

Le Projet de l'OCDE sur la santé

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS

Résumé



ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

En vertu de l'article 1^{er} 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:
TOWARDS HIGH-PERFORMING HEALTH SYSTEMS
Summary Report

© 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 paraissent 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

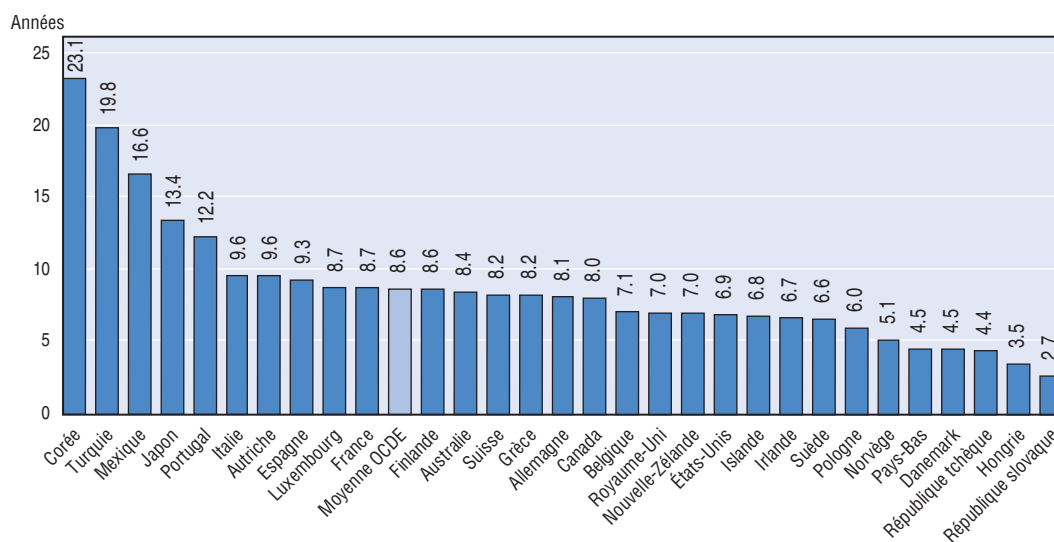
Ce document est un résumé du rapport final du Projet de l'OCDE sur la santé, *Vers des systèmes de santé plus performants*. Il présente les principales conclusions du rapport final, qui fait la synthèse des diverses conclusions qui se sont dégagées des études menées au cours des trois années de ce projet. Ce résumé reprend la structure générale du rapport final, reflétant les principaux objectifs 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 aux besoins des patients, qui sont abordables et efficaces. 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 aux pénuries 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 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.

VERS DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS PERFORMANTS

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 (voir graphique 1). 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.

L'état de santé des populations a connu des améliorations spectaculaires...

Graphique 1. Augmentation de l'espérance de vie à la naissance, population totale, 1960 à 2000



Note : Les différences méthodologiques entre pays dans le calcul de l'espérance de vie peuvent affecter la comparabilité des estimations notifiées par les pays car, en fonction de la méthode, l'estimation 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*.

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

... en partie grâce aux progrès de la médecine

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 avec succès.

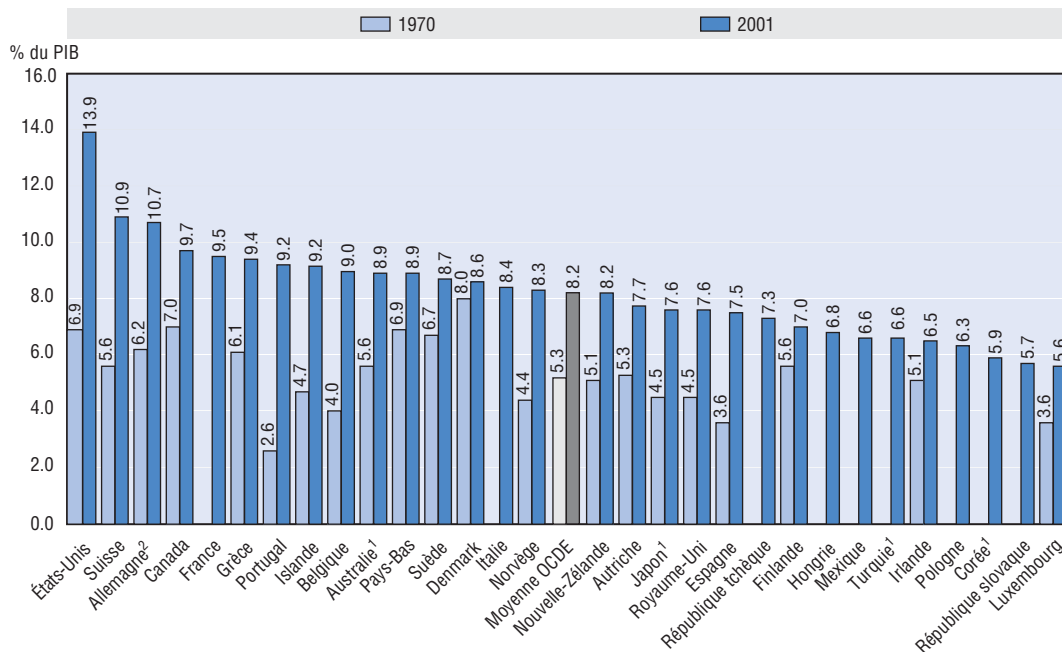
... et à l'élargissement de l'accès aux soins.

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.

Mais ces améliorations ont un coût...

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 (voir graphique 2), 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.

Graphique 2. Dépenses de santé en proportion du PIB, 1970 et 2001



Note : La moyenne de l'OCDE est non pondérée. La moyenne de l'OCDE pour 1970 ne prend en compte que les 21 pays pour lesquels des données étaient disponibles.

1. Les données de 2001 se réfèrent à 2000.

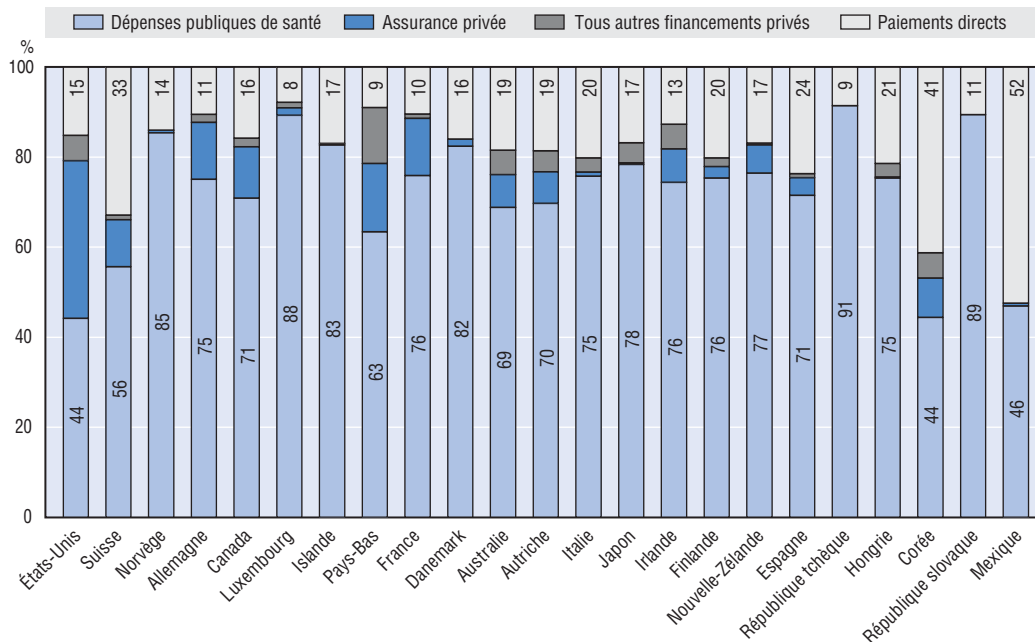
2. Les données de 1970 se réfèrent à l'Allemagne de l'Ouest.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*. Les données pour la Turquie proviennent des Comptes nationaux de la santé du pays.

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 (voir graphique 3). 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.

... et ce sont surtout les finances publiques qui en supportent la charge.

Graphique 3. **Dépenses de santé par source de financement, 2000**



Note : Les pays sont classés de gauche (maximum) à droite (minimum) selon leur niveau de dépenses de santé par habitant.
Source : *Éco-Santé OCDE 2003*.

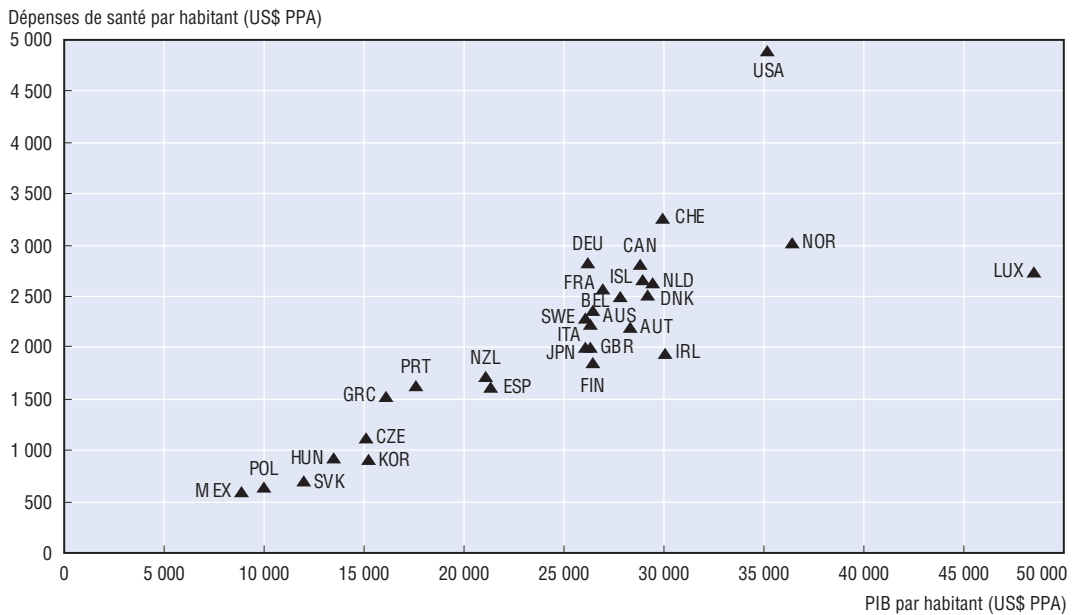
Le problème est que, compte tenu des progrès constants de la médecine et de l'augmentation de la demande due au vieillissement des populations, les pressions à la hausse des dépenses de santé ne se relâchent pas. En même temps, la proportion d'actifs va diminuer, rendant encore plus difficile la situation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

Les systèmes de santé de demain risquent fort d'être encore plus onéreux.

Si les pays riches tendent à dépenser davantage pour la santé (voir graphique 4), 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.

Il n'existe pas de niveau idéal de dépenses de santé.

Graphique 4. Dépenses de santé et PIB par habitant, 2001



Source : Éco-Santé OCDE 2003.

La pression de l'opinion oblige les autorités compétentes à améliorer les 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 ?

Des études comparatives au plan international peuvent être utiles dans la recherche d'un meilleur rapport coût/résultats.

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

On peut encore améliorer la santé...

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 (voir graphique 5) ?

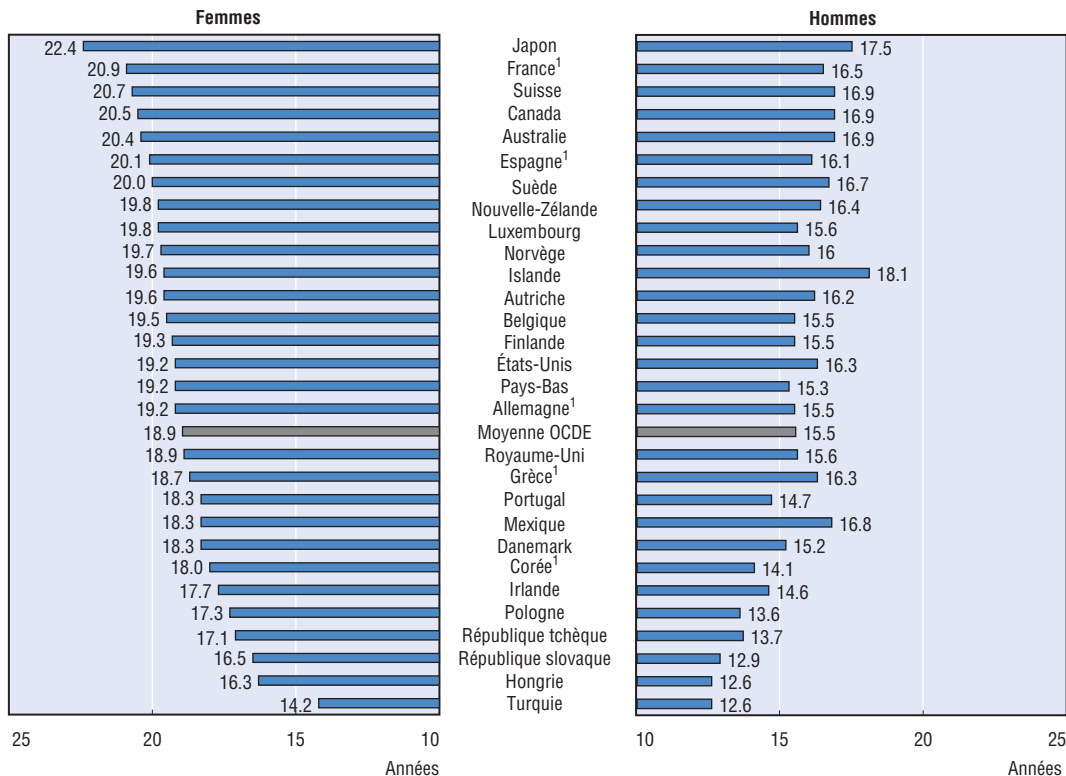
On constate aussi d'importantes disparités de l'état de santé à l'intérieur d'un même pays, selon les catégories de population. Celles-ci peuvent être dues en partie à des difficultés d'accès aux soins nécessaires, qui peuvent être plus grandes pour les catégories sociales défavorisées.

... et réduire les disparités de l'état de santé...

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 une meilleure conception des politiques...

Graphique 5. **Espérance de vie à 65 ans, 2000**



Note : Chaque pays calcule son espérance de vie selon des méthodes qui peuvent varier. Ces différences de méthode peuvent nuire à la comparabilité des estimations fournies en modifiant les chiffres de l'espérance de vie d'un pays d'une fraction d'année.

1. 1999.

Source : *Éco-Santé OCDE 2003*.

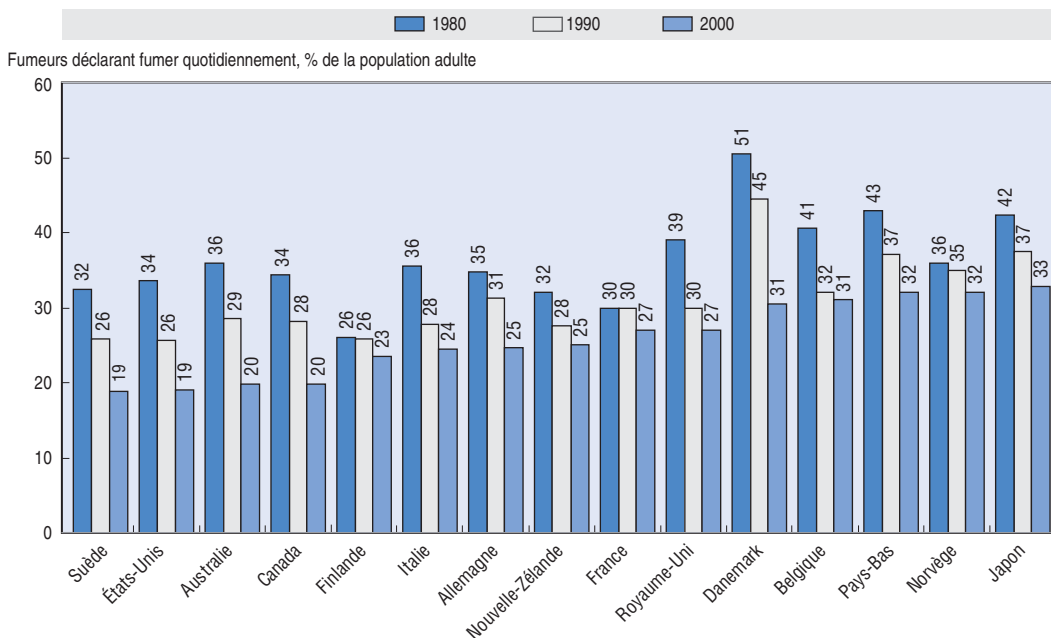
... par une meilleure prévention...

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 % 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 (voir graphique 6), 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 (voir graphique 7). 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.

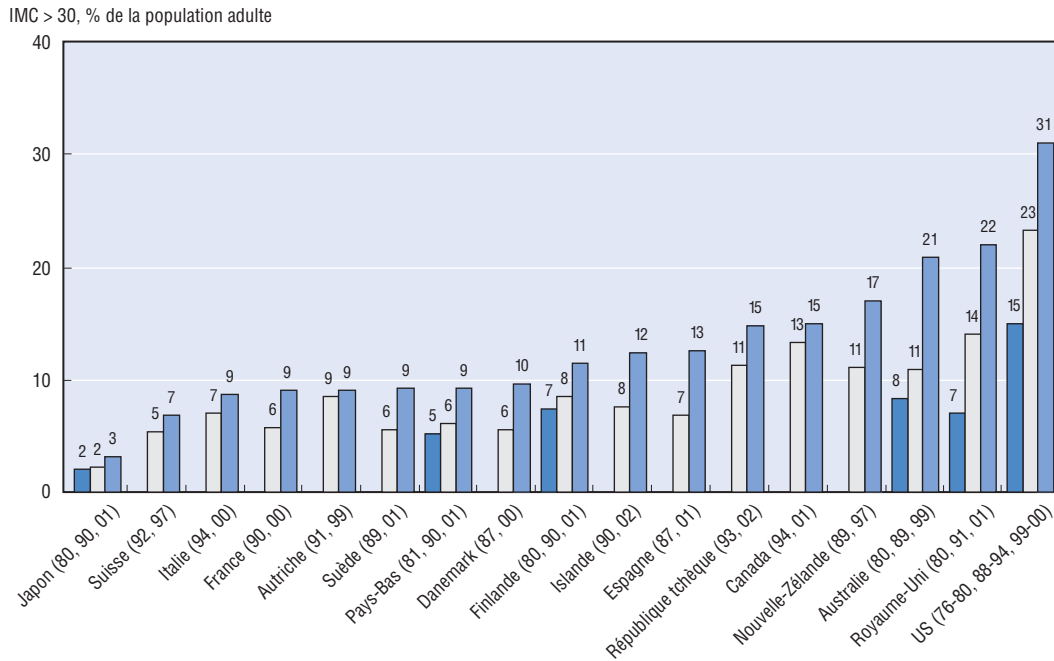
... et en s'attaquant aux insuffisances de la qualité des soins...

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.

Graphique 6. Réduction du tabagisme parmi la population adulte dans les pays de l'OCDE



Graphique 7. Augmentation des taux d'obésité de la population adulte dans les pays de l'OCDE



Note : IMC : indice de masse corporelle. Pour l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni, les estimations se fondent sur les examens médicaux et non sur les enquêtes sur la santé.
Source : *Eco-Santé OCDE 2003*.

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.

... comme par exemple les interventions chirurgicales injustifiées...

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.

... la non-administration des soins appropriés...

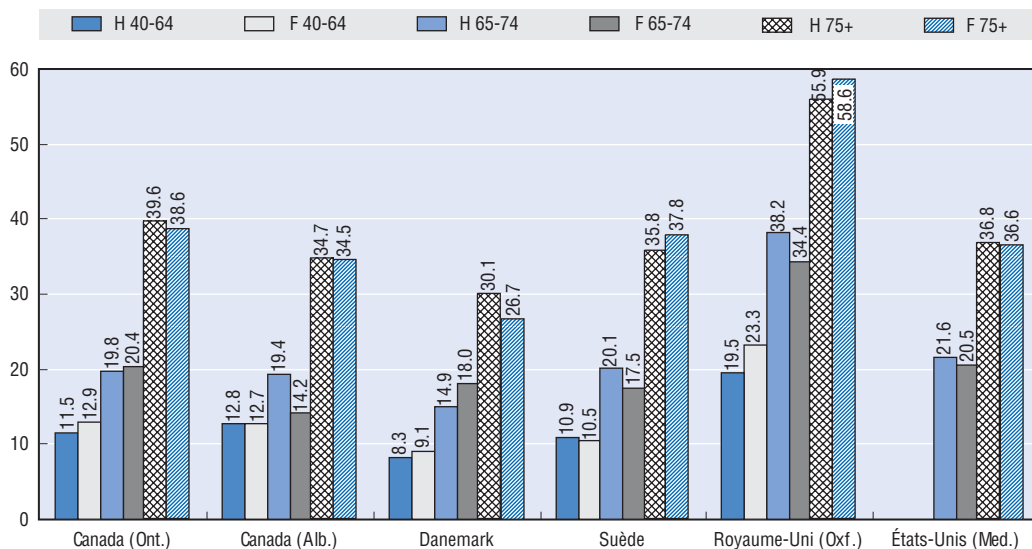
Un troisième type de problème de qualité est posé par la manière médiocre techniquement ou erronée dont certains soins sont dispensés : erreurs sur l'organe à opérer, erreurs de médication, etc.

... et les erreurs médicales.

Des données supplémentaires sont indispensables pour expliquer les différences de résultats des soins selon les pays.

Les différences selon les pays des résultats des traitements pour des maladies comme les accidents vasculaires cérébraux (voir graphique 8), 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.

Graphique 8. **Taux de mortalité à un an après un accident vasculaire cérébral, 1998**
% 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, ce qui couvre les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que les personnes handicapées de moins de 65 ans.
Source : OCDE (2003), *A Disease-based Comparison of Health Systems*, Paris.

Améliorer la qualité exige qu'on puisse la mesurer.

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.

L'utilisation de dossiers médicaux informatisés serait un point positif.

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'examen 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'exams 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.

Des incitations économiques et administratives devraient être mises en place pour encourager des soins de haute qualité.

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.

Des pénuries de professionnels de la santé peuvent créer un problème d'accès, à moins que des mesures correctives ne soient prises.

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.

Accroître la main-d'œuvre dans le domaine de la santé se révèle une tâche difficile.

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.

L'accès inadéquat aux soins peut être préjudiciable.

L'action publique peut remédier à ces inéquités d'accès aux soins, mais cela peut coûter cher.

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. 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.

Assurer un accès en temps voulu aux technologies médicales les plus modernes implique des stratégies de prise en compte des incertitudes.

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

Il existe des moyens d'accroître la satisfaction des patients et des 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.

Les délais d'attente en chirurgie non urgente posent problème dans de nombreux pays de l'OCDE.

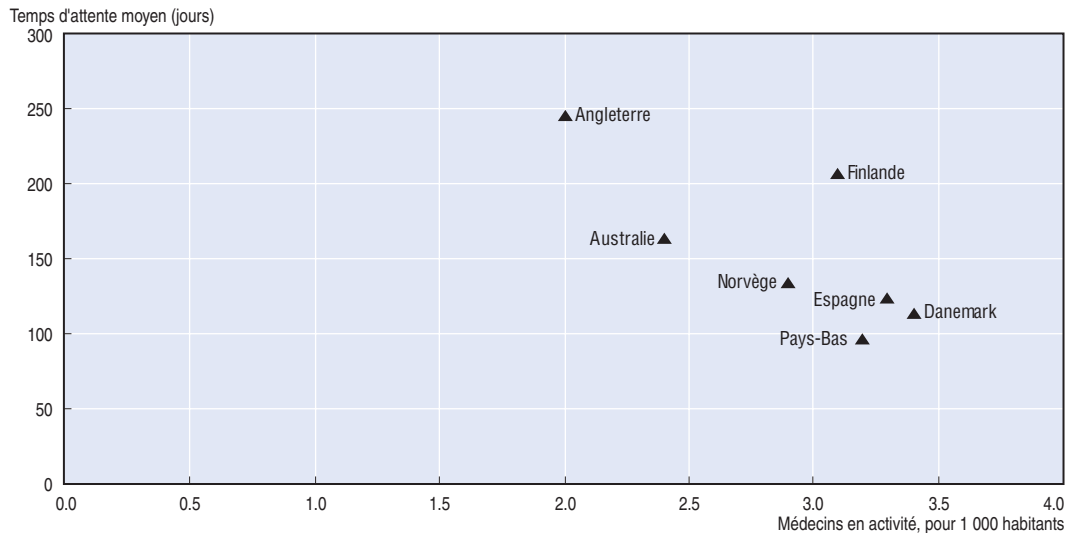
Dans une douzaine au moins de pays, les temps d'attente en chirurgie non urgente sont jugés excessifs. Des temps d'attente modérés ne semblent pas nuire aux résultats, mais ils nuisent à la qualité de vie ; en outre, quelqu'un qui attend dans l'inconfort a moins de chance d'être pleinement productif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

Accroître la productivité ou la capacité chirurgicale peut être une solution, mais qui entraîne généralement des coûts supplémentaires.

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 (voir graphique 9). Néanmoins, si l'offre d'interventions est jugée adéquate, on peut aussi réduire les délais d'attente

Graphique 9. 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 : Eco-Santé OCDE 2003 et réponses des pays au questionnaire de l'OCDE sur les délais d'attente.

en s'assurant que les patients ne soient pas ajoutés aux listes à moins que (ou jusqu'à) ce que leur besoin dépasse 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.

Accroître le choix des consommateurs pour les prestations de dépendance peut coûter cher aussi.

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.

Le choix de la couverture maladie peut accroître la capacité de réponse du système de santé, mais pour un coût accru.

Des coûts raisonnables et un financement durable

Assurer un financement durable est capital pour la viabilité des systèmes de santé.

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.

Une participation modeste de l'utilisateur peut alléger la charge du financement public, mais ce n'est pas la solution.

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'utilisateur est importante, mais elles peuvent aussi amplifier la demande et par conséquent les coûts globaux.

L'assurance-maladie privée n'a pas suscité de réduction notable des dépenses publiques de santé...

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.

... et pose des problèmes de conciliation avec l'objectif d'équité.

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'utilisateur ; 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.

Des mesures publiques bien conçues sont déterminantes pour la réussite d'un marché de l'assurance-maladie privée.

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.

Il est très important de protéger les individus contre le risque d'avoir à faire face aux coûts de la dépendance.

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.

Les outils de maîtrise des coûts peuvent être utiles, mais peuvent avoir des effets secondaires indésirables.

L'efficacité des systèmes de santé

En fin de compte, accroître l'efficacité 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'efficacité.

Il est possible de faire des économies tout en améliorant la performance.

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'inefficacité, 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

Améliorer les méthodes de paiement des prestataires et d'achat des soins peut être un bon moyen.

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.

La réforme structurelle des systèmes de santé et l'organisation des systèmes de production et de gestion des soins sont aussi intéressantes à cet égard.

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'efficacité, se sont d'une manière générale révélées efficaces. Dans tous les types de système, 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.

La gestion de la demande peut aussi être bénéfique.

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.

Il est difficile d'instaurer une concurrence entre assureurs basée sur le critère d'utilité.

En théorie, la concurrence entre assureurs (privés ou sociaux) devrait favoriser l'efficacité 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.

Une approche des technologies de santé axée sur leur utilité peut donner de meilleurs résultats et réduire les coûts.

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

Il faut tirer profit de l'expérience, réussites comme échecs.

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 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 ont également 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 (voir l'encadré). 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'efficacité 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.

Même si l'on sait comment améliorer les performances du système de santé, ce n'est jamais facile à réaliser.

Nous avons beaucoup appris, mais il reste encore beaucoup à apprendre sur la manière d'améliorer les systèmes de santé.

Il est fondamental d'expérimenter, de mesurer les performances et de partager l'information.

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.

Les 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.

Les 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.

Les 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.

Les 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.

Des pistes intéressantes pour la politique de santé (suite)

- Introduire dans les régimes publics d'assurance-maladie une modeste participation du patient aux frais et faire en sorte que les assurances-maladie 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.

Les pistes possibles pour accroître l'efficacité 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.

Les 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).

LES ÉDITIONS DE L'OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
IMPRIMÉ EN FRANCE
(00 2004 73 2 P) – n° 82624 2004