 92-64-01557-4 – © OCDE 2004

UK National Auditors Office (2001), *Tackling Obesity in England: Report by the Comptroller and Auditor General*, HC 220, 15 février. Disponible sur : *www.nao.org.uk/publications/nao_reports/00-01/0001220es.pdf*.

US General Accounting Office (1994), « Cancer Survival: an International Comparison of Outcomes », Publication n° GAO/PEMD-94-5, Government Printing Office, Washington, DC, pp. 1-45.

US General Accounting Office (2003a), *Information Technology: Benefits Realized for Selected Health Care Functions*, Washington, octobre.

US General Accounting Office (2003b), *Nursing Home Quality: Prevalence of Serious Problems, While Declining, Reinforces Importance of Enhanced Oversight*, Washington.

Van Barnevald, R., Van Vliet, R.C. et Van de Ven, W.P. (2001), « Risk Sharing Between Competing Health Plans and Sponsors », *Health Affairs*, mai/juin.

Van Doorslaer, E., Masseria, C. *et al.* (2004), « L'inégalité de l'utilisation des services de santé selon le revenu pour 21 pays de l'OCDE », *Vers des systèmes de santé plus performants: Études thématiques*, OCDE, Paris, à paraître.

Whitten, P.S., Mair, F.S., Haycox, A., May, C.R., Williams, T.L. et Hellmich, S. (2002), « Systematic Review of Cost Effectiveness Studies of Telemedicine Interventions », *British Medical Journal*, vol. 324, pp. 1434-1437.

Winslow, C.M., Kosecoff, J.B., Chassin, M., Kanouse, D.E. et Brook, R.H. (1988), « The Appropriateness of Performing Coronary Artery Bypass Surgery », *Journal of the American Medical Association,* vol. 260(4), pp. 505-509, 22-29 juillet.

Wolf-Maier, K., Cooper, R.S., Kramer, H., Banegas, J.R., Giampoli, S., Joffres, M.R., Poulter, N., Primastesta, P., Stegmayr, B. et Thamm, M. (2004), « Hypertension Treatment and Control in Five European Countries, Canada, and the United States », *Hypertension,* vol. 43(10), janvier.

Wolfson, M. et Alvarez, R. (2002), « Vers des systèmes d'information sur la santé intégrés et cohérents pour évaluer la performance: l'exemple du Canada », *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE,* OCDE, Paris.

Woolhandler, S., Campbell, T. et Himmelstein, D.U. (2003), « Costs of Health Care Administration in the United States and Canada », *New England Journal of Medicine,* vol. 349(8), pp. 768-775, août.

PUBLICATIONS DANS LA SÉRIE DU PROJET DE L'OCDE SUR LA SANTÉ

Vers des systèmes de santé plus performants : Études thématiques (2004)

L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE (2004)

Technologies de la santé et processus décisionnel (2004)

Les soins de longue durée pour les personnes âgées (2004)

AUTRES PUBLICATIONS RÉCENTES

Éco-santé OCDE 2004
(CD-ROM disponible en français, anglais, espagnol et allemand, Windows 98, 2000, NT ou Me)

Panorama de la Santé – Les indicateurs de l'OCDE 2003
(publié tous les deux ans)

A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost? (2003)
(en anglais uniquement)

Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE (2002)

Examens de l'OCDE des systèmes de santé : La Corée (2003)

Pauvreté et santé (2003)
(co-édité avec l'Organisation mondiale de la Santé)

Système de comptes de la santé (2000)

Measuring Expenditure on Health-related R&D (2001)
(en anglais uniquement)

Tests génétiques : Les enjeux du nouveau millénaire (2000)

Assessing Microbial Safety of Drinking Water: Improving Approaches and Methods (2003)
(en anglais uniquement)

Xenotransplantation: International Policy Issues (1999)
(en anglais uniquement)

Pour obtenir une liste complète des publications,
consultez la librairie en ligne de l'OCDE sur *www.oecd.org*,
ou écrivez à l'adresse suivante pour obtenir un catalogue gratuit sur la Santé :

Service des Publications de l'OCDE
2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
ou contactez le distributeur des publications de l'OCDE dans votre pays

Documents gratuits de l'OCDE parus dans la série :

Health Working Papers

(ces documents n'existent qu'en anglais)

Ces documents peuvent être téléchargés à l'adresse suivante :
www.oecd.org/els/health/workingpapers

N° 15 **Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems** (2004)

N° 14 **Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries** (2004)

N° 13 **Dementia Care: A Comparative Analysis of Disease Management in Nine OECD Countries** (2004)

N° 12 **Private Health Insurance in France** (2004)

N° 11 **The Slovak Health Insurance System and the Potential Role for Private Health Insurance: Policy Challenges** (2004)

N° 10 **Private Health Insurance in Ireland. A Case Study** (2004)

N° 9 **Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience** (2003)

N° 8 **Private Health Insurance in Australia. A Case Study** (2003)

N° 7 **Explaining Waiting-times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries** (2003)

N° 6 **Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in 12 OECD Countries** (2003)

N° 5 **Stroke Care in OECD Countries: A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 Countries** (2003)

N° 4 **Survey of Pharmacoeconomic Assessment Activity in Eleven Countries** (2003)

N° 3 **OECD Study of Cross-national Differences in the Treatment, Costs and Outcomes of Ischaemic Heart Disease** (2003)

N° 2 **Investment in Population Health in Five OECD Countries** (2003)

N° 1 **Pharmaceutical Use and Expenditure for Cardiovascular Disease and Stroke: A Study of 12 OECD Countries** (2003)

Documents parus dans la série :

Labour Market and Social Policy Occasional Papers

N° 56 **An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System** (2001)

N° 53 **Towards More Choice in Social Protection? Individual Choice of Insurer in Basic Mandatory Health Insurance in Switzerland** (2001)

N° 47 **Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems** (2001)

N° 46 **Exploring the Effects of Health Care on Mortality Across OECD Countries** (2000)

N° 44 **An Inventory of Health and Disability-related Surveys in OECD Countries** (2000)

N° 41 **Care Allowances for the Frail Elderly and their Impact on Women Care-Givers** (2000)

N° 40 **Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals** (2000)

Autres documents publiés par la Direction de la science, de la technologie et de l'industrie de l'OCDE

Digital Delivery of Health Care (2004)

Biotechnology and Healthy Ageing: Policy Implications of New Research (2003)

Genetic Inventions, Intellectual Property Rights and Licensing Practices (2003)

Genetic Inventions, Intellectual Property Rights: the Fight against Infectious Diseases (2003)

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(81 2004 08 2 P) ISBN 92-64-01557-4 – n° 53462 2004

Questionnaire sur la qualité des publications de l'OCDE

Nous voudrions savoir si nos publications répondent à vos souhaits en matière de présentation et de contenu éditorial. Nous souhaiterions recueillir vos réactions et commentaires pour d'éventuelles améliorations. Merci de prendre quelques minutes pour compléter ce questionnaire. Les réponses sont échelonnées de 1 à 5 (1 = médiocre, 5 = excellent).

Faxez ou postez votre réponse avant le 31 décembre 2004 et vous serez inscrit automatiquement sur la liste des gagnants potentiels à l'abonnement d'un an au magazine ***L'Observateur de l'OCDE****.

A. Présentation et mise en pages

1. Que pensez-vous de la présentation et de la mise en pages du point de vue :

	Médiocre		Convenable		Excellent
Lisibilité (caractères, ou fonte)	1	2	3	4	5
Structure du livre	1	2	3	4	5
Tableaux statistiques	1	2	3	4	5
Graphiques	1	2	3	4	5

B. Impression et reliure

2. Que pensez-vous de la qualité de l'édition imprimée ?

Qualité de l'impression	1	2	3	4	5
Qualité du papier	1	2	3	4	5
Type de reliure	1	2	3	4	5

J'utilise surtout la version électronique ❑

3. Quel type de support préférez-vous pour les publications en général ?

Livre ❑ CD ❑ Livre électronique (PDF) via Internet ❑ Combinaison de supports ❑

C. Contenu

4. Considérez-vous le contenu de cette publication précis et à jour ? *(notez de 1 à 5)*

1 2 3 4 5

5. Les titres de chapitres, têtières et sous-titres sont-ils ?

Clairs	Oui ❑	Non ❑
Significatifs	Oui ❑	Non ❑

6. Comment évaluez-vous le style de la publication (langue, syntaxe, grammaire) ? *(notez de 1 à 5)*

1 2 3 4 5

D. En général

7. Avez-vous d'autres commentaires à ajouter sur la publication ?

.....

.....

.....

Dites-nous qui vous êtes :

Nom : ..... **E-mail :** .....

Fax :

A quelle catégorie appartenez-vous ?

Organisations intergouvernementales ❑ Organisations non gouvernementales ❑ Travailleur indépendant ❑

Étudiant ❑ Universitaire ❑ Fonctionnaire ❑ Politicien ❑ Secteur privé ❑

Nous vous remercions d'avoir complété le questionnaire. Vous pouvez faxer vos réponses au (33-1) 49 10 42 81 ou les envoyer par courrier à l'adresse suivante :
Questionnaire qualité PAC/PROD, Division des publications de l'OCDE
23, rue du Dôme – 92100 Boulogne-Billancourt – France.

Titre : Vers des systèmes de santé plus performants – Rapport ministériel

ISBN : 92-64-01557-4 Code OCDE (version imprimée) : 81 2004 08 2

* *Nota bene :* Cette offre ne concerne pas le personnel de l'OCDE.